

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)
Contributi culturali e scientifici
per gli anni 2019/2020

Salute e Migrazione:
ieri, oggi e il futuro immaginabile.
La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020

a cura di
Maria Laura Russo, Angela Gatta,
Salvatore Geraci, Maurizio Marceca

 Pendragon

*A Luigi, Serafino, Claudio, Luigi, Elio,
Italo, Maria Edoarda, Maria Grazia, Orazio...
e tutte quelle donne e uomini
che hanno creduto che insieme si potesse camminare
e raggiungere un sogno di giustizia ed equità;
a tutti gli immigrati che nel cammino avevano un sogno
e non sono riusciti a raggiungerlo;
a tutti noi che popoliamo quei sogni.*

Salute e Migrazione:
ieri, oggi e il futuro immaginabile.
La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020

*Contributi culturali e scientifici
per gli anni 2019-2020*

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
via Marsala, 103 - 00185 Roma
info@simmweb.it
www.simmweb.it

ISBN 978 88 3364 299 4

Tutti i diritti riservati
© 2020. Edizioni Pendragon / SIMM
Via Borgonuovo 21/a – 40125 Bologna
www.pendragon.it

stampato nel dicembre 2020 dalla NW (Bologna)

INDICE

PRESENTAZIONE

**Salute e Migrazione:
ieri, oggi e il futuro immaginabile** 23
Maurizio Marceca (Presidente SIMM)

Trent'anni di SIMM: 1990-2020 28
Salvatore Geraci, Mario Affronti, Maurizio Marceca

LA SIMM INFORMA

L'attività di formazione della SIMM 68
*Russo M. L., Pizzini E., Rinaldi A., Cescatti E., Sacchetti G., Gandolfi C.,
Gradellini C., Mazzetti M., Marceca M.*

**Per una tutela di prossimità: i GrIS
Un'istantanea a partire dalle "Schede di rilevazione GrIS"** 78
Boninsegna M. C., Geraci S., Gualdieri L., Pitzalis G.

**Presentazione del Documento "Organizzazione e gestione dei processi
di advocacy": il processo di costruzione** 88
Bodini C., Bonetti M., Calacoci M., Di Maria E., Gottiglia N., Rinaldi A.

I gruppi di lavoro della SIMM 90
*Aragona M., Calacoci M., Cescatti E., Gandolfi C., Gradellini C., Olivani P., Panizzut D.,
Sacchetti G., Silvestrini G., Tofani M.*

**Il progetto FOOTPRINTS: l'impegno della SIMM per la governance e
l'implementazione delle politiche in collaborazione col Ministero della Salute** 101
*Parisotto M., Bonciani M., Russo M. L., Marceca M., Aprigliano A., De Ponte G.,
R. Maria Da Riol, B. Esposito, J. Testa, E. Pizzini*

Il tavolo Immigrazione e Salute (TIS) 106
Marceca M., Benvenuti B.

CONTRIBUTI CULTURALI E SCIENTIFICI

1. Migrazioni: dinamiche socio-demografiche, epidemiologia e determinanti sociali di Salute

Migrazione e disuguaglianze in salute in una prospettiva internazionale: il ruolo dei movimenti sociali <i>Chiara Bodini</i>	111
I determinanti sociali della salute dei migranti <i>Giulia Civitelli</i>	115
La salute riproduttiva delle donne migranti in Italia <i>Serena Donati</i>	119
Promozione e tutela della salute mentale dei migranti. Stiamo andando nella giusta direzione? <i>Massimiliano Aragona</i>	124

Comunicazioni

Le persone migranti con disabilità: quali bisogni, quali strumenti di ricerca, quali necessità di tutela? <i>Tofani M., Chiavaroli F., Calacoci M., Da Riol R.M., La Placa S., Mammana L., Marceca M.</i>	133
Caratteristiche della patologia diabetica in un gruppo di pazienti bengalesi e palermitani afferenti all'UOC di Medicina Interna del Policlinico di Palermo <i>Curatolo C., Affronti M., Citarrella R., Nikolic D., Chianetta R.</i>	134
L'impatto della malattia oncologica nella popolazione migrante nella Provincia di Palermo dal 2007 al 2017 <i>Graziano G., Mazzucco W., Mazzola S., Cusimano R., Vitale F.</i>	135
Caratterizzazione clinica e epidemiologica del fenomeno dei disturbi cognitivi nella popolazione migrante: risultati preliminari del progetto ImmiDem <i>Canevelli M., Lacorte E., Cova I., Salvi E., Cascini S., Zambri F., Bargagli AM., Giusti A., Pomati S., Pantoni L., Vanacore N., ImmiDem Study Group</i>	136
Qualità delle cure primarie a confronto: l'ospedalizzazione evitabile per scompenso cardiaco negli italiani e negli immigrati <i>Dalla Zuanna T., Cacciani L., Barbieri G., Ferracin E., Zengarini N., Di Girolamo C., Caranci N., Petrelli A., Marino C., Canova C.</i>	137
Il diabetico "invisibile": nuovo approccio alle patologie croniche nei due ambulatori per stranieri indigenti della provincia di Reggio Emilia <i>Mazzocchi A., Manicardi V., Cavani R., Dorigatti C., Bonvicini D., Franzini A., Fornaciari R., Bonvicini F.</i>	138
Infezione da HIV e infezione da HCV. L'esperienza del progetto "Pro-Access 2019": Improve access to sexual and reproductive health services for refugees	

and asylum seekers who are sexual and gender-based violence (SGBV) and male/female genital mutilation"	139
<i>Bellissimo F., Luciano N., Di Dio D., Scalia F., Longo M., Manuli M., Floridia G., Scalzo S., Ceesay K., Sleemankhel A., Ben Dhiab S., Petrelli G.</i>	
Costi per i pazienti e potenziali disuguaglianze associate alla tubercolosi tra i pazienti italiani e migranti a Roma, Italia	140
<i>Bolzan A., Pittalis S., Timelli L., Gualano G., Palmieri F., Girardi E.</i>	
Tuberculosis among migrant people in Sicily: a real life report	141
<i>Pipitone G., Prestileo T., Sanfilippo A., Di Lorenzo F., Ficalora A., Dino O., Corrao S. on behalf of ITaCA (Immigrant Take Care Advocacy) team - Palermo</i>	
I risultati preliminari di un programma di screening nell'ambito del Progetto START 2.0 "Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale (RTPI)"	142
<i>Chiesi S., Magro P., Vagni S., Indelicato A., Alessandrini L., Scolari C., Simonini F., Capone S., Castelli D., Zanotti P., El Hamad I.</i>	
Patologie infettive nel campo profughi di Moria, Lesbo	143
<i>Mahroof-Shaffi S., Chiesa A., Simonek T.</i>	
Un anno di sorveglianza delle arbovirosi in Sicilia	144
<i>Geraci C., Mansueto P., Affronti A., Colletti P., Piazza F., Affronti M., Vitale G.</i>	
La prevalenza della Infezione Tubercolare Latente e aderenza alla profilassi farmacologica nei richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI): confronto dei dati 2015 vs 2018.	
Collaborazione AUSL-Caritas Diocesana, Ferrara	145
<i>Zanotti C., Ricci G., Mantovani R., Mazzoni F., Benini M., Rasconi G.</i>	
Promozione della vaccinazione tra i migranti	146
<i>Perrotti A., Bihizi J.D.D., Thiam O., Bellardinelli A.</i>	
Smart video: Progetto Rosemary	147
<i>Fornaciari R., Gemmi M.C., Mazzieri F., Bonvicini F., Bertani D., Salsi S., Castronuovo S., Amadei G., Ferri S., Zanni B., Tincani E.</i>	
Interventi psicosociali a bassa intensità per la prevenzione di patologie psichiatriche in popolazioni di richiedenti protezione internazionale in Europa	148
<i>Turrini G., Nosè M., Acaturk C., Bird M., Carswell K., Churchill R., Cuijpers P., Koesters M., Ostuzzi G., Purgato M., Sijbrandij M., Tedeschi F., Valimaki M., Wancata J., White R., Van Ommeren M., Barbui C.</i>	
Promozione della salute. L'esperienza dell'Associazione Camminare Insieme di Torino con un gruppo di uomini stranieri	149
<i>Marino M., Ferrando C., Cisse M., Diarra M., Rau M.</i>	
Manuale per gli operatori sanitari: come approcciare al paziente in un'ottica dei determinanti sociali della salute	150
<i>Maffei R., Pennone R.</i>	

“Il Servizio Sanitario si prende cura di te”: promozione interculturale degli screening oncologici in 12 lingue nelle regioni Marche, Campania, Liguria e AUSL di Reggio Emilia	151
<i>Carletti P., Chiarenza A., Refe M., Pagani S., Orazi N., Ciannameo A., Riboldi B., Torasso G., Forno P., Errico R., Vichi S.</i>	
La presa in carico dei migranti per la prevenzione vaccinale nella ASL Roma 4	152
<i>Sinopoli M.T., Fusillo C., Morucci L., Belfiore G., Serra M.C., Ursino S., Matera C., Quintavalle G.</i>	
La promozione delle vaccinazioni nella popolazione migrante nel progetto europeo EDUVAC (Educating Vaccination Competences)	153
<i>Gradellini C., Cavani D., Ferri P., Lusetti S., Mecugni D., Sakellari E.</i>	
Una campagna di offerta attiva di vaccinazioni in favore dei gruppi rom, sinti e caminanti a Roma	154
<i>Rosso A., Eugeni E., Gnolfo F., Brandimarte A., Landi A., Napoli M., Tonetti S., Zampa A., Napoli P.A., Perrelli F., Leotta D., Giampaolo R., Baglio G.</i>	
Occhi sulla terraferma: progetto di fotografia sociale e partecipativa	155
<i>Salvucci A., Colotti C.</i>	
Per un’epidemiologia del processo migratorio	156
<i>Associazione italiana di epidemiologia (AIE) - gruppo di lavoro Salute dei migranti e nocività del processo migratorio</i>	
Ambulatorio Popolare INTERSOS24: la partecipazione comunitaria come strumento di individuazione, emersione e sostegno all’autonomia per donne a rischio o sopravvissute a Violenza Sessuale e di Genere (VSG)	157
<i>Torchiaro S., Menegatti G.</i>	
L’assistenza generale a Palermo alla popolazione Cinese residenziale. Indagine conoscitiva sugli aspetti socio-sanitari e culturali	158
<i>Di Franco G., Dourandish M., Pace C., Salamone F., Affronti M.</i>	
Promuovere la partecipazione attiva dei migranti nella ASRL Roma 1 in rete con la comunità attiva sul territorio	159
<i>Confalonì E., Marchegiani M.P., Iannace A., Tonetti S., Zampa A., Gnolfo F.</i>	
TRAIN4M & H: un programma di formazione su salute e migrazione per operatori impegnati in prima linea nell’assistenza a migranti e rifugiati in 32 paesi europei	160
<i>Marceca M., De Ponte G., Russo M.L., Marchetti G., Dente M.G., Punzo O., Declich S.</i>	
La formazione dei professionisti socio-sanitari come strumento di governance in sanità	161
<i>Di Palma R., Marceca M., Pizzini E., Russo M.L.</i>	
Esigenze formative dei professionisti sanitari sulla tutela della salute dei lavoratori stranieri	162
<i>Rinaldi A., Salvatori L.M., Russo M.L., Persechino B., Angelozzi A., Caminada S., Marceca M.</i>	

Capacity building multidisciplinare e multiprofessionale per la promozione della salute dei migranti	163
<i>Celmi R., Citterio F., Di Rienzo F., Laurini S., Zaddach I.M.</i>	
Il progetto InformaSaluteSuStrada – Banco della Salute a Roma: dati quali-quantitativi di un laboratorio di promozione della salute in ambito transculturale	164
<i>Liddo M., Civitelli G., Giannini D., Guerrini D., Lacopo S., Gnolfo F., Tonetti S., Landeo M.L., Castro Cedeno G., Geraci S.</i>	
A sq@uola di salute	165
<i>Monici L., Severi C., Bonvicini F., Araceli B., Fabbri A., Guidi L., Mozzanica S., Casoni C., Fornaciari R., Perilli C.</i>	
Aggiungi un posto “al TAVOLO”	166
<i>Severi C., Negri E., Gentili M., Ferrari M., Fornaciari R., Caporusso M.</i>	
Cura Comunitaria Integrata: dal Brasile agli spazi sociali del Centro Storico di Napoli	167
<i>Baur J., Canciello S., D’Urso G., De Vita B., Di Cesare M., Hassan M., Fortunato L., Mabilia A., Maffei R., Neri M., Paura R., Verlezza V., Pitocco A., Perri M.</i>	
Emergenza della violenza sessuale di genere nelle persone migranti. L’esperienza del progetto “Pro-Access 2019. Improve access to sexual and reproductive health services for refugees and asylum seekers who are sexual and gender-based violence (SGBV) and male/female genital mutilation (M/FGM) survivors”	168
<i>Longo M., Luciano N., Di Dio D., Scalia F., Manuli M., Florida G., Scalzo S., Ceesay K., Sleemankhel A., Ben Dhiab S., Petrelli G., Bellissimo F.</i>	
Progettazione di uno strumento per l’accesso alle cure degli ospiti di un CAS	169
<i>Scotti S., Spalenza S.</i>	
Il lavoro di rete tra servizi di prossimità per la promozione della salute sessuale e riproduttiva di donne migranti sex workers	170
<i>Arena Chartroux C., Ruggeri V., Florio G., Pittini L.</i>	
Esperienza dell’Unità mobile “Medicina di Strada” dell’associazione NAGA su insediamenti informali di stranieri a Milano	171
<i>Sabbatini F., Mancuso A., Melacarne A., Fracasso G., Aiolfi E., Quaretti C., Puddu M., Mariani C., Jucker S., Tomaselli V., Maillard E., Camera P., Vitali N., Pessi E., Caprioli S.</i>	
Nuovi approcci per il supporto alle prassi di accoglienza dei migranti: alcuni ruoli dell’Intelligenza Artificiale	172
<i>Bandini S., Sozzi A.</i>	
I confini della salute. Tre anni di assistenza alla frontiera alpina italo-francese	173
<i>Franchi E., Chiale F., Gili R., Lux C., Gilardi S., Narcisi P.</i>	
Proposta per monitorare l’accesso di un gruppo fragile ai Servizi Sanitari: il caso della popolazione romani	174
<i>Motta F., D’Elia A., Pettinicchio V., Geraci S.</i>	

Valutazione dello stato di salute di una popolazione di richiedenti asilo in un hotspot regionale	175
<i>Ricceri F., Priseccaru M., Cossu G., Sciannameo V., Mondo L., Pepe R.R., Sacerdote C.</i>	
Georgia on my mind	176
<i>Guatelli S., Fornaciari R., Coli G., Stefanini M. B., Davoli A., Ceinar N., Severi C., Saccani M., Casoni C., Simonazzi D., Degl'Incerti Tocci E., Malagoli E., Branchetti G.</i>	
Accesso ai servizi sanitari del Lazio dei richiedenti protezione internazionale	177
<i>Cacciani L., Santone G., Gnolfo F., Bacigalupi M., Paglione L., Agabiti N., Davoli M.</i>	
Insedimenti informali a Roma. Profili socio-demografici e sanitari a confronto: i cambiamenti tra il 2016 ed il 2019	178
<i>Barbieri A., Carriero A., Chiacchella G.</i>	
Accesso ai servizi sanitari del Lazio dei richiedenti protezione internazionale	179
<i>Cacciani L., Santone G., Gnolfo F., Bacigalupi M., Paglione L., Agabiti N., Davoli M.</i>	
Un anno di esperienza dell' Ambulatorio Medico Popolare: analisi delle caratteristiche degli accessi in un ambulatorio del Nord-Est milanese	180
<i>Marro G., Russo G., Capsoni N., Grassi G., Rossi M., Crosignani A., Livio D., Di Stefano V., Stella R., e tutti gli operatori dell'AMP.</i>	
Motivi delle prime visite dei cittadini stranieri senza assistenza sanitaria che si sono rivolti al Naga nel biennio 2017 e 2018	181
<i>Spada A., Manuelli E., Sabbatini F., Garofoli P., Durante A., Signorelli F., Devillanova C.</i>	
Andamento dell'accesso all'assistenza ospedaliera dei residenti in Emilia-Romagna dal 2010 al 2018: un confronto tra italiani e immigrati	182
<i>Bartolini L., Caranci N., Di Girolamo C.</i>	
Ipotesi di stima del salmon bias nella mortalità osservata tra gli immigrati in Italia	183
<i>Di Napoli A., Alicandro G., Petrelli A., Ventura M., Rossi A., Mirisola A., Sebastiani G., Marchetti S., Frova L.</i>	
INTERSOS - Progetto Capitanata: medicina di prossimità ad approccio multidisciplinare negli insediamenti informali dei lavoratori e lavoratrici nella provincia di Foggia, analisi dei servizi socio-sanitari e advocacy partecipata	184
<i>Verona A., Cotugno S., Rizzi E.</i>	
Lavoro di cura e diritto alla salute. Una riflessione antropologica sulle lavoratrici moldave a Padova	185
<i>Redini V.</i>	
Toccate nel midollo: il malessere mentale delle lavoratrici migranti moldave	186
<i>Vianello F. A.</i>	
Minori stranieri non accompagnati: indagine conoscitiva	187
<i>Savarino G., Sferrazza E., Gandolfi C., Brussi V., Ena F., Lo Russo V., Calacoci M., La Placa S.</i>	

Quali differenze nei determinanti di salute 0-2 anni per la popolazione migrante? Risultati dall'indagine sul percorso nascita in Toscana	188
<i>Bonciani M., Lupi B., Corazza I.</i>	
Interrompere la "trasmissione" delle MGF: un approccio dialettico	189
<i>Calamera F., Forgione M., Gualdieri L.</i>	
L'ambulatorio ostetrico-ginecologico del SAMIFO (Salute Migranti Forzati) ASL RM 1: Assistenza alle donne con MGF (Mutilazioni Genitali Femminili)	190
<i>Patricelli S., Marras G., Guerra M., Terenzi S., Carnevali R.</i>	
Le disuguaglianze sociali nel percorso nascita in Piemonte – Anni 2006-2016	191
<i>Mondo L., Rusciani R., Ghiotti P., Castagno I., Spadea T.</i>	
Promozione della salute e presa in carico integrata delle donne straniere e potenziali vittime di tratta	192
<i>Cavallo M., Mekombi C., Segneri M.C., Agrò F., Quinto C., Borecha B.Y., Figliomeni I., Ukegbu Ashamole D., Santarelli F., Mirisola C., Diku M.</i>	
Stato dell'arte del processo di integrazione delle donne bangladesi nel contesto della città di Roma: l'esperienza presso l'Ospedale Generale "Madre Giuseppina Vannini" di Torpignattara	193
<i>Giannini D., Refrigeri M., Civitelli G.</i>	
I "sintomi sentinella" nelle storie delle donne migranti vittime di violenza	194
<i>Garavini C. M., Girardi F., Gramenzi A., Lesi G., Zucchelli L.</i>	
Il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) nei migranti e la necessità di protocolli di formazione rivolti agli attori che partecipano ai percorsi di accoglienza	195
<i>Dalla Costa A., Peri D.</i>	
Daara: a scuola di traumi. Due casi di PTSD a confronto nella pratica clinica	196
<i>Albanese M., Perdighe C.</i>	
Rifugiati e psicotraumatologia: effetto patogeno del percorso migratorio	197
<i>Colosimo F., Mazzetti M., Libertas M., Da Silva E., Ciambellini S., Caizzi C., Geraci S.</i>	
Disagio psichico, bisogni e percorsi assistenziali in una popolazione di rifugiati e richiedenti asilo: un'indagine epidemiologica	198
<i>Lotito C., Nosè M., Cucchi F., Massetti P., Roselli V., Tarsitani L., Tedeschi F., Todini L., Turrini G., Barbui C.</i>	
Aspettative, desideri, fallimenti e ricostruzioni nell'esperienza di vita degli studenti universitari stranieri. Un progetto di ricerca-azione etnografico e clinico	199
<i>Pendezzini A.</i>	
Disturbo post-traumatico e depressione in un campione di migranti forzati esposti a traumi complessi	200
<i>Barbieri A., Chiacchella G., de Lucia G., Maulucci M.L., Pagliaroli A., Visco-Comandini F.</i>	
Profilo cognitivo nei migranti con sintomi post-traumatici	201
<i>Kiaris F., Petta A.M., Begotaraj E., Libertas M., Lai C., Spitoni G.F.</i>	

Condotte autolesive e rischio suicidario nella popolazione migrante in carcere: analisi dei fattori di rischio extra-carcerari	202
<i>Artoni C., Marchi M., Magarini F.M., Longo F., Reggianini C., Florio D., Galeazzi G.M., Ferrari S.</i>	
2. Modelli di assistenza e qualità dei servizi	
Sanità Pubblica di Prossimità: un framework implementativo per la tutela della salute collettiva a partire dai gruppi marginali	205
<i>Giovanni Baglio</i>	
Sistemi di cura sensibili alle differenze e rispondenti ai bisogni della popolazione immigrata	210
<i>Antonio Chiarenza</i>	
Comunicazioni	
Monitoraggio Circoncisione Rituale Maschile (CRM): Stato dell'Arte	218
<i>La Placa S., Ena F., Gandolfi C., Calacoci M., Da Riolo R.M.</i>	
Qualità dei servizi di salute mentale in risposta ai bisogni di richiedenti asilo e rifugiati accolti a Roma	219
<i>Petta A.M., Libertas M., Pettinicchio V.</i>	
La risposta dell'Emilia-Romagna ai recenti fenomeni migratori: analisi dei percorsi assistenziali per richiedenti e titolari protezione internazionale (RTPI)	220
<i>Mammana L., Gherardi G., Quargnolo M., Florescu C., Bodini C., Fantini M.P.</i>	
Costruire spazi tra SSN e associazionismo per l'empowerment femminile nella salute sessuale e riproduttiva	221
<i>Toschi M., Bartoli M.G., Flamini S., Pellicciari M., Polcri C., Tolulope O.O.</i>	
Mediazione integrata: un'esperienza toscana verso servizi sanitari culturalmente competenti	222
<i>Magi S., Massaini S., Cotononi C., Ciulli S., Bastregghi V., Dei S., Caldés Pinilla M.J.</i>	
Modelli assistenziali e qualità delle cure: il progetto post acute per homeless	223
<i>Regazzo C., Renesto E., Paratore C., Zucchetti A.</i>	
Adesione alla profilassi antitubercolare nei Richiedenti Protezione Internazionali accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria dell'ex Azienda ULSS 9 di Treviso - Regione Veneto	224
<i>Brunetta R., Dalla Zuanna T., Dalmanzio M., Chermaz E., Cinquetti S.</i>	
Discontinuità terapeutica e perdite al follow-up dovute al mancato o ritardato rinnovo della documentazione sanitaria nella coorte di pazienti stranieri HIV positivi seguiti presso il centro di Padova	225
<i>Di Meco E., Raumer F., Cavinato S., Gardin S., Sasset L., Cattelan A.</i>	
Modalità di presa in carico e tempistiche di inizio della terapia antiretrovirale (TARV) in una popolazione di pazienti HIV-positivi migranti. Studio retrospettivo monocentrico	226
<i>Comelli A., Gregori N., Faletti G., El Hamad I., Pezzoli M.C., Quiros-Roldan E., Matteelli A., Castelli F., Izzo I., Focà E.</i>	

Antropologia e Malattie Tropicali Neglette: Il Chagas tra la popolazione boliviana immigrata a Roma	227
<i>Castaldo M., Mirisola C., Marrone R.</i>	
Offerta gratuita di vaccinazione antinfluenzale a pazienti immigrati non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) afferenti ad un ambulatorio di medicina di primo livello	228
<i>Giunti G., Boninsegna M., Di Sieno F., Zenoni S., Cavagna G.</i>	
Diagnosi e trattamento dell'Infezione Tubercolare Latente: un percorso multidimensionale	229
<i>Banzola S., Clemente G., Bisceglia G., Bandello M.A., Tzani P., Berghenti F.</i>	
La prevenzione nel Centro di Accoglienza SIPROIMI (ex SPRAR) per donne e nuclei familiari monoparentali di Caritas Roma "Santa Bakhita" Quando il Centro diviene case manager	230
<i>Micheletti G., Cosenza F., Liberatori S., De Pasquale O., Di Claudio A., Pisaniello D., Siggillino P., Agostinelli A.</i>	
Lo screening sanitario presso il SIPROIMI Bassa Sabina	231
<i>Masci S., Roca L., De Acutis C., Del Bufalo P., Properzi G., Mezzabotta G.</i>	
Politiche per la salute e impegno sul territorio: il caso degli ambulatori STP/ENI nel Lazio	232
<i>Capparucci P., Geraci S.</i>	
"Dimmi da dove vieni e ti dirò come ti trattano" Indagine sulla percezione qualitativa dei servizi sanitari in base alla provenienza geografica di rifugiati e richiedenti asilo	233
<i>Pettinicchio V., Petta A. M., Libertas M., Marceca M.</i>	
La validazione di uno strumento per la misurazione delle competenze culturali infermieristiche	234
<i>Gradellini C., Tolentino Diaz M.Y., Ahmed R., Zaccarelli C., Guattelli S., Mecugni D., Marceca M., Finotto S.</i>	
Lingue e mediazioni in ambito ospedaliero: un approccio integrato	235
<i>Gattigli N., Morelli M., Scano N.S.</i>	
Una proposta metodologica nel lavoro con le persone sopravvissute alla tortura	236
<i>Pepe L., Coppola A., De Rocco M., Taviani A.</i>	
La presa in carico del richiedente protezione internazionale e la gestione del rischio infettivo. L'esperienza dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica di Ravenna: strumenti organizzativi e formativi	237
<i>Casavecchia S., Silvestrini G., Marzulli T., Reali C., Santoro V., Biguzzi E., Marescalchi M., Piccinini B., Angelini R.</i>	
Uso dei farmaci in un ambulatorio a bassa soglia di accesso per persone in condizioni di marginalità sociale	238
<i>Civitelli G., Liddo M., Santoro V., Da Cas R., Menniti Ippolito F., Ippoliti I., Geraci S.</i>	

Il poliambulatorio della caritas diocesana di Roma: una palestra di salute globale	239
<i>Mutta I., Liddo M., Civitelli G., Maisano B., Castro Cedeno G., Geraci S.</i>	
Tempora mutantur et nos mutamur in illis: un ambulatorio a bassa soglia con più di cent'anni	240
<i>Brussi V., Pilutti G., Pischiutti A., Pitzalis G.</i>	
Il Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL di Parma per la presa in carico integrata delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale (CISS): evoluzione di un modello organizzativo	241
<i>Corsaro A., Vesco S., Menozzi S., Frati F.</i>	
Bisogni di salute e qualità percepita della presa in carico nei/nelle Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI). Indagine qualitativa Progetto G-START	242
<i>Marchetti F., Zambri F., Caredda E., Coia M., Perra A., Celmi R., Giusti A., con G-START working group</i>	
Lo screening di salute mentale tra le vittime di violenza intenzionale (VVI) nell'ambito del progetto ICARE	243
<i>Carnevali R., Finelli F., Maggio Tummiolo M., Vercillo E., Santone G.</i>	
Progetto START 2.0 Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di Protezione Internazionale	244
<i>Castelli D., Vagni S., Indelicato A., Capone S., Alessandrini L., Bruno V., Chiesi S., Castelli F., Rossi S., El Hamad I.</i>	
Progetto FAMI "G-START: Governance, Salute, Territorio, Accoglienza per Richiedenti e Titolari di protezione internazionale (RTPI): sperimentazione di un modello": La sostenibilità locale dell'assistenza ai migranti	245
<i>Caredda E., Zambri F., Marchetti F., Coia M., Giusti A., Celmi R., Masi L., Perra A., con G-START working group (1; 2; 3)</i>	
"Accogliere e curare" l'esempio di due ambulatori nelle Marche	246
<i>Angeletti M., Mazzetta M.L., Sgarro G.</i>	
Intervento psico-sociale ed emersione della violenza sessuale di genere nelle persone migranti. L'esperienza del progetto "Pro-Access 2019". Improve access to sexual and reproductive health services for refugees and asylum seekers who are sexual and gender	247
<i>Floridia G., Luciano N., Di Dio D., Scalia F., Longo M., Manuli M., Scalzo S., Ceesay K., Sleemankhel A., Ben Dhiab S., Petrelli G., Bellissimo F.</i>	
Due ambulatori, una città: confronto tra due realtà socio-sanitarie attraverso l'analisi delle variabili che influenzano la pratica clinica e il loro ruolo nelle scelte terapeutiche	248
<i>Albano A., Sgorbissa B., Cappelletto D., Kontogiannis D., Vascotto A., Bardari S.</i>	
Don Kisciotte contro i mulini a vento: assistenza sanitaria gratuita per immigrati e richiedenti asilo nella città di Trieste nel 2019: diagnosi e terapia	249
<i>Sgorbissa B., Albano A., Avolio F., Cornelio G., Stella M., Princic E., Chiodo Grandi F., Torregiani C., Collareta A., Carraro M., Settin C., Cappelletto D., Tesolin L., Ferz M., Ukosic M., Marchiori M., Biscaro M., Kontogiannis D., Wassermann S., Gobbato P.E., Bardari S.</i>	

Medical booklet: uno strumento indispensabile per la popolazione migrante	250
<i>Testa J., Marchese V., Staffolani S., Santucci B., Monteiro G.B., Ferrari A., Sorice P., Radrizzani D., Pizzi M.G., Menzaghi B., Parisi C., Cocco N.</i>	
Don Kisciotte contro i mulini a vento: assistenza sanitaria gratuita per immigrati e richiedenti asilo nella città di Trieste dal 2015 ad oggi, l'esperienza di un'associazione di volontariato	251
<i>Bardari S., Avolio F., Cornelio G., Sgorbissa B., Albano A., Stella M., Princic E., Chiodo Grandi F., Torregiani C., Collareta A., Carraro M., Settin C., Cappelletto D., Tesolin L., Ferz M., Ukosic M., Marchiori M., Biscaro M., Wassermann S., Gobbato P.E.</i>	
L'accesso alle cure per la popolazione Richiedente e Titolare di Protezione Internazionale. Tra norme e applicazioni	252
<i>Gaiamo S.</i>	
Mappatura di servizi per i/le migranti sopravvissuti/e alla Violenza Sessuale e di Genere	253
<i>Foschia J.P.</i>	
Processi di implementazione del servizio di mediazione linguistico-culturale. Il caso dell'ospedale San Maurizio a Bolzano	254
<i>Zadra F.</i>	
Percorsi sanitari per l'inclusione di migranti e vulnerabili: l'esperienza del Servizio Salute Migranti, Casa della Salute Nuovo Regina Margherita ASL Roma 1	255
<i>Gnolfo F., Zampa A., Marchegiani M., Mosaico F., Biondi G., Mancinelli S., Buonomo E.</i>	
Procedure di screening per la salute mentale tra MSNA	256
<i>Fontana M., Marando L., Trezzi S., Bernardini L., Costantino A., Conte M.</i>	
"Storia di un bambino stregone..."	257
<i>Trincone S., Orlandi C., Morellini A., Venturi M., Stella M., Melandri D.</i>	
Il percorso di definizione di un profilo di competenze per l'Educatore Infermieristico Interculturale. Un progetto Europeo	258
<i>Gradellini C., Seligardi M., Mecugni D., Van der Linden E., Filov I., Mijatovic M., Bønløkke M., Van de Poel K., Bourkia P., Händler-Schuster D., Bennet M., de Lorenzo E.</i>	
Triage multilingua	259
<i>Caserta M., Marchisio D., Ambrosio S., Ferraro M., Bergese I., Camerano D., Ferrari C., Lazzari E.</i>	
La salute dei minori migranti: buone prassi per il supporto psicosociale e la formazione degli operatori	260
<i>Cascio G., Russo M.L., Giannotta F., La Placa S.</i>	
Follow up della presa in carico psicoterapeutica e psichiatrica in una popolazione di Minori Stranieri Non Accompagnati con Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) attraverso un recall back telefonico	261
<i>Pettinichio V., Bernardini L., Libertas M., Da Silva E., Caizzi C., Ciambellini S., Colosimo F., Mazzetti M., Geraci S.</i>	

Osservazione ed individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei Minori Stranieri Non Accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata attraverso l'utilizzo di una Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR)	262
<i>Dal Lago B., Berrini C., Mazzoni R., Maffei P., Bellantoni C., Costantino A.</i>	
Accertamento sociosanitario dell'età sui minori stranieri non accompagnati: la commissione multidisciplinare GIADA	263
<i>Sgaramella A., Foschino Barbaro M.G., De Iaco D., Giannini A.M., Larovere D., Massagli P., Tricarico D., Vitale G.T.</i>	
Progetto di assistenza pediatrica di sostegno alla madre migrante	264
<i>Govoni M., Benvenuti C., Florio G.</i>	
Accoglienza Pazienti Stranieri	265
<i>Catena S., Celesti L., Raponi M.</i>	
Ospedale e territorio: una rete a colori, supporto e buone prassi di accompagnamento alla maternità e genitorialità per popolazione fragile	266
<i>Martellini M., Marinaro Manduca A., Antolini S., Riccio G., Francesca M., Di Gironimo M., Di Mambro A.</i>	
Ricerca nell'ambito sessuale riproduttivo in un CAS femminile	267
<i>Regazzo C., Scotti S.</i>	
Analisi preliminare dei ricoveri per parto delle donne straniere residenti nella ASL 1 Abruzzo	268
<i>Carmignani M.C., Berra C., Muselli M., Cofini V., Spagnoli R., Mammarella L., Necozone S.</i>	
La psicoterapia con i migranti: ricerca, azione e formazione continua di un gruppo di psicoterapeuti	269
<i>Maisto R., Costa S., Merini A., Rigon G., Bevilacqua S., Bottazzi M., Braca M., Canneva L., Casali P., Cassetti A., Gamberini L., Gentili C., Gessaroli L., Giamboni L., Guidotti Mar., Guidotti Mat., Magnani G., Malaffo L., Massi L., Mancaruso A., Poli L., Pasquini F., Pelliccia A., Romanelli S., Tavormina N.</i>	
Il progetto SPRINT: promuovere la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati tramite un approccio intersettoriale e multidisciplinare	270
<i>Albiani S., Bracci F., Caldés Pinilla M.J., Cardamone G., Da Prato M., Delli Paoli L., Zorzetto S.</i>	
Percorsi di Cura ed Inclusione Sociale: il progetto START 2.0 Servizi sociosanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale 2.0	271
<i>Bruno V., Simonini F., Alberti M., Festa G., Ferrari M., Gritti M., Indelicato A., Tura G.B., Turrina C., El Hamad I.</i>	
Accoglienza, riconoscimento e cura. Oltre il trauma, verso la ricostruzione di una trama narrativa	272
<i>Pagani S., Pagliarani G., Puerini E.</i>	
Immigrati e Servizi di Salute Mentale: accessibilità e fruibilità nel territorio di Roma	273
<i>Morgillo T., Colosimo F.</i>	

Il Progetto TR 98: Valutazione, presa in carico, formulazione di percorsi di cura e di progetti riabilitativi individuali per persone migranti, richiedenti asilo, vittime di tortura. Presentazione dati e metodologia	274
<i>Contini M., Eusebio C., Mascazzini E., Marzagalia M., Stirone V., Torresin A., Cardullo A.</i>	
Programma di Assistenza, Sostegno, Sviluppo e Integrazione per richiedenti asilo e minori	275
<i>Maciocia L., Baldanzi M.G.</i>	
L'esperienza dell'Egypt Cirque: il circo sociale e la teatroterapia come cura individuale, di gruppo e di comunità	276
<i>Polito A., Bonadies S.</i>	
Il Servizio di Consultazione Culturale dello SPRAR/SIPROIMI di Bologna. Dalla valutazione psicopatologica alla gestione in rete della vulnerabilità psichica di richiedenti asilo e rifugiati	277
<i>Spigonardo V., Cacciatore F., Campalastri R., Del Borrello A., Jatin L., Kana M., Martelli M., Nolet M., Mencacci E., Nicolini G., Rondelli R., Fioritti A.</i>	
Il dispositivo di cura verso la soggettivazione - Progetto FAMI 2.0	278
<i>Brundo F.</i>	
3. Advocacy: dalla costruzione ai risultati	
Consapevolezza di un impegno e l'advocacy di domani	281
<i>Salvatore Geraci</i>	
Progetto FOOTPRINTS: l'approccio metodologico dell'intervento territoriale e il supporto ai gruppi regionali per l'implementazione delle politiche per la salute dei migranti	288
<i>Marianna Parisotto, Giulia De Ponte, Bruno Esposito, Jacopo Testa, Rosalia da Riol, Alessia Aprigliano, Manila Bonciani, Maria Laura Russo</i>	
Comunicazioni	
La Scheda di segnalazione: uno strumento per l'advocacy e la tutela della salute dei migranti	299
<i>Caminada S., Angelozzi A., Giannini D., Jaljaa A., Salvatori L.M., Geraci S., Marceca M.</i>	
Revisione e aggiornamento delle Linee Guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana	300
<i>Albani S., Caldés Pinilla M.J., Bigiarini C., Delli Paoli L., Tessitore L., Belvedere K., Gallo S.</i>	
Azioni per il miglioramento della qualità e continuità assistenziale per le persone con difficoltà di accesso al SSN in Emilia-Romagna: un processo coordinato tra associazioni di volontariato e Regione	301
<i>Calacoci M., Bodini C., Zanotti C., Rasconi G., Bondi M., Mazzocchi A., Reboli P., Fini C., Lesi C., Suzzi F., Cicognani A., Gaspari L., Viridis R., Barbieri L., Pastorelli V.</i>	
Buone prassi regionali in Puglia: l'approccio transculturale della rete GIADA nella tutela dei minori migranti	302
<i>De Iaco D., Foschino Barbaro M.G., Sgaramella A., Vitale G.T.</i>	

Insedimenti informali rurali in Basilicata: supporto socio sanitario rivolto a persone in condizioni di fragilità - Un intervento di Medici Senza Frontiere (MSF)	303
<i>Al Rousan A., Laino E., Carbone F., Granà G., Di Dato S., Di Donna F., Di Stefano L., Argenziano S.</i>	
Gruppo Ricerca-Azione Partecipata (GRAP). La ricerca-azione partecipata come strumento di sensibilizzazione e <i>advocacy</i> per il diritto alla salute. I risultati della prima fase	304
<i>Lanotte A., Cicognani A., Torchiaro S.</i>	
La valutazione medico-legale del richiedente asilo: spunti per un nuovo modello operativo multidisciplinare per la tutela della salute e dei diritti umani	305
<i>Lanzarone A., Tullio V., Rizzo C., Piscionieri D., Zerbo S.</i>	
Presentazione del progetto ICARE (Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency)	306
<i>Taila K., Costantino R., Caldés Pinilla M.J., Santone G., Sparaco A.</i>	
L'approccio di rete alla vulnerabilità sanitaria migrante	307
<i>Maietta A., Carreca G., Mazzucco E.,</i>	
Minori, identificazione e salute	308
<i>Lococo G.</i>	
Approccio intersettoriale Giuridico e Sanitario nella tutela legale dei e delle richiedenti asilo sottoposti a violenza sessuale e di genere	309
<i>Angelucci M.A., Scassellati Sforzolini G., Asta F., Millefiorini M.</i>	
Per una cura condivisa. L'applicazione del metodo etnopsicologico nei servizi socio-sanitari per persone con background migratorio	310
<i>Bartolucci R., Camilot E., Del Zotti S., Fantin R., Fiawoo K., Forlati P., Galesi D., Maisto R., Traore I., Valerio G.</i>	
La salute mentale dei migranti forzati: criticità e strategie di presa in carico integrata	311
<i>Bracalenti R., Peri C.</i>	
4. Migrazioni, salute e pandemia da Covid-19	
La sanità italiana: saremo capaci di fare tesoro degli insegnamenti della pandemia?	315
<i>Nerina Dirindin</i>	
Comunicazioni	
Percorsi di accoglienza di migranti fragili e di altre persone vulnerabili durante la pandemia di Covid-19	319
<i>Civitelli G., Torchiaro S., Rozzi E., Marceca M., Castro Cedeno G., Geraci S.</i>	
Emergenza Covid-19 e presa in carico delle fragilità nel Distretto 2 - ASL Roma	320
<i>Gnolfo F., Zagaria N., Ierardi T., Lauricella C., Pinna S., Storti A., Iannace A., Scardala S., Tonetti S., De Gregorio C.G.</i>	

Un' esperienza di supporto a distanza alla popolazione vulnerabile a Bologna	321
<i>Girardi F., Pesaresi G., Giuliodori S., Cortesi I., Soncini A., Eustacchi E.</i>	
Il sistema dell'accoglienza, i Servizi Sanitari e di Salute Mentale ai tempi del Covid-19	322
<i>Forgione E., Petta A.M., Albanese M., Libertas M.</i>	
Misure di prevenzione e gestione della diffusione dell'epidemia da Covid-19 tra gli insediamenti informali e le occupazioni. 'esperienza di Medici Senza Frontiere a Roma	323
<i>Mancini S., Benvenuti B., Frongia A., Guarenti L., Zuccaro F., Trainiti M.</i>	
Il virus degli altri	324
<i>Leccese V.</i>	
Le conseguenze dell'emergenza Covid-19 sulla salute delle persone Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale e le misure istituite nel contesto di Bologna	325
<i>Da Mosto D., Bodini C., Gherardi G., Mammana L., Quargnolo M., Fantini M.P.</i>	
Covid-19: dal dato al mapping interattivo	326
<i>Gagliano F.</i>	
Dati di un poliambulatorio a bassa soglia di accesso attivo nel periodo di pandemia da SARS COV-2	327
<i>Geraci S., Castro Cedeno G., Giannini D., Liddo M., Merlini G., Vischetti E., Civitelli G.</i>	
Ex Reggiane, Ex persone, Ex-tra problemi	328
<i>Saccani M., Fornaciari R., Gemmi C., Melioli D., Guatteri R., Simonazzi D., Severi C., Ferrari D., Marziani B., Sanna S., Censi L., Telani M., Singh I., Caporusso M.</i>	
Quali differenze di impatto della pandemia da Covid-19 sui cittadini italiani e stranieri?	329
<i>Fabiani M., Mateo-Urdiales A., Andrianou X., Bella A., Del Manso M., Bellino S., Rota M.C., Boros S., Vescio M.F., D'Ancona F.P., Siddu A., Punzo O., Filia A., Brusafiero S., Rezza G., Dente M.G., Declich S., Pezzotti P., Riccardo R., per il gruppo di lavoro sorveglianza COVID-19.</i>	
A partire dalla marginalità: l'approccio di intersos nella prevenzione e gestione del Covid19 in contesti di esclusione sociale	330
<i>Parisotto M., Verona A., Torchiaro A., Zitarosa D., Scirocchi S., Calò F., Roppolo R., Mittica P., Fermi C.</i>	
Progetto VirCov	331
<i>Sannella A., Maciocia L., Donfrancesco D., Lo Bosco M.</i>	
Il lavoro del mediatore culturale/interprete ai tempi del Covid-19	332
<i>Garwood C.</i>	
Una risposta assistenziale dal basso nel contesto della pandemia da Covid-19: l'esperienza di Laboratorio di Salute Popolare e Approdi a Bologna	333
<i>Da Mosto D., Todisco V., Magarini F., Miccoli D., Manduri D., Camia M.,; Panella M.M., Maisto R.</i>	

Migranti e Covid-19: l'esperienza del Naga	334
<i>Spada A., Colombo C., Sabbatini F., Signorelli F., Durante A., Garofoli P., Devillanova C.</i>	
La riforma del sistema di accoglienza dopo i decreti sicurezza in relazione all'emergenza sanitaria Covid-19: rischi e contraddizioni	335
<i>Dalla Costa A.</i>	
Reazioni psicopatologiche al lockdown in una popolazione di migranti in condizioni socioeconomiche disagiate, in trattamento presso il Servizio di Salute Mentale dell'INMP	336
<i>Aragona M., Tumiatì M.C., Ferrari F., Viale S., Barbato A., Cavani A., Costanzo G., Mirisola C.</i>	
L'esperienza Covid-19 al servizio della programmazione di prassi promettenti e intelligenti per la prevenzione del contagio, del disagio psico-sociale, di condotte antisociali e devianti	337
<i>Vegna V., Argento A.</i>	
Allegati	
Raccomandazioni XV Congresso SIMM	340
Documento SIMM. Organizzazione e gestione dei processi di advocacy	345
Progetto GRAP per i GrIS	359
Progetto in ricordo di Maria Edoarda Trillò	364
Progetto Footprints: Format di documento	365
SIMM: Lettera aperta ANCI per iscrizione all'anagrafe	389
Carta Intenti Tavolo Immigrazione e Salute (TIS)	391
TIS: Lettera alle Regioni su iscrizione SSN dopo L. 132/2018	395
SIMM et al: Lettera al Ministro della Salute su effetti L.132/2018	399
SIMM et al: Nota alla FNOMCeO su permesso di soggiorno per cure mediche	403
TIS: Lettera alle Istituzioni per la prevenzione dell'epidemia di Covid-19	405
SIMM et al: Lettera al Viceministro della Salute su Covid-19 e senza dimora	408
TIS et al: Prevenzione emergenza Covid-19 negli insediamenti informali	410
TIS et al: Gestione casi Covid-19 e nuovi inserimenti nelle strutture di accoglienza	413
TIS: Gestione emergenza Covid-19 negli insediamenti informali	418
SIMM et al: Nota su assunzione di personale sanitario straniero	424
Contributo SIMM all'11° Rapporto CRC	426
Statuto SIMM	430
Regolamento SIMM	436
Codice Etico	443
Codice Etico Procedure	446
Indice per autori	448
Indice per tematiche	454
La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni	455
La collana "Salute senza esclusioni"	456

PRESENTAZIONE

Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile

Maurizio Marceca

Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni per il periodo 2016-2020

*A tutte le persone che hanno sostenuto
e sostengono la SIMM e i suoi valori*

Premessa

Roma, 4 ottobre 2020

Al momento di consegnare i contributi all'editore mi trovo / ci troviamo nell'inusitata situazione di non avere la certezza di poter celebrare effettivamente il nostro XVI Congresso dal 16 al 18 dicembre; tale data, come noto, è stata (ri)programmata quando ci siamo trovati costretti - a causa del confinamento dichiarato per contenere la pandemia da Covid-19 - a rimandare la data inizialmente fissata per il 20-22 maggio 2020.

Ad oggi, è nostra determinazione poterlo svolgere, e svolgere in presenza.

Ma la recrudescenza epidemiologica cui si sta assistendo da alcune settimane in Europa, l'aumento dei casi di questi giorni in Italia (con ripetuti focolai che hanno toccato anche Roma, sede scelta per incontrarci), unitamente all'annuncio mediatico di tre giorni fa da parte del Presidente del Consiglio di voler presentare al Parlamento la proposta di prorogare lo stato di emergenza fino al gennaio 2021, non ci possono far escludere di dover nuovamente rinunciare ai nostri programmi congressuali.

Quella che segue è, in buona parte, la presentazione al Congresso da me scritta nel marzo scorso: ho ritenuto giusto mantenerla, anche per poter rappresentare lo spirito con cui ci siamo fin dall'inizio avvicinati a questo importante appuntamento. Nella sfortunata evenienza che le condizioni epidemiologiche e i correlati provvedimenti governativi delle prossime settimane ci impedissero, per la seconda volta, di dar vita al Congresso entro l'anno, saremmo di fronte - per la prima (e, spero, unica) volta - a un volume degli Atti di un nostro Congresso senza il Congresso. In questo sfortunato caso gli Atti starebbero a testimoniare come l'attività della SIMM non si sia in realtà mai fermata. Cercando un segno di speranza rispetto a questi cupi scenari mi viene spontaneo sottolineare il fatto che è notizia di oggi (festa del patrono d'Italia) il fatto che Papa Francesco ha firmato ieri ad Assisi la sua nuova Enciclica dal titolo "Fratelli tutti", sulla "fraternità e l'amicizia sociale" in cui si preannuncia

che, ancora una volta, esorterà tutti noi a guardare al fenomeno migratorio con uno sguardo (ed un cuore) accogliente.

1990-2020. Trent'anni

Per la vita di una singola persona sono considerati (giustamente) pochi. Per la vita di una comunità scientifica sono invece, indubbiamente, molti.

Avendo avuto la fortuna di condividerne personalmente la grande parte (ventotto su trenta per la precisione), posso testimoniare che questo compleanno collettivo riguarda l'incontro di centinaia e centinaia di persone attivamente impegnate nella SIMM, migliaia e migliaia se consideriamo quelle con cui ci siamo interfacciati, che abbiamo incontrato nei tanti incontri scientifici che abbiamo animato, nei momenti formativi che abbiamo proposto, nelle riunioni tecniche e negli incontri di natura sociale cui – come SIMM – abbiamo partecipato. E, ovviamente, riguarda decine e decine di migliaia di persone migranti, da tutti gli angoli del mondo, che in questi trent'anni - nei servizi pubblici come in quelli del privato sociale - abbiamo cercato di accogliere e prendere in carico, tentando di dargli risposte concrete, a partire dai loro bisogni di assistenza sanitaria.

È di fatto la storia di un percorso, collettivo e condiviso, di progressiva consapevolezza che, a partire dall'incontro personale, si è andata costruendo e radicando in noi. Una consapevolezza cresciuta ovviamente su basi scientifiche - attraverso la raccolta e l'elaborazione di dati sulla salute, la loro condivisione, il confronto per orientarne un'interpretazione comune - ma che è stata fin dall'inizio contemporaneamente un'elaborazione culturale, antropologica, filosofica, etica... perennemente ancorata ad un tentativo di leggere la complessità di società in divenire. Società, e popoli, spesso aggrediti, quando non dilaniati, dalla violenza del potere di oligarchie oppressive (di natura militare, sociale, economica, a volte religiosa) o comunque messi ai margini, quando non totalmente esclusi, da modelli di sviluppo e da pratiche economiche accomunate da quello che possiamo chiamare un "darwinismo sociale". Bambini, donne, uomini, anziani, con la sola colpa di essere nati nel luogo "sbagliato" nel momento "sbagliato", disorientati e impauriti, sbalottati da un Paese all'altro, spesso in mano a trafficanti di uomini, esposti a qualunque rischio (di natura ambientale o sociale). Ma anche piccoli e grandi eroi, pieni di speranza e determinazione, animati da un coraggio incredibile, quel coraggio di chi si è convinto di non avere nulla da perdere o di chi sente profondamente di aver diritto ad una vita migliore. A nome di tutti loro, desidero qui ricordare l'adolescente maliano (purtroppo per noi senza nome) che era sul barcone naufragato il 18 aprile 2015 - sciagura in cui si stima siano morte circa mille persone - nella cui giacca l'anatomopatologa Cristina Cattaneo ha trovato una pagella con i voti delle materie scritti in arabo e francese¹.

A tutte queste persone: individui, gruppi, comunità di migranti che abbiamo incontrato (spesso cercandoli là dove purtroppo le istituzioni non erano in grado di cercarli)

¹ L'episodio è raccontato in «*Naufraghi senza volto*», il suo libro edito nel 2018 da Raffaello Cortina Editore. Cristina Cattaneo è medico legale del Labanof (il «Laboratorio di antropologia e odontologia forense») di Milano. Riconoscendo lo straordinario lavoro (sul piano fattuale e simbolico) di questa collega, il Consiglio di Presidenza ha deciso di riconoscerle una targa come socia onoraria della SIMM, che le verrà consegnata in occasione della celebrazione dei trent'anni della Società.

abbiamo tentato di non dare solo farmaci o praticare interventi, ma prima di tutto abbiamo cercato di dare ascolto, di trasmettere senso di rispetto, attenzione e interesse, al di là delle oggettive possibili difficoltà di comunicazione e relazione.

Pur correndo il rischio di sembrare autocelebrativi, sembra giusto oggi ricordare questo percorso, nato certamente da sensibilità individuali, ma divenuto condiviso prima per l'intuizione di chi, trent'anni fa, seppe leggere con perspicacia non comune ciò che stava iniziando ad accadere nel nostro Paese con l'arrivo di donne e di uomini in cerca di una vita migliore, più dignitosa, poi per la motivazione, l'impegno e la costanza di chi questa intuizione l'ha coltivata e fatta crescere. Da questa sensibilità verso chi è "altro" da sé, da questa consapevolezza condivisa nasce anche il nostro motto: "*Dignitas in Salute, Salus in Dignitate*", capace, credo, di descrivere con straordinaria e sintetica efficacia il nostro orizzonte etico comune.

Dalla presa d'atto, che diviene nel corso della nostra storia di Società scientifica il paradigma di riferimento condiviso, di quanto il "contesto" – inteso in termini dei cosiddetti "determinanti sociali" (oggi preferibilmente chiamati "strutturali") – sia in grado di influenzare la salute, modulandone gradi di esposizione ai rischi fisici, chimici, biologici... si è sviluppata e consolidata la nostra visione ed il nostro approccio.

Una visione che, soprattutto a fronte di provvedimenti chiaramente, deliberatamente discriminatori cui abbiamo talvolta dovuto assistere nel corso di queste tre decadi, ci ha procurato anche amarezza, sconforto, rabbia, frustrazione. Ma anche una visione che, protetta e indirizzata dallo straordinario e prezioso Art. 32 della Costituzione Italiana, ci ha permesso di rivendicare l'equità nella salute, l'universalità e globalità del nostro Servizio sanitario pubblico, e di contrastare quelle previsioni normative, quei programmi, quelle azioni, quei comportamenti ed atteggiamenti che, a partire dal nostro specifico punto di vista - accanto ai migranti - sapevamo poter innescare e consolidare discriminazioni e disuguaglianze a danno di chi è già più debole, più vulnerabile. Non è un caso che ciò che ci rende particolari, rispetto alla gran parte delle altre Società scientifiche - oltre alla spiccata multidisciplinarietà (altra felice intuizione dei "fondatori") - è la intensa azione di "*advocacy*" che accompagna e rafforza quella di ricerca scientifica e di formazione professionale ed organizzativa.

La principale criticità che abbiamo forse incontrato, a livello politico (ma prima di questo culturale) è stata, ed è tuttora, la difficoltà da parte dei decisori (e non solo a livello regionale e nazionale, ma prima di tutto europeo e mondiale) di cogliere quanto il fenomeno migratorio richieda una *governance* strutturata sull'adozione di politiche intersettoriali. Nel caso specifico dell'Italia in cui, a fronte di politiche inclusive relative all'istruzione e alla sanità, abbiamo storicamente registrato da una parte un improprio e fuorviante "schiacciamento" sulla dimensione della sicurezza, dall'altro una estrema carenza o debolezza delle politiche sociali, sarebbe oggi necessario avere il coraggio – e la visione a medio-lungo termine – di esprimere politiche inclusive relative al lavoro (come chiedono gli stessi imprenditori), all'abitazione, al sostegno familiare (in un paese sempre più vecchio), alla coesione sociale. Siamo convinti che questa visione non sia aleatoria, insostenibile... tutt'altro, che sia l'unica in grado di promuovere autentico sviluppo socio-economico e relazioni pacifiche (o quantomeno a bassa conflittualità) tra esseri umani, tra comunità, ovviamente senza derogare al rispetto di regole democratiche da parte di tutti.

Una più approfondita, e organizzata in senso cronologico, ricostruzione della nostra storia di Società scientifica è affidata alla relazione scritta a sei mani dai suoi ultimi tre presidenti, che insieme ne abbracciano gli ultimi venti anni.

...Ed eccoci di nuovo insieme, per quello che è indubbiamente il momento più significativo, e non solo sul piano simbolico, per una comunità scientifica: il suo Congresso nazionale!

È, ufficialmente, il nostro primo Congresso a Roma, anche se è legittimo considerare il *Il Congresso Internazionale dal titolo "Medicina e Migrazioni"*, che qui si svolse dall'11 al 13 luglio 1990, come la prima iniziativa scientifica che ha accompagnato la fondazione della SIMM (il cui atto notarile riporta la data del 2 marzo 1990), posto che tra i suoi organizzatori (pur non figurando formalmente la SIMM) vi furono, in concreto, i nostri soci fondatori.

Ed è per me un vero piacere darvi il benvenuto in questa prestigiosa sede (che è la principale Accademia italiana per numero di studenti iscritti, nonché l'Università nella quale insegno e faccio ricerca), e ospitarvi per alcuni giorni in questa bellissima e antichissima città, Roma, che nella storia dell'immigrazione in Italia ha per altro da sempre rivestito un ruolo particolare.

A questo proposito, attingendo proprio dagli Atti del Congresso del 1990 appena citato, ritengo significativo riportare le parole finali del discorso di apertura di chi lo presiedeva – il Prof. Luigi Frighi, allora titolare della Cattedra di Igiene Mentale – che è stato anche uno dei nostri presidenti. Cito testualmente: *"[...] mi sia permesso esprimere non un sogno, ma una fantasia personale sui tempi a venire, che spero prossimi, nei quali sia possibile riconoscere i nostri simili come semplici cittadini del mondo e non come individui di diversa nazionalità. Ricordiamoci, come auspicio, che proprio da Roma, nell'anno 212 dell'era cristiana, venne promulgata dall'imperatore Caracalla la costituzione antoniniana che estendeva a tutti gli abitanti dell'ecumene allora conosciuto il diritto, uguale per tutti, di appellarsi civis romanus"*.

Nel disegnare questo XVI Congresso, il Consiglio di Presidenza ha deciso di dargli una impostazione totalmente innovativa, dove il classico susseguirsi di sessioni impostate per aree tematiche tradizionali e, in qualche modo, "disciplinari" (*salute dei richiedenti asilo e rifugiati, salute dei lavoratori, salute della donna...*), è stato sostituito da una struttura impostata su chiavi di lettura ed approcci trasversali, da noi chiamati "assi di riferimento" (*Epidemiologia e profili di salute, Modelli assistenziali...*); tale scelta fa sì che ogni sessione ospiterà contributi relativi a tutte le possibili aree tematiche / ambiti di interesse, favorendo così un'attenzione continuativa da parte dei convenuti, a prescindere dalla propria disciplina di riferimento. Coerentemente a queste finalità, è stata quindi confermata la scelta di animare solo una sessione plenaria unica e di non prevedere sessioni satelliti, dispersive per i convenuti e limitative del possibile confronto interdisciplinare. Parimenti rispetto agli scorsi congressi, è stata anche confermata la scelta di prevedere una classica esposizione dei contributi selezionati in forma di poster, che possano essere disponibili ad una lettura continuativa durante le giornate congressuali, e che saranno ospitati nella bellissima sede del Museo dell'Arte Classica dell'Università Sapienza.

Anche questa volta l'adesione al Congresso è stata molto incoraggiante: abbiamo infatti ricevuto circa 170 abstract per comunicazioni e poster (di cui oltre 20 relativi alla call

specificamente dedicata al Covid-19 aperta nel periodo giugno-settembre), confermando la tendenza all'aumento dei contributi per i nostri Congressi, visto che per quello di Catania ne erano pervenuti circa 140.

Permettetemi di ringraziare qui tutti coloro che hanno contribuito a programmare, organizzare e che più in generale hanno lavorato (la grande parte a titolo totalmente gratuito) per la realizzazione scientifica e logistica di questo XVI Congresso, *affrontando* ogni difficoltà che nel frattempo si è presentata.

Un'ultima notazione sulla visione legata al titolo che avevamo deciso di dare al XVI Congresso e che resta valido per questo volume: "Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020". Come accennato, la ricorrenza del trentesimo anno di vita della nostra Società scientifica ci ha indubbiamente suggerito il desiderio di fare memoria di quanto siamo finora stati, così come di leggere in maniera critica – e, se necessario, autocritica – ciò che siamo e stiamo facendo attualmente. Ma, soprattutto, ci è sembrato ineludibile, per quanto difficoltoso a fronte di una realtà geopolitica, ambientale, demografica e socioeconomica - su scala globale e locale - di alta complessità e quindi di difficile interpretazione, cercare di immaginare a quale futuro stiamo andando incontro, e quali sfide si propongono di fronte a noi quali cittadini del mondo e operatori che intendono promuovere e difendere la salute come diritto, e non come un bene commerciabile.

Un futuro da delineare insieme, che - al termine del mio mandato - io spero continui a prevedere comunque per la SIMM: una forte istanza di giustizia sociale, una profonda onestà intellettuale, un intenso impegno scientifico e desiderio di dialogo e di confronto ed una capacità creativa e disponibilità a "mettersi in gioco", mai disgiunti però da una costante pratica di umanità e di rispetto per chi ci viene incontro. Un futuro che, ci auguriamo tutti, possa registrare una effettiva transizione dall'*advocacy* all'*empowerment*, cioè possa vedere – se il contesto istituzionale lo favorirà effettivamente – un progressivo protagonismo delle comunità di immigrate ed immigrati, in termini di capacità di rappresentare direttamente le proprie istanze legate alla salute e all'assistenza, così come di effettiva possibilità di partecipare ai processi decisionali che li riguardano, in linea con i principi e le prassi di autentica Promozione della Salute.

Trent'anni di Simm: 1990-2020

Salvatore Geraci, Mario Affronti, Maurizio Marceca¹

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

«La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è una grande risorsa culturale, morale ed etica. Questi valori dobbiamo difenderli, perché il diritto alla tutela della salute si esercita cercando di avere quanta maggiore capacità di comprensione delle persone. In questo consiste la vostra forza: essere la medicina delle persone che hanno maggiori problematiche. Io mi auguro che la Società che voi definite piccola diventi grandissima e rappresenti una grande comunità aperta».

Elio Guzzanti già Ministro della Sanità nel periodo 1995-1996

Premessa

Questa relazione è stata, fin dall'inizio, concepita come un impegno condiviso tra noi (che abbiamo rivestito il ruolo di presidenti della SIMM a partire dall'anno 2000, cioè negli ultimi venti anni), a tentare di rileggere un percorso collettivo che non esitiamo a definire unico nel suo genere. Ad assumere uno sguardo ampio, consapevole, rispettoso della complessità, possibilmente autocritico, di ciò che ci ha contraddistinto. A fare memoria, quindi, di quello che, come società scientifica *sui generis*, siamo stati e che siamo oggi in occasione del nostro trentennale dalla fondazione. L'intento non è, almeno primariamente, autocelebrativo, per quanto l'orgoglio di quello che - tutte e tutti insieme - abbiamo finora ottenuto per la promozione e la tutela della salute dei migranti, non possa non trasparire. Si tratta piuttosto, per noi, di un'occasione per prendere insieme consapevolezza, attraverso la narrazione (in una sorta di esperimento di "autobiografia collettiva"), di ciò che la SIMM rappresenta; di un'occasione per ringraziare (in modo assolutamente non retorico ma sostanziale) tutte le donne e gli uomini che, in veste di ricercatori, formatori, professionisti, attivisti e volontari per la salute di tutti, hanno dato in questi trent'anni il proprio contributo (a volte accettando carichi gravosi); di un'occasione per ricordare quanti, purtroppo, durante questo lungo periodo ci hanno lasciato (tra cui vi sono due ex presidenti, i professori Serafino Mansueto e Luigi Frighi); ma, in particolare, si tratta di un'occasione preziosa per cercare di trasmettere alle generazioni che ci sono succedute (nel nostro caso specifico, quella degli attuali ventenni e trentenni), chi ci sentiamo di essere stati e di essere, in una sorta di disegno di profilo identitario in cui, ci auguriamo, loro possano riconoscersi e continuare a tracciare.

Trent'anni non sono pochi e per narrarli abbiamo scelto che ciascuno di noi testimoniasse in particolare il periodo del proprio incarico/servizio come Presidente e che

¹ rispettivamente Presidenti SIMM dal 2000 al 2009, dal 2009 al 2016, dal 2016 al 2020.

contribuisse anche a tracciare la storia sin dall'inizio. Non è una puntuale cronologia dei fatti: abbiamo voluto ricordare, soprattutto per quelli più lontani temporalmente, ciò che ci ha colpito e ci è parso significativo. Ci scusiamo per tutte le dimenticanze e le omissioni. E così sono emersi tre macro periodi della vita societaria, quasi l'evoluzione di un unico individuo/corpo in una sorta di crescita fisiologica scandita da momenti "simbolo" a volte appena tracciati, altre ben identificabili in scelte, posizioni e impegni.

Tre decenni, il primo come fase dell'intuizione e della spregiudicatezza, il secondo come fase della consapevolezza e dell'identità e per ultimo, il terzo decennio come fase del consolidamento e della maturità.

Infine ci scusiamo se, nella sua forma, questa relazione non sia stata curata quanto avremmo desiderato, ma possiamo assicurarvi che, pur nella diversità di ciascuno di noi, ognuno si riconosce nella personale ricostruzione dell'altro, con un'osmosi continua tra il personale e il professionale di ciascuno e di tutti e tre al punto da poter affermare che le sei mani che l'hanno scritta sono in realtà simili, complementari ed uguali: come se fossero due.

1990-2000: la fase dell'intuizione e della spregiudicatezza

Lo scenario. Quando l'immigrazione in Italia comincia ad avere una prima evidenza (inizio anni Ottanta del secolo scorso) si era all'indomani della grande riforma sanitaria che ha visto nel 1978 l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) su base universalistica ed equa: con la Legge 833 si superano le cosiddette "mutue" che garantivano accessi diversificati in base all'organizzazione lavorativa d'appartenenza, e da allora tutti partecipano al sostegno di un servizio per l'intera popolazione in rapporto al proprio reddito e capacità contributiva. In quella illuminata riforma gli immigrati non erano previsti per il fatto che l'Italia era stata fino a qualche anno prima terra di emigrazione piuttosto che approdo significativo per persone provenienti da altre nazioni. C'era quindi un vuoto normativo con un diritto negato per coloro che si trovavano in condizione di presenza temporanea o non in regola con le norme per il soggiorno, e un diritto nascosto per coloro, pur regolarmente presenti, che erano costretti a lunghi iter burocratici e con ampie incertezze amministrative.

In questo scenario, per garantire l'assistenza sanitaria di base in particolare per le persone più fragili, si era creata una ricca rete di ambulatori del volontariato. Infatti, dalla metà degli anni Ottanta, in varie parti d'Italia, in modo spontaneo e allora certamente non coordinato, vari gruppi di matrice confessionale o laica (per citarne alcuni: la Caritas a Roma, il Naga a Milano, la Croce Rossa a Genova, il Biavati a Bologna, i salesiani di Santa Chiara e l'Università a Palermo) si erano organizzati per garantire il diritto all'assistenza sanitaria agli stranieri che ne erano esclusi. Ambulatori di primo livello che tra mille difficoltà, con l'entusiasmo di chi sa di percorrere strade impervie ma anticipatorie, con la curiosità del volontario, con la passione di chi crede a un diritto alla salute senza esclusioni, hanno visto protagonisti centinaia di medici, infermieri e operatori sociali e sanitari, con competenze e appartenenze diverse ma con comune impegno. In quel periodo ci furono sporadiche occasioni d'incontro e confronto: nel 1988 a Roma il primo Convegno Internazionale "Medicina e Migrazioni: problemi di salute fisica e mentale degli immigrati da paesi in via di sviluppo" con i suoi Atti e, suc-

cessivamente, qualche incontro su base locale o dei corsi in genere su malattie infettive o problematiche di salute mentale. Cominciavano a uscire i primi studi sulla salute dei migranti e intorno agli autori si creavano i primi gruppi di riflessione². Ma questo bastò per dare forma all'intuizione di alcuni, spinti in particolare dalla testimonianza di don Luigi Di Liegro, direttore della Caritas capitolina, che tra i primi in Italia sosteneva come l'immigrazione non fosse una situazione temporanea e occasionale ma era evento epocale e bisognava attrezzarsi sul piano della garanzia dei diritti, per una autentica integrazione e crescita comune: "[...] l'immigrazione è una scelta, spesso obbligata; una partenza, spesso ricolma di speranze e di illusioni; un arrivo, spesso contrassegnato da sacrifici e da aspettative stracciate. E nel contempo un'occasione e forse una provocazione per crescere, tutti, noi e loro, umanamente e professionalmente". E per questo bisognava declinare il termine solidarietà in modo diverso: "[...] essa non è un vago sentimento di compassione né si fonda su un sentimento di altruismo ingenuo, ma nasce dall'analisi della complessità sociale, dai guasti del sistema sociale disordinato, dal degrado morale e culturale provocato dalla legge del più forte, dalla carenza di etica collettiva [...]". E bisognava essere concreti: "[...] Si dovrà cercare di fare di più in vari modi: vincendo i pregiudizi della gente, preparando meglio gli operatori sanitari, rendendo più flessibili le strutture del Servizio sanitario nazionale e meno complicata la prassi burocratica, aiutando gli stessi immigrati ad inserirsi più proficuamente in un ambiente diverso [...]" (Don Luigi Di Liegro, scritti tra il 1990 e 1996).

La fondazione della SIMM. L'intuizione era quella di "fare ed essere rete" non solo come attivisti o persone impegnate nella società civile, nelle istituzioni o nel mondo accademico, ma soprattutto in ambito scientifico, per dare basi solide contro pregiudizi e strumentalizzazioni, per produrre analisi tecniche sul profilo di salute di questa "nuova" popolazione ma anche per proporre politiche e percorsi di tutela e di promozione della salute. Così a Roma nel febbraio 1990, nella sede dell'Associazione Fernando Rielo di assistenza e ricerca sanitaria rappresentata da padre Alfonso Urrechù, alla presenza del prof. Enrico Nunzi (Università di Genova), del prof. Serafino Mansueto (Università di Palermo), del prof. Luigi Frighi (Università di Roma) - che saranno rispettivamente i presidenti della SIMM fino al 1993, 1996 e 2000 -, del dr. Riccardo Colasanti (Caritas Roma) e della prof.ssa Velia Galati Tessiore (Croce Rossa di Genova) viene fondata la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

In quel momento poco più di una felice intuizione ma da strutturare e soprattutto da popolare di persone, di idee, di progettualità, di impegno concreto. E l'occasione arrivò subito, quando, a giugno del 1990, l'allora vicepresidente del Consiglio dei Ministri on. Claudio Martelli, relatore dell'omonima legge sull'immigrazione promulgata nel febbraio di quell'anno, riunisce a Roma in un'affollata assemblea quanti in Italia si

² Per citare quelli più significativi: *La salute degli immigrati* a cura di Graziella Favaro e Mara Tognetti, voluto dal Comune di Milano per Edizioni Unicopli (1988) e il numero monografico di «Quaderni di sanità pubblica» del 1990: *Migrazione e salute* traduzione in Italiano del documento OMS *Migration and Health* del 1986. Più altri articoli su esperienze locali piuttosto che su evidenze di singole malattie infettive o analisi sulle cause di disagio psicologico e su problemi comunicativi o sui primi timidi tentativi di denuncia di politiche sanitarie disattente nei confronti dei migranti (*La tutela sanitaria negata* di Franco Pittau del 1989).

occupavano di immigrati: è il momento in cui i rappresentanti dei gruppi impegnati nei vari territori si incontrano per la prima volta. Dal confronto emerge la scoperta che quelle esperienze più o meno isolate possono confluire in una riflessione comune, si può passare dall'impegno personale ad una coscienza collettiva di una nuova realtà; dalla necessità di affrontare una "emergenza" per assenza di preparazione e organizzazione pubblica, all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'inccontro con questi "nuovi cittadini"; da un diritto di fatto negato e/o nascosto alla volontà di affermare, anche sul piano giuridico, che la salute è un bene di tutti e per tutti. Quel primo confronto di realtà molto diverse per storia ed appartenenza, per localizzazione geografica ma anche per target di assistiti (stranieri provenienti da specifiche nazioni diversificati a seconda della città, o anche del quartiere dove è presente l'ambulatorio medico: il porto a Genova, la stazione Termini a Roma, il centro storico a Bologna...), fa fare una prima scoperta pratica e cioè come "casistiche" molto diverse producono lo stesso profilo sanitario. Le malattie più frequenti ed i problemi espressi sono in gran parte gli stessi indipendentemente dalla popolazione di riferimento, anche laddove vengono usati differenti sistemi di classificazione e analisi delle condizioni di patologia: prevalentemente malattie dell'apparato respiratorio, digerente e muscolo-scheletrico legate al disagio socioeconomico, alle condizioni di accoglienza inadeguate, al tipo di lavoro. Non è una scoperta da poco, tenendo conto che allora (e purtroppo ancora oggi) il dibattito politico che affrontava il tema della salute di questa popolazione era schiacciato sull'evocazione del rischio di importazione di malattie infettive più o meno conosciute alle nostre latitudini.

Da quel momento si comincia a parlare in Italia di medicina delle migrazioni, e con decisione quei volontari medici e operatori "pionieri" del campo ne sottolineano i contenuti non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri...) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni...), in un'ottica che oggi definiremmo di salute globale.

A partire da quei primi scambi di esperienze sul piano clinico-epidemiologico, progressivamente i vari gruppi di volontariato specifico impegnati in Italia sono riusciti a costruire anche una progettualità politico-sanitaria: ne scaturisce un movimento partecipato dalla base della società civile e di operatori socio-sanitari del settore pubblico, di alto profilo nelle competenze specifiche, con forti motivazioni, che – con lo stile che aveva caratterizzato ogni singolo gruppo e che è proprio del volontariato e cioè quello della gratuità, dell'impegno e della libertà – riesce ad essere credibile nell'analisi del fenomeno e nelle proposte. Il luogo del confronto e della proposta diventa in modo naturale la neonata SIMM, che da allora condizionerà gran parte delle scelte di politica sanitaria nazionale nello specifico settore³.

Il 1990 è anche l'anno (luglio) del II Congresso Internazionale su Medicina e Migrazioni in cui la SIMM si presenterà al mondo scientifico e soprattutto è l'anno (dicembre)

³ Per la storia e i documenti SIMM vedi: www.simmweb.it ed anche il numero 61 della rivista «Sistema salute» https://www.nuovaciviltadellemacchine.it/wp-content/uploads/2018/05/Chiara-Bodini-sistema_salute-61-3.pdf

della I *Consensus Conference* sull'immigrazione che ogni due anni scandirà la crescita ed il consolidamento della SIMM⁴.

Un'advocacy inconsapevole e spregiudicata. Dopo svariati tentativi di rapportarsi con i vari ministri della Sanità di turno (De Lorenzo, Costa, Garavaglia), all'inizio del 1995 si profila una situazione favorevole: in un governo tecnico il ministro della Sanità è il prof. Elio Guzzanti. È un medico romano, di grande esperienza e competenza, che da direttore dell'Ospedale Bambino Gesù aveva da poco approfondito il tema della salute dei bambini stranieri ed aveva avuto come interlocutore don Luigi Di Liegro ed i suoi collaboratori e, anche per questo, mostra una specifica sensibilità al tema. Proprio in quel periodo, su proposta di colleghi del Naga di Milano, la SIMM sostiene e promuove una proposta di legge "dal basso" per il diritto alla salute degli immigrati con riferimento agli irregolari, scritta dai gruppi impegnati nel settore; essa, con la mediazione di don Di Liegro, prima riceve l'interesse del ministro della Sanità e poi, su suo consiglio, come Disegno di Legge, grazie all'infaticabile impegno di Dino Frisullo, è presentata nell'agosto di quello stesso anno al Senato e alla Camera, sottoscritta da circa 60 senatori e oltre 140 deputati di tutti i partiti. Poco dopo, nell'ambito del dibattito politico relativo all'approvazione della Legge Finanziaria del 1995, su esplicita richiesta della Lega Nord viene varato, non senza dibattito e polemiche, il cosiddetto Decreto Legge Dini⁵ in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e del soggiorno dei cittadini stranieri. Quella norma, molto criticata per una impostazione particolarmente restrittiva, aveva però recepito in un suo articolo, grazie all'impegno del prof. Guzzanti⁶, le indicazioni della società civile sull'assistenza sanitaria: diritto per tutti gli stranieri, anche se irregolari e privi del permesso di soggiorno, non solo come accesso straordinario ma anche come cure ordinarie e continuative. Quell'articolo di legge non è stato casuale, è nato da una capillare azione di studio e di sensibilizzazione, da incontri e confronti tra associazioni, con il ministro, con i suoi collaboratori, con tutte le forze politiche⁷. Quell'articolo ha avuto anche il merito di *sdoganare* un problema, di liberare risorse, se non altro sul piano organizzativo, per affrontare il diritto all'accesso alle cure. Da quel momento Aziende UsI ed Ospedaliere, Enti Locali hanno dovuto/voluto pianificare interventi, deliberare iniziative, promuovere politiche adeguate. Ma soprattutto quell'articolo ha dato consapevolezza che una società civile organizzata, nella specifica situazione la SIMM, potesse influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme con un'attenzione alle esperienze ed ai bisogni⁸ più o meno emergenti. E così è stato negli anni immediatamente a seguire,

⁴ È possibile scaricare gli Atti delle *Consensus Conference*/Congressi SIMM e i documenti/raccomandazioni scaturiti dagli incontri alla pagina: <https://www.simmweb.it/consensu-e-congressi-simm>

⁵ Decreto Legge del 18.9.1995, n. 489 dal titolo "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea. L'articolo di riferimento è il n. 13.

⁶ Vedi il video con la ricostruzione di quell'impegno da parte del prof. Guzzanti in occasione del suo riconoscimento come 1° socio onorario della SIMM nel 2011: https://www.youtube.com/watch?v=1kXm3_FcMCA

⁷ Per una cronaca fedele della costruzione della norma vedi S. Geraci: *Immigrazione e salute: un diritto di carta?*, Anterem, Roma (1996) con la presentazione di Rosy Bindi e l'introduzione di Luigi Di Liegro <http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/salute-di-carta-1996.pdf>

⁸ Il "bi-sogno" è un sogno due volte; una passerella tra un bisogno, di chi è senza diritti, e il sogno che i diritti o sono di tutti o sono privilegi.

quando forse con una "spregiudicatezza" dettata dalla fiducia avuta dall'interlocuzione politica del tempo, costruiamo le norme sanitarie sull'immigrazione ancora oggi valide. Questo grazie all'on. Livia Turco, ministro per la Solidarietà Sociale (1996-2001) figura centrale nella definizione della nuova legge sull'immigrazione e soprattutto all'on. Rosy Bindi, ministro della Sanità dal 1996 al 2000 che con l'emanazione di ripetute Ordinanze prima "salvò" la norma introdotta da Guzzanti e poi ci "delegò", come tecnici, per la definizione della normativa sull'assistenza sanitaria per gli immigrati confluita nel Testo Unico sull'immigrazione⁹ e per la successiva stesura del suo Regolamento di attuazione¹⁰. Se, a distanza di oltre vent'anni, ripensiamo all'impatto che la definizione di queste politiche (fortemente inclusive e ispirate ad un approccio di sanità pubblica) ha avuto in questo arco tempo sulla vita e sulla salute di centinaia di migliaia di persone immigrate, non possiamo nutrire dubbi su quanto ogni essere umano, nel momento in cui diventa forza collettiva organizzata, può fare di importante per i suoi simili.

Una felice intuizione: il GrIS Lazio. Negli anni Ottanta e Novanta, a Roma c'è un vero fermento sociale, dove grazie all'impegno dell'allora direttore della Caritas capitolina, il già citato mons. Luigi Di Liegro, l'attenzione culturale e politica ai temi della marginalità e della giustizia sociale è particolarmente presente. Un'intera generazione di cittadini sensibili, indipendentemente dell'appartenenza confessionale, culturale o politica, è maturata con quello stile che, partendo dai fatti, andava alle radici dei "mali di Roma" e ne tracciava soluzioni, non delegandole ad altri ma che partivano dall'impegno di ognuno e si traducevano in input politici puntuali e concreti. In quel clima di fermento culturale e di impegno, a metà degli anni Novanta, nasce l'esperienza di lavoro di rete tra operatori socio-sanitari del pubblico e del privato sociale, laico e confessionale, che porterà alla definizione del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) del Lazio. Operatori che si incontrano pressati da problematiche di assistenza sanitaria che inizialmente trovavano risposte solo attraverso il privato sociale e l'associazionismo ma che già interrogavano i servizi pubblici. Proprio a ridosso dell'emanazione del Decreto Dini con tutte le circolari ministeriali che seguono, insieme, operatori del pubblico e del privato sociale, cercano risposte, si informano, si confrontano, analizzano, partendo dell'esperienza quotidiana, i bisogni, costruiscono percorsi e proposte coerenti con la norma appena uscita che è particolarmente innovativa. Inconsapevolmente nasce così un'esperienza, che dura tuttora a 25 anni dal suo primo incontro (dicembre 1995) e che diventerà modello in molte altre parti d'Italia con il suo stile di luoghi partecipati dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passo indietro per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità.

⁹ Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286: "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139.

¹⁰ Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394: "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286" pubblicato nella GU Serie Generale n. 258 del 03.11.1999 - Suppl. Ordinario n. 190.

Il primo successo del GrIS Lazio è la Delibera di Giunta Regionale del 31 luglio 1997, n. 5122 (*Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti*), che prima in Italia ha recepito e interpretato operativamente quanto enunciato dall'articolo 13 del Decreto Legge 489/1995 a favore della tutela sanitaria degli stranieri non in regola con le norme per il soggiorno (con particolare riferimento ai minori e alle donne). Con quella delibera la Regione Lazio ha indicato percorsi operativi innovativi (collaborazione tra servizio pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione degli ambulatori STP di medicina generale) tanto che sono stati presi come base per il successivo Regolamento d'attuazione del Testo Unico sull'immigrazione nel 1999 (codice STP). Da quel momento il GrIS diviene interlocutore, più o meno formalmente riconosciuto, per tutti i governi regionali succedutosi negli anni. Altro elemento interessante è l'istituzione presso la Regione Lazio del Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, composto da operatori di strutture pubbliche e del volontariato che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione, anche con compiti di verifica e monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni. Questo "doppio livello partecipativo", dal basso attraverso il GrIS, ed istituzionale attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette la tempestiva ed efficace presa in carico di problematiche emergenti e una programmazione sanitaria attenta al tema della salute dei migranti.

In questi anni il GrIS ha posto un'attenzione continua e puntuale sull'accessibilità ai servizi e, grazie alle sue sollecitazioni e partecipazione attiva, sono tanti gli atti emanati dalla Regione Lazio sui cittadini stranieri con codice STP o ENI, sui rifugiati e richiedenti protezione internazionale. Ma l'impegno del GrIS non si è limitato all'accesso ai servizi che dipende prevalentemente dalla normativa, ma ha posto l'attenzione sulla promozione delle competenze culturali dei servizi, per adeguare le risposte a un'utenza multietnica¹¹. 25 anni di impegno non hanno demotivato operatori e volontari che trovano stimoli nell'individuare nuovi ambiti di interesse, di analisi e di lavoro di rete con un nuovo orizzonte, forse il più impegnativo e difficile, che è quello del passaggio dall'*advocacy* all'*empowerment* con il coinvolgimento delle persone immigrate e/o d'origine straniera come soggetti attivi del cambiamento sociale e culturale.

La SIMM sta crescendo. Dal 1990 sono state celebrate regolarmente ogni due anni le *Consensus Conference sull'Immigrazione*: le prime all'Oasi di Badia, sopra Palermo il 15 dicembre 1990 e il 28-31 maggio 1992 e poi a Cinisi Mare dal 29 maggio al 1 giugno 1994. Il grande impegno del prof. Mansueto e dei suoi collaboratori fanno della *Consensus* un appuntamento ineludibile per leggere e capire un fenomeno che si va affermando e le criticità connesse a politiche incerte anche dal punto di vista sanitario. I titoli delle *Consensus* diventano inviti programmatici da cui parte il confronto in ambito clinico, scientifico e politico, e si sviluppano interessanti documenti di azione: nel 1994 "L'immigrato: una realtà del nostro tempo: dall'accoglienza all'integrazione"; la IV e la V *Consensus*, tenutesi entrambe a Palermo, la prima dal 12 al 14 dicembre 1996 e la seconda da 26 al 28 giu-

¹¹ L'esperienza è ben descritta nel volume *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Pendragon, Bologna, 2012 (due edizioni).

gno 1998 dai rispettivi titoli: "I flussi migratori del mediterraneo; aspetti sociali, economici, giuridici e sanitari" e "L'idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà". In tutta Italia, con il patrocinio/supporto della SIMM si svolgono corsi di formazione specifica come ad esempio l'appuntamento annuale del corso base "Immigrazione e salute" tenutosi per alcuni anni a Busseto (in provincia di Parma) e dal 1995 trasferitosi a Roma e giunto oggi alla ventinovesima edizione; alcuni corsi universitari e un primo master specifico sui temi sanitari dell'immigrazione a Roma nel 2000 sponsorizzato anche dall'Università di Genova, su indicazione del primo presidente della SIMM. Escono volumi dedicati al tema¹², molti scritti da soci della SIMM, e aumenta la consapevolezza di trovarsi in un processo storico e sociale, quello dell'immigrazione, dove ognuno può e deve dare un proprio contributo.

2000-2010: la fase della consapevolezza e dell'identità

Una rete di reti. A Palermo, dal 25 al 28 maggio 2000 si svolge la VI *Consensus Conference* sull'immigrazione dal titolo evocativo "Untori e unti: dall'esotismo alla realtà" e si celebra anche il *memorial* "Luigi Di Liegro" in ricordo del sacerdote romano, scomparso nel 1997, vero ispiratore di tanto impegno nei confronti degli immigrati. Con l'elezione come presidente, per la prima volta non accademico, di Salvatore Geraci proveniente dall'associazionismo, simbolicamente la SIMM diviene consapevole della propria identità meticciasca, di tante anime diverse ma legate dall'impegno quotidiano, dalla concretezza, dalla partecipazione. Non è un caso che da quel momento si decide di implementare il modello delle reti locali, i GrIS, e delle alleanze strategiche con altri gruppi e società scientifiche. La SIMM vuole essere non solo una "rete nazionale" ma una connessione e integrazione tra diverse competenze ed aree di impegno.

Si sviluppa così un modello, a partire dall'esperienza del GrIS Lazio (1995) da cui proviene il neo presidente, che ben presto si trasferisce in altre realtà territoriali: nel 2004 in Trentino, nel 2006 in Sicilia, Lombardia e Sardegna, nel 2008 in Veneto, Friuli Venezia Giulia e Alto Adige, nel 2009 in Piemonte ed Emilia Romagna. Nel decennio successivo si aggiungono Campania e Toscana (2011), Calabria (2012), Liguria e Puglia (2013), Marche (2014) e, in fase ancora iniziale, Abruzzo (2020). I GrIS sono realtà diverse, per storia, longevità (alcuni hanno avuto diverse partenze, altri sono temporaneamente quiescenti) e capacità di incidere sul contesto locale. Tutti però sono accomunati dall'obiettivo di mettere in rete conoscenze, capacità, contatti per agire in modo efficace per la tutela della salute degli immigrati, promuovendo occasioni formative e informative, facendo pressione sui decisori politici, rilevando e segnalando anomalie o mancanze nell'applicazione della normativa. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato

¹² Come esempio citiamo il numero monografico della storica rivista «Annali d'igiene, medicina preventiva e di comunità» dell'Università di Roma La sapienza dal titolo *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale* che racchiude i contributi più significativi del primo corso di perfezionamento universitario sul tema. Volume 7, n. 3 - maggio-giugno 1995.

sociale, volontariato, associazionismo italiano e straniero, istituzioni) si confrontano, si scontrano anche in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità. Il GrIS è di fatto anche laboratorio sociale ricco di scoperte e di sfide, con dinamiche sempre nuove e porte sempre aperte, dove italiani e stranieri, diverse professionalità e competenze, variegate appartenenze cercano di condividere un'esperienza di impegno e, più o meno consapevolmente, riscoprono e testimoniano un'etica della partecipazione e della responsabilità.

A rafforzare questa progressiva consapevolezza identitaria nel 2007 il GrIS Lazio organizza un incontro dal titolo "Processi decisionali e progettualità per la tutela della salute degli immigrati con particolare riferimento al lavoro di rete" dove Giulia Bigot e Maria Laura Russo (che in seguito diventerà la referente nazionale per la formazione della SIMM), a quel tempo sociologhe dell'Università di Trento, facendo anche riferimento alle esperienze della SIMM e dei GrIS, tracciano una cornice concettuale del tipo di approccio che questi gruppi stanno dando al processo di costruzione delle politiche¹³. Scopriamo che, di fatto, si è entrati in un paradigma della complessità ed inconsapevolmente è stato creato una *policy network* particolarmente efficace. Eccone la definizione: è una collaborazione su un territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati, collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di policy.

Proprio grazie alla nascita e alle attività dei GrIS, la SIMM si configura sempre più come una "rete di reti", con una potenzialità unica di condivisione di saperi, soluzioni, riflessioni. Per tale motivo alla fine di questo decennio si traccia un nuovo spazio organizzativo, e diremmo anche identitario, quello del Coordinamento dei GrIS che esordisce con un primo incontro a Roma nel settembre 2009¹⁴.

Sono anni anche di *alleanze strategiche* e in particolare ne segnaliamo alcune delle tante: quella con il SISM, Segretariato Italiano Studenti di Medicina, che dall'inizio degli anni 2000 (il primo protocollo è del marzo 2001) poi si è man mano consolidata e ha permesso in molte città italiane l'incontro concreto e operativo di studenti con gli immigrati sul versante della tutela della salute, occasione di relazione e approfondimento; molti di loro sono poi diventati soci nella SIMM e attivisti nei GrIS, ma soprattutto professionisti attenti e sensibili ai temi delle disuguaglianze e della giustizia sociale.

Ricordiamo, inoltre, la stretta collaborazione con il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria che si strutturerà sempre più nel tempo. Sono realizzati con loro diversi Convegni congiunti (anche con altre organizzazioni come l'ISMU), estremamente stimolanti ed è proprio in uno di essi a Milano nel 2005 che viene lanciata la proposta "*Un pediatra per ogni bambino*", garantire cioè la piena assistenza sanitaria per ogni minore indipendentemente dal proprio status giuridico, accolta con freddezza dalle istituzioni ma che è stata la base per l'attuale riconoscimento di questo diritto.

¹³ Dall'incontro ne è scaturita una interessante pubblicazione dal titolo *Una rete per la salute degli immigrati*, Quaderni di InformaArea, Roma, 2007 https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/GrIS/una_rete_per_la_salute_degli_immigrati.pdf

¹⁴ È possibile scaricare il verbale di quell'incontro all'indirizzo https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/SIMM_x_news/2010/3-i_GrIS_verbale_1_del_16.09.2009.pdf

Inizia anche un impegno a livello internazionale che culmina con un incontro presso il Parlamento Europeo di Strasburgo il 5 luglio 2006 di una delegazione italiana di varie associazioni collegate dalla SIMM, con alcuni parlamentari europei per proporre una politica comunitaria che garantisca diritti e tutele in modo uniforme ed avanzata (la nostra proposta ottiene 88 adesioni su 367 e, pur valutato un ottimo risultato, è ben lontano dal poter incidere concretamente).

Infine tra il 2008 e 2009 si è sperimentato un modello di intervento per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari e dell'educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinta in Italia che ha coinvolto 4 GrIS (Lazio, Trentino, Sicilia e Lombardia), 11 associazioni e 6 servizi sanitari pubblici in 6 grandi città¹⁵. Un campo di riflessione storicamente presente nella SIMM con una consolidata collaborazione con l'Opera Nomadi.

Luci ed ombre delle politiche. I primi anni del 2000 sono contrassegnati, come nel passato, dalle *Consensus Conference* sempre più partecipate come testimoniano i voluminosi Atti dei lavori: nel 2002 ad Erice dal 19 al 22 maggio con il titolo *Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems*; nel 2004 a Lampedusa dal 5 all'8 maggio dal titolo *15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità*; nel 2006 a Palermo, dal 27 al 30 aprile dal titolo "Per una salute senza esclusioni". La SIMM è sempre più conosciuta e riconosciuta come interlocutrice delle istituzioni locali e nazionali in particolare per la definizione delle politiche. Non è un caso quindi che il ministro della Salute di quegli anni (2006-2008), on. Livia Turco, nel decreto istitutivo della Commissione ministeriale "Salute e immigrazione" del 27 novembre 2006, riconosce le "sollecitazioni degli operatori del settore pubblico e del volontariato e del privato sociale, impegnati nel settore ed in particolare della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che in gran parte li rappresenta, per un'adeguata azione di monitoraggio degli interventi, la tutela omogenea dei diritti sanitari ed un'armonizzazione delle procedure su tutto il territorio nazionale". La SIMM in realtà aveva chiesto un piccolo "gruppo di lavoro tecnico-politico" più agile ed operativo per agire direttamente sulle norme; la Commissione, costituita anche con una logica di rappresentanza, ha al suo inizio 35 commissari (a cui se ne aggiungeranno successivamente altri) ed è molto lenta e teorica. Comunque si è riusciti ad ottenere la creazione di 3 gruppi di lavoro tematici: uno sull'accessibilità e fruibilità, affidato al Presidente della SIMM; uno sulla salute della donna e del bambino e il terzo sul Riconoscimento dei Titoli, Ordini professionali, affidato all'AMSI (associazione medici stranieri in Italia); la SIMM è ben rappresentata in tutti i gruppi. Il gruppo sull'accessibilità si era subito proposto come obiettivo la tutela sanitaria dei rumeni (era il periodo dell'entrata nell'UE di Romania e Bulgaria, ma non erano state previste norme sanitarie coerenti alle problematiche sociali di queste popolazioni in Italia); quest'obiettivo non è stato raggiunto per troppa burocrazia imposta dal Ministero e forse anche per non sufficiente coraggio istituzionale. Anche altre proposte, in particolare alcune modifiche migliorative delle norme sanitarie, sono naufragate con la caduta del governo.

¹⁵ È possibile scaricare la pubblicazione da http://www2.caritasroma.it/wp-content/uploads/publicazioni/2009_VOL_SALUTE_SENZA_ESCLUSIONE.pdf

Ma non è questo l'unico problema che si è dovuto affrontare: la storia della SIMM si intreccia in quegli anni con il percorso conosciuto come "federalismo" o più mediaticamente "devolution", termine che sta a indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie dallo Stato alle Regioni. Nel 2001 la riforma del Titolo V della Costituzione amplia notevolmente i poteri delle Regioni rispetto alle competenze statali. La "tutela della salute" diventa materia di competenza regionale, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare quindi ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che abbiamo definito "pendolo delle competenze e delle responsabilità". Il federalismo sanitario, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, finisce col produrre un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza con una riduzione degli stessi, in luogo di percorsi virtuosi di prossimità e responsabilizzazione. Questo appare ancora più vero quando ci si occupa di immigrati: l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

Già dal 1995 l'Area sanitaria della Caritas romana aveva attivato un "Osservatorio per le politiche locali sulla salute di immigrati e rom" che ha prodotto dei propri report ed alcune ricerche per conto della Presidenza del Consiglio a cavallo degli anni Novanta e Duemila¹⁶. Questa consolidata esperienza è stata valorizzata dal Ministero della Salute che ha commissionato, all'interno di un articolato progetto di ricerca che ha visto la partecipazione di varie unità operative istituzionali e non, con la supervisione della SIMM, un monitoraggio delle politiche locali sulla tutela sanitaria degli immigrati all'indomani della riforma del titolo V della Costituzione. Il progetto, avviato nel 2008, ha studiato 684 atti formali prodotti dal 1995 all'inizio del 2010. Dallo studio, svolto attraverso degli indicatori, emerge come quasi metà delle regioni italiane abbiano un livello alto di attenzione verso il tema della salute degli immigrati mentre altre sono inadeguate, con livelli di disuguaglianze nella possibilità d'accesso ai servizi particolarmente gravi. Questa mappatura non ha rilevato, come spesso accade quando si parla di indicatori di salute, un nord "eccelso" ed un sud "in crisi" ma ha evidenziato una situazione a macchia di leopardo con regioni virtuose come la Puglia, il Lazio, la Toscana, le Marche, il Piemonte e l'Emilia Romagna, ed altre critiche come la Lombardia, il Veneto, la Sicilia, la Basilicata e la Calabria. Tale situazione ha attivato un processo di confronto tra le Regioni e Province Autonome per individuare un comune livello interpretativo ed applicativo delle norme nazionali: all'interno del Tavolo tecnico interregionale "Immigrazione e servizi sanitari" presso il Coordinamento interregionale in sanità della Commissione salute, coordinato dalla Regione Marche, è quindi stato avviato, con la partecipazione anche della SIMM, un percorso per arrivare ad un documento condiviso sul tema.

¹⁶ È possibile scaricare i report: <http://www.caritasroma.it/2010/09/la-tudela-della-salute-degli-immigrati-nelle-politiche-locali/>

Il "Noi non segnaliamo" day. Nel frattempo il cambio di Governo inasprisce il confronto politico proprio sugli immigrati. Viene varato un articolato "pacchetto sicurezza" che ha costretto la SIMM a ritardare il suo Congresso Nazionale, previsto per la primavera del 2008, per avere il tempo e l'occasione di studiare insieme una strategia per limitare i danni di quel provvedimento assurdo. Fu scelta saggia in quanto a Trapani nel febbraio 2009 iniziò, di fatto, la campagna "Noi non segnaliamo", che non solo fece cancellare l'iniqua norma dei cosiddetti "medici e operatori sanitari spia", ma rilanciò un dibattito sano e partecipato sul diritto alla salute degli immigrati nel nostro Paese. Vale la pena ricordare. Nell'ambito della discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), in Commissione congiunta Giustizia ed Affari Costituzionali, il 5 febbraio 2008 fu depositato da quattro senatori ed una senatrice della Lega Nord un emendamento che minava radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro Paese: la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina. L'effetto avrebbe vanificato il lavoro fatto nell'ultimo decennio, che aveva prodotto importanti successi nell'ambito sanitario testimoniato ad esempio dalla riduzione dei tassi di Aids, dalla stabilizzazione di quelli relativi alla tubercolosi, dalla riduzione degli esiti sfavorevoli negli indicatori materno-infantili (basso peso alla nascita, mortalità perinatale e neonatale ...). Tutto questo con evidente effetto sul contenimento dei costi in quanto l'utilizzo tempestivo e appropriato dei servizi (quando non fosse impedito da problemi di accessibilità) si dimostrava non solo più efficace, ma anche più "efficiente" in termini di economia sanitaria. *"L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano"* (D. Lgs. 286/98, art. 35, comma 5). Intorno a queste poche righe (e alla loro proposta di abrogazione) si consumò un'autentica battaglia sui diritti individuali, sul ruolo sociale degli operatori della salute e sul senso del nostro sistema sanitario. Il 17 marzo 2009, dopo i nostri appelli con Medici senza Frontiere, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione ed Osservatorio Italiano di Salute Globale, attraverso i Gruppi Immigrazione e Salute locali (GrIS), furono organizzati eventi in 37 città italiane contro il provvedimento di legge volto a sopprimere il divieto di segnalazione per gli immigrati irregolari che ricevono cure sanitarie sotto lo slogan *"Noi non segnaliamo"*¹⁷. L'appello ai parlamentari perché non cancellassero il principio di "non segnalazione" all'autorità degli stranieri privi di permesso di soggiorno che chiedono assistenza sanitaria, raccolse più di ventitre mila sottoscrizioni, tra cui quelle di organizzazioni come la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO), la Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI), la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO), il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS) e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOPI). Alla fine anche dopo i pareri di vari ed autorevoli giuristi ed il pronunciamento, mediante lettere e delibere, di 15 regioni, fu mantenuto il principio di non

¹⁷ È possibile ricostruire quel periodo con una cronaca puntuale e dovizia di documenti collegandosi al vecchio sito della SIMM che dal 2008 ha testimoniato, seppur in modo artigianale, i momenti salienti della Società: <https://www.simmweb.it/archivio-sito/> e per Dossier Emendamento Sicurezza 2008-2009: <https://www.simmweb.it/archivio-sito/index-38.html?id=358>

segnalazione e si evitò il pericolo di porre barriere all'accesso delle persone straniere prive di permesso di soggiorno alle cure mediche e di condannarle ad una pericolosa marginalizzazione sanitaria. Il pacchetto sicurezza fu la naturale conseguenza del clima socio-politico instauratosi in seguito alla grande crisi economica che ufficialmente era iniziata proprio nel 2008 con le bolle del debito e le bancarotte scoppiate quando gli americani cominciarono a non pagare più i mutui, ma le cui radici erano legate alla globalizzazione economica e finanziaria dopo l'89 ed alla deindustrializzazione di vaste zone dell'Occidente. La vulnerabilità sociale cui fu esposta una parte della popolazione a causa della recessione e dell'incertezza economica nei paesi occidentali, un tempo baluardo del benessere e della sicurezza: (precarariato, disoccupazione, competizione galoppante delle economie dei paesi in via di sviluppo, tecnologie che tagliano fuori dal ciclo produttivo milioni di persone, il morso della povertà che si fa sentire più forte), produssero una risposta emotiva che tradusse la frustrazione in nuove illusioni destinate a peggiorare gli effetti della crisi. In Europa, alimentata dall'inetta gestione dell'immigrazione, prevale la percezione negativa dell'incerto mentre aumentano un po' ovunque le disuguaglianze contro cui la redistribuzione da sola non può bastare. Nel caso delle migrazioni è più evidente che in ogni altro campo come le strade tra le élites liberali e la gran parte del popolo si siano divise. L'Europa, sotto il peso delle sue contraddizioni interne sulle migrazioni, progressivamente chiude gli accessi regolari agli immigrati. Lo shock petrolifero, la crisi economica, il crescere di pezzi di opinione pubblica e partiti anti-immigrati, spingono i governi a chiudere all'immigrazione regolare, nell'illusione di fermarla. Ma, così facendo, non fanno altro che aprire all'immigrazione irregolare.

Custodire e coltivare. "Processi di promozione della salute nelle comunità multietniche: costruire ponti e/o cercare guadi". Così iniziava la lettura magistrale che caratterizzava e dava il titolo alla X *Consensus Conference* sull'Immigrazione dal 5 al 7 febbraio 2009 a Trapani. Titolo che si completava con la dedica "A Serafino Mansueto per riaffermare il diritto oggi minacciato". E così avevamo deciso per diversi motivi. Innanzitutto la recente scomparsa del caro prof. Serafino Mansueto, maestro e riferimento certo, tra i fondatori della medicina delle migrazioni in Italia targata SIMM. Il prof si era spento il 2 settembre 2008, proprio in una fase particolarmente delicata della storia della medicina delle migrazioni, quando, come abbiamo visto prima, con un colpo di spugna si volevano cancellare venti anni di cammino che con fatica avevano portato il nostro Paese all'avanguardia nel riconoscimento dei diritti delle persone al di là del colore della loro pelle, della loro cultura, stato sociale o cittadinanza. Questi i temi trattati durante la *Consensus*: i sistemi di cura altri, l'infermieristica, gli ambulatori STP ed il problema dell'accreditamento, il bambino straniero, alcune aree critiche come le epatiti e le modificazioni genitali femminili, le esperienze internazionali ed un tema emergente quale quello delle vittime di violenza intenzionale, dei torturati e dei rifugiati che nel prossimo futuro avrebbe assunto ben altro rilievo. Ma è stato il pacchetto sicurezza a monopolizzare la discussione centrata soprattutto sulle risposte da mettere in campo nel tentativo di contrastarlo. A quasi vent'anni dalla sua fondazione la SIMM deve attraversare un altro passaggio, un altro guado: l'elezione del nuovo Presidente e del nuovo Consiglio di Presidenza (CdP). Com'era nel nostro stile, ne avevamo parlato poco. Ma inutile na-

sconderlo, si trattava di un momento delicato. L'eredità era pesante perché erano stati proprio gli ultimi due mandati a dare l'impronta definitiva alla nostra SIMM, vera rete di persone, competenze ed umanità, in un percorso affrontato in modo umile, ma molto efficace. La strada era ormai definitivamente tracciata per il nuovo Presidente, Mario Affronti, e per il nuovo Consiglio. Con una lettera aperta ai soci ed ai simpatizzanti della SIMM, avevamo rappresentato l'impegno nella promozione e nella tutela della salute dei migranti così come il nuovo CdP aveva definito. "Custodire e coltivare": queste le parole d'ordine per consolidare e riorganizzare la Società nel suo ruolo di sensibilizzazione, di *advocacy*, di *policy network* e di promozione scientifico-culturale, riproponendo lo stile e le caratteristiche della SIMM così com'erano state definite nelle relazioni e nella prassi dei vari CdP e nelle Assemblee dei Soci e declinate nei principi di essenzialità e di libertà. Coltivare competenze, motivazioni ed organizzazione per affrontare le nuove sfide che il contesto socio-politico costantemente proponeva nell'ambito della salute e in quello dell'accoglienza e della tutela degli immigrati, con l'auspicio di sostenere una progressiva transizione dall'*advocacy* all'*empowerment*, inteso come processo di rafforzamento delle possibilità che la singola persona e le comunità immigrate svolgessero sempre di più un ruolo da protagoniste nella definizione e attuazione dei processi di promozione della salute.

2010-2020: la fase del consolidamento e della maturità

Competenza e disponibilità. Sono forse queste le parole chiave che hanno caratterizzato l'impegno della SIMM ai lavori del Tavolo tecnico interregionale "Immigrazione e servizi sanitari". Istituito nel 2008 su proposta della Regione Marche, al Tavolo hanno partecipato tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e PA e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria. Si è realizzata "una rete istituzionale in rete con altre reti" ed ha rappresentato un'opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo ha operato per creare sinergie positive, aperto al contributo di competenze esterne, segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; ha svolto un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni. La SIMM ha partecipato convintamente a questa esperienza che a nostro avviso rappresenta un modello significativo di come si possa fare *governance* in sanità. Dal 2009 ha lavorato, con il contributo della SIMM, per la produzione del documento *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata da parte delle Regioni e P.A.* Il documento fu il frutto di quasi due anni di confronto ed approfondimento, con un impegno diffuso che è partito dall'evidenza di come le oltre 700 norme nazionali e locali in vigore sul tema della tutela sanitaria dei cittadini immigrati, comunitari e non, avevano prodotto una forte difformità interpretativa ed applicativa delle indicazioni nazionali con evidenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Il documento finale è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e P.A., per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della

normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia. Dopo qualche ritardo, è stato siglato un Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome (dicembre 2012)¹⁸ e possiamo certamente dire che esso ha recepito le istanze dei territori, emerse grazie ai GrIS e portate a livello di dibattito nazionale grazie alla SIMM, ed è sembrato il punto d'arrivo di un impegno di collaborazione, di condivisione di competenze, di messa in campo di esperienze. Ci si attendeva un'armonizzazione delle politiche e certamente in molti ambiti ciò è successo ma, quasi inaspettatamente in particolare in alcune Regioni tradizionalmente sensibili ai temi dell'impegno contro le disuguaglianze e nella tutela degli immigrati, ci sono state delle resistenze e ancora oggi persistono inspiegabili disomogeneità applicative che la SIMM costantemente monitora e puntualmente, attraverso i GrIS, denuncia. Il Tavolo ha continuato a lavorare su altri mandati come quello di individuare delle procedure condivise per la determinazione dell'età per i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), ma anche per implementare l'Accordo nei vari territori, per condividere soluzioni applicative ma inspiegabilmente è stato prima sospeso e nel 2016 di fatto cancellato.

Aprire spazi, costruire traiettorie. Il nuovo Consiglio stava intanto approntando una profonda riorganizzazione della SIMM in continuità con il passato, ma cercando un consolidamento programmatico. Questo sforzo organizzativo ci sembrò la migliore premessa per l'11° appuntamento scientifico nazionale del 19-21 maggio 2011 a Palermo e che già dal titolo, "Salute per tutti: da immigrati a cittadini - aprire spazi... costruire traiettorie", sottolineava la nostra vocazione di operatori per un servizio pubblico equo ed includente. Il Congresso fu dedicato alla memoria di Claudio Carosino, medico di medicina generale, socio SIMM dal 1992 e morto tragicamente una domenica di ottobre del 2010 durante una visita domiciliare. Durante la prima riunione del Consiglio tenutasi a Palermo, all'unanimità avevamo deciso di abbandonare il termine "Consensus", tecnicamente improprio viste le caratteristiche che le nostre riunioni avevano assunto dopo quelle pionieristiche degli anni Novanta. Si trattò di un'occasione preziosa per confrontare le diverse esperienze, capire meglio il presente e programmare, insieme, il futuro. Temi, come i cambiamenti socio-epidemiologici, le prassi clinico-assistenziali, le ricerche scientifiche, i percorsi istituzionali e del privato sociale (con il processo federalistico di sfondo) e le politiche per la promozione della salute, alimentarono, come già in passato, un competente e appassionato dibattito multidisciplinare. Come da tradizione, lo scopo del congresso era quello di includere gli immigrati come nuovi cittadini nei percorsi socio-assistenziali del sistema sanitario, aprendo spazi e costruendo traiettorie per tutti in una visione di equità e di giustizia, centrata sul ruolo delle famiglie e delle comunità immigrate, a sostegno di un loro progressivo coinvolgimento e integrazione. Quello fu anche il primo Congresso del nuovo CdP in cui avvenne un fatto significativo che acce-

¹⁸ ACCORDO 20 dicembre 2012. "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome». (Rep. Atti n. 255/CSR)". Pubblicato su Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 - Serie generale

lerò i tempi affinché la SIMM si dotasse di un Codice etico. Durante i lavori congressuali venne indirizzata al Presidente, in qualità di rappresentante del Comitato scientifico, una lettera firmata da più di 200 partecipanti contro le sponsorizzazioni presenti nell'evento: l'acqua minerale di una nota marca commerciale ed una pubblicazione sulla medicina delle migrazioni e sulle motivazioni del congresso a cura di una casa farmaceutica, attraverso la quale avevamo ricevuto la somma di tremila euro per coprire parte delle spese congressuali. Di fatto, da quel momento, si decise di limitare drasticamente l'utilizzo di sponsor commerciali per gli eventi SIMM.

In quel periodo la SIMM aveva bisogno di condividere gli spazi e le traiettorie da aprire e percorrere insieme. Il primo spazio – sarebbe meglio definirlo terreno – da coltivare, riguardava la giustizia nella convinzione che *“Non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è già dovuto a titolo di giustizia”*¹⁹. L'attualità di questo spazio era testimoniata dalla grave situazione congiunturale che attanagliava il nostro Paese e che comunque non aveva fermato le migrazioni. In realtà l'immigrazione ci dava una mano dal punto di vista demografico ed economico, ridandoci fiato e speranza e nel frattempo cambiava la nostra vita, il mondo del lavoro, la famiglia e la scuola. Cambiava la salute ed anche la città perché ormai l'immigrazione era diventata sempre più una componente strutturale della nostra società. Per potere creare interazione e ricchezza vera, la mobilità chiedeva, però, *inclusione* – ecco una traiettoria – che si costruisce nella solidarietà sulla base dei fondamentali valori della giustizia e della pace. Una traiettoria che nasce dall'idea di non poter tollerare una città di esclusi, nella consapevolezza che la città è tale, nella misura in cui sa costruirsi sugli incontri nuovi facendoli diventare proposta, progetto per il futuro. Una storia di costruzione di *spazi di cittadinanza* effettiva per tutti, considerandola un valore aggiunto importante nel percorso di tutela della dignità delle persone. C'era urgenza di segni di inclusione come la cittadinanza dei minori stranieri che nascono in Italia, in cui la preminenza del principio dello *ius sanguinis* si sostanzia nell'esclusione da un'immediata piena integrazione nella comunità nazionale degli immigrati. Su tale specifico punto, nel corso delle ultime legislature erano state presentate numerose proposte per riformare la legge n. 91 del 1992 e la SIMM insieme ad altre società scientifiche come la SIP e l'ACP aveva proposto documenti eloquenti. O come la necessaria tutela della famiglia e del ricongiungimento familiare: a volte le procedure amministrative e le lungaggini normative-burocratiche per il ricongiungimento sono di diversi anni. Una politica familiare rinnovata non può non riconoscere e proteggere l'unità familiare come diritto soggettivo, pur con l'attenzione a dei limiti dettati dall'esigenza di una stabilità socio-culturale necessaria a facilitare e garantire condizioni dignitose di vita per i familiari con cui lo straniero intende ricongiungersi. Pensare politicamente ad un nuovo spazio, una nuova città, con al centro le relazioni, i legami, l'inclusione. Occorre ed occorre forse ripensare in questo senso anche il diritto di voto, almeno amministrativo, non come strumento di garanzia di un potere da parte di una classe, di una parte di mondo, ma come strumento di esercizio di cittadinanza attiva. Affermava il Presidente nella sua relazione al Congresso SIMM: *“La sfida che propongo alla città attuale è dunque la sfida di saper accogliere al suo interno i diversi di ogni tipo, non per dovere di ospitalità, ma come*

¹⁹ Paolo VI: *Apostolicam Actuositatem*, 8; 1965

speranza progettuale. [...] Il modello di una società civile che accetta dentro di sé il diverso, come ipotesi positiva di cambiamento rappresenta di fatto una cultura superiore rispetto agli equilibri militari che ci sovrastano. La società del sospetto, dell'isolamento con cui sono regolate le nostre città rappresentano purtroppo un'agghiacciante analogia a quegli equilibri²⁰. Siamo, infatti, convinti che la salute va intesa in senso globale in quanto molto spesso è la mancanza di questi elementari diritti a generare malattia (forse è questa la consapevolezza più importante all'interno della nostra società scientifica e che spesso ci ha fatto dire che la salute è, alla fine, una questione politica) e che gli spazi e le traiettorie della salute devono essere concepiti proprio a partire dall'unità psicologica e spirituale dell'uomo nel suo rapporto con gli altri.

Verso un'organizzazione matura. In vista del Congresso di Viterbo viene inviata una lettera del Presidente ai soci SIMM che vale la pena riportare perché esprime chiaramente la crescita della SIMM e le nuove basi organizzative: *"Ci siamo. Per la prima volta fuori dalla Sicilia* (sempre durante la prima riunione del Consiglio a Palermo si decise anche che ogni quattro anni il Congresso si celebrasse al di fuori della Sicilia), *ci vedremo tutti a Viterbo dal 10 al 13 ottobre, in un congresso che, come nella tradizione, saprà aprire nuovi spazi e costruire nuove traiettorie per una salute per tutti così come ci eravamo detti a Palermo appena un anno fa. Voglio subito ringraziare il Consiglio di Presidenza che ha custodito e coltivato una società viva e forte improntata ai valori del servizio e dell'operosità. Abbiamo lavorato bene in spirito di collaborazione e di condivisione avendo come obiettivo principale il perseguimento degli scopi e dei principi della nostra società scientifica. Collegialità e condivisione ci hanno consegnato risultati di un certo rilievo nella ridefinizione delle strategie societarie. Grazie all'ottimo lavoro di Guglielmo Pitzalis, il nuovo Statuto della SIMM col suo Regolamento interno è in vigore. Approvato a maggio durante il Congresso SIMM di Palermo e registrato a Gemona del Friuli ad agosto 2011, il nuovo Statuto diviene riferimento per tutti i Soci della SIMM e per coloro che intendono diventarlo. Le novità più importanti sono i principi etici cui si ispira, gli scopi e alcune attività con particolare riferimento all'ambito della ricerca scientifica, della formazione e dell'advocacy. Il Regolamento interno, approvato nel corso dell'ultimo CdP, lo rende più agevolmente effettivo. La SIMM è adesso un'Associazione nazionale che conta 426 iscritti attivi con 345 medici tra psichiatri, pediatri, epidemiologi, infettivologi, ginecologi, medici di medicina generale, internisti, dermatologi, cardiologi, gastroenterologi, nefrologi, medici del lavoro, e poi ginecologi e ostetriche, psicologi, antropologi, infermieri ed assistenti sociali, educatori, farmacisti, mediatori culturali, sociologi, nonché amministratori, avvocati, sacerdoti, giornalisti, consulenti familiari e perfino geologi. Una grande ricchezza che solo noi abbiamo e di cui dobbiamo essere fieri e premurosi custodi. È un'associazione ramificata e rappresentata nelle unità territoriali (GrIS), con il nostro past-President Salvatore Geraci come coordinatore. Il rafforzamento della funzione del Coordinamento nazionale dei GrIS (sia di quelli già attivi sia di quelli che saranno attivati) si è reso necessario - ricordo - per consentire alla SIMM di avere una capacità di radicamento sul territorio sempre maggiore (in un contesto sanitario sempre più decentrato) ed un'organizzazione capace, in breve tempo, di dar vita a iniziative locali par-*

²⁰ G. Michelucci, *La città tenda e la città carcere*, in *La sfida delle città*, Atti Convegno Testimonianze, 1987, Firenze.

tecipate. Quello dei GrIS è un albero vivo: diamo il benvenuto al nuovo GrIS-Toscana, mentre aspettiamo con ansia l'arrivo dei GrIS della Liguria, della Puglia e della Calabria e ci auguriamo che nelle altre regioni si possano superare le difficoltà che impediscono di creare rete e di fare sensibilizzazione, advocacy, empowerment, promozione scientifico-culturale e divenire policy network (le nostre traiettorie). È un'associazione che si è riorganizzata molto sotto l'aspetto scientifico mediante la creazione di un Comitato tecnico - scientifico, attualmente coordinato da Giovanni Baglio, istituito ad Udine nella riunione del Consiglio di Presidenza dell'8 luglio 2010 e che è già regolamentato. Esso ha il compito di unire, al lavoro di preparazione e gestione degli eventi scientifici principali promossi dalla SIMM (Congresso, eventuali Consensus), la funzione di: promuovere la qualità scientifica della Società (favorendo attività di studio e ricerca con competenza, metodologia e professionalità); istruire e/o curare approfondimenti scientifici ad hoc (ad es., documenti di evidenza su temi riconosciuti come prioritari); valorizzare, anche attraverso la produzione di pubblicazioni, le esperienze presenti al suo interno; tessere rapporti di collaborazione internazionali; curare progetti finanziati e promuovere iniziative di formazione e aggiornamento rivolte ai soci. Una delle principali novità introdotte con il nuovo Statuto è infatti la possibilità di partecipare, come SIMM, a progetti scientifici finanziati. Il Comitato scientifico si è riunito assieme al Consiglio di Presidenza, dando il proprio contributo nell'organizzazione scientifica del congresso di Palermo e da tempo lavora in vista del prossimo congresso. Non finirò mai di ringraziare quanti contribuiscono così generosamente e, malgrado i numerosi impegni e le limitate risorse disponibili, a mantenere viva la nostra società.

Anche la dimensione della Formazione sta assumendo sempre più un ruolo primario e strategico; e del resto non poteva essere altrimenti, visto il grande contributo che, attraverso di noi, la SIMM ha dato alle circa 2200 iniziative formative accreditate svolte in Italia nel periodo 2002-2008. Il riconoscimento dello status di provider ECM nazionale è ormai in dirittura d'arrivo, grazie alla tenacia di Maria Laura Russo e di Emma Pizzini. Maurizio Marceca è il responsabile nazionale per la formazione. Ci aspetta adesso un forte impegno per elaborare (ed attuare) un vero e proprio piano formativo SIMM che, per l'anno 2013, vedrà un pieno coinvolgimento dal basso di tutti i soci. Abbiamo appena approvato un albo docenti/formatori, sulla base delle disponibilità manifestate all'ultimo Congresso di Palermo; si tratta di un elenco provvisorio, cui potranno aderire altri soci che finora non l'hanno fatto (che possono trovare sul sito www.simmweb.it le istruzioni per farlo) e che potrà vedere, sulla base dei curricula che raccoglieremo, ulteriori organizzazioni per aree tematiche. Crescente è anche l'impegno della SIMM sul tema della "Salute Globale" nell'ambito delle attività della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG); ci siamo impegnati a fornire su tutto il territorio nazionale, laddove richiesto, nominativi di nostri soci formatori disposti a svolgere il modulo "Salute e Migrazione".

Forse in questo campo siamo stati molto ambiziosi ma, come ci ricorda Maurizio, "[...] se guardiamo indietro al percorso già compiuto, all'impegno attuale e alle direttive intraprese per il futuro, possiamo trarne la consapevolezza che la formazione è e sarà uno degli ambiti d'impegno più significativi per la SIMM. Il tema della formazione nelle sue diverse dimensioni, anche se l'ECM sembra essere quella vocationalmente più vicina alla natura e agli interessi della SIMM, intercetta trasversalmente le diverse anime della nostra società (la componente universitaria, quella degli operatori dei servizi pubblici e quella degli operatori dei servizi gestiti dal III settore, siano essi ONG, Fondazioni, Onlus o altre Associazioni di volontariato).

Per favorire la partecipazione attiva degli iscritti e non solo, stiamo cercando di valorizzare e rilanciare i Gruppi di Lavoro come forma di approfondimento e scambio tra i soci liberamente riuniti attorno a temi di comune interesse. Quelli esistenti, costituiscono un ulteriore motivo di orgoglio: le Politiche Sanitarie Internazionali (coordinato da Pierfranco Olivani e Daniela Panizzut), la Medicina Narrativa (coordinato da Luisa Lenguini), la Psichiatria Transculturale (coordinato da Marco Mazzetti) e le Malattie Infettive (coordinato da Issa El Hamad), sapranno dare nuova linfa alla nostra società e comunque già da ora sono al nostro fianco e a nostra disposizione per qualunque argomento li riguardi.

Le notizie del Congresso di Viterbo le troverete a parte. Come dicevamo, è il primo Congresso che organizziamo al di fuori della Sicilia. Come era facile prevedere, non sono mancate le difficoltà a reperire le risorse che ci potessero consentire di organizzarlo sobriamente ma dignitosamente. La democratica e fertile discussione emersa al Congresso di Palermo in merito all'eticità delle sponsorizzazioni, formalizzata con la lettera a me indirizzata, ci responsabilizzava ulteriormente nel reperire finanziamenti coerenti coi principi che informano la nostra società. Ebbene anche questa volta ce l'abbiamo fatta. Per tale importante risultato, voglio ringraziare il Comitato Scientifico per l'ottimo programma e l'esemplare organizzazione, il GrIS Lazio e l'Azienda USL di Viterbo con la Provincia, il Comune e l'Università della Tuscia per avere così generosamente e fattivamente risposto alle nostre richieste e, non per ultimi, tutti i soci che si sono iscritti anticipatamente – è la prima volta che succede in 22 anni di storia delle nostre Consensus/Congressi, quando le iscrizioni si facevano nel momento della registrazione dei partecipanti –. Insieme alla partecipazione pubblica, le 210 adesioni arrivate al 30 luglio, con molti soci che hanno contribuito oltre il dovuto, ci hanno permesso di organizzare un congresso equo e solidale così come avevamo auspicato. Ancora grazie.

In un congresso siffatto il ricordo di don Luigi Di Liegro a 15 anni dalla sua morte, si rivela quanto mai opportuno per l'impegno che questo prete ha profuso per i più deboli della società, per gli immigrati e per i rom. Molti di noi hanno avuto la fortuna di conoscerlo e di prendere consapevolezza che nell'azione di advocacy non possiamo essere neutri perché "riproporre i bisogni, stimolare all'intervento e denunciare le 'inerzie' significa avere un 'ruolo politico'". I valori della coesione sociale, della partecipazione e della salute per tutti, che intitolano il nostro congresso, sono ben incarnati in questa semplice e buona figura d'uomo.

Prima di concludere però voglio ricordare che questo è il congresso in cui eleggeremo il nuovo presidente ed il nuovo consiglio. Anche per questo tradizionale appuntamento ci sono delle novità su cui sarete informati a parte. Voglio però ribadire che non ci sarà nessuno sconvolgimento. Come sempre le novità messe in campo sono funzionali al consolidamento della nostra storia. Oltre i personalismi, il rinnovo delle cariche sociali saprà ancora una volta ridefinire le strategie e gli obiettivi societari per una salute senza esclusioni, aprendo nuovi spazi e costruendo nuove traiettorie nel solco del nuovo Statuto. [...]."

Dignitas in salute, salus in dignitate. A distanza di poco più di un anno dall'ultimo Congresso della SIMM di Palermo (maggio 2011), dal 10 al 13 ottobre 2012 si celebra un nuovo Congresso, vicino al precedente ma necessario sia per un allineamento statutario, sia per affrontare i temi della crisi sociale, politica e morale che stavamo attraversando. Sembrava, infatti, che le conquiste sul piano dei diritti sanitari – anche quelle recenti

– rischiasse di essere dimenticate con il progressivo ridimensionamento del Sistema sanitario pubblico che provocava attriti e, a volte, “lotte tra poveri”, che vedevano anche il continuo riemergere di pregiudizi, quasi un voler cercare ad ogni costo un’alterità che ci dividesse. Erano presenti, intanto, ferite sempre aperte nell’accoglienza, che non c’era o era talmente approssimativa – nelle scelte politiche ed organizzative – che produceva essa stessa *noxe* patogene (si veda la gestione dell’emergenza del Nord-Africa); c’erano ancora luoghi di sospensione dei diritti come le carceri o i CIE, dove forse era ancora peggio; le disuguaglianze nella salute tra italiani e immigrati aumentavano nei luoghi di lavoro; le strette maglie della cittadinanza non consentivano pari opportunità per le seconde generazioni; il disagio sociale e le politiche incerte producevano sofferenza e malattia mentale... Tutto ciò è stato tema di discussione ed approfondimento nel XII Congresso che si è svolto a Viterbo dal titolo “Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni”. Tanti contributi, dati ed esperienze utili per generare coesione, collegamenti, occasione di lavoro comune, e, soprattutto, un sentire condiviso così necessario in quel periodo per non farci contagiare dal pessimismo o, ancor peggio, dalla rassegnazione. Il nostro obiettivo e comune impegno fu anche sintetizzato dal motto della nostra società, proposto da Maurizio Marceca e da poco approvato dal Consiglio di Presidenza: “*Dignitas in salute, Salus in dignitate*”. La promozione della salute è, infatti, prerequisito per affermare la dignità di ciascuno e il riconoscimento della dignità della persona è di per sé un fattore protettivo della salute e da essa imprescindibile. Ecco il senso etico del nostro impegno, ecco perché affermavamo, ancora una volta, nei fatti e nella quotidianità, la necessità di una salute senza esclusioni. E lo abbiamo fatto a Viterbo, nel primo Congresso della SIMM celebrato fuori dalla Sicilia: grazie al coinvolgimento diretto del GrIS Lazio e dell’Azienda USL ed alla partecipazione concreta della Provincia, del Comune e dell’Università della Toscana, di fatto si è aperta una fase nuova della nostra storia, con il territorio sempre più protagonista contribuendo con le proprie specificità e opportunità. Viterbo che per le sue dimensioni e organizzazione è stata individuata come città simbolo della relazione e della comunicazione, ci ha aiutato a toccare con mano l’enorme vivacità umana e culturale degli operatori socio-sanitari operanti nella Regione Lazio che in quegli anni con competenza ed interesse umano operavano agito con efficacia per favorire la salute dei migranti della loro regione e non solo. Durante il Congresso con un videomessaggio, l’allora ministro della Salute, prof. Renato Balduzzi, ha annunciato l’approvazione dell’Accordo tra Stato, Regioni e Province autonome sulla corretta applicazione della normativa esistente per la tutela della salute di cittadini stranieri e comunitari. Una grande soddisfazione per la SIMM che tanto tempo e impegno aveva dedicato per raggiungere questo obiettivo.

A Viterbo, abbiamo attinto nuova linfa di conoscenze e abbiamo proposto, come avevamo fatto sempre nel passato con responsabilità e fantasia, soluzioni utili al nostro Paese ad attraversare la crisi con civiltà e dignità, senza comprimere i diritti dei più deboli. Quell’anno, inoltre, in occasione del ventennale del Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria, a Francavilla al Mare (Chieti), subito dopo il nostro, si tenne il V Congresso congiunto SIP/GLNBI-SIMM a cui partecipammo in una Tavola Rotonda dal titolo: “Una rete per i minori migranti”.

Responsabilità ed equità. Le migrazioni continuavano, ma non crescevano. A causa della crisi e della crescente disoccupazione, circa 5 milioni restava il numero di persone comunitarie e non comunitarie presenti in Italia (ISTAT, 2013). Il 2013 aveva visto le politiche incerte e la debolezza dell'integrazione far emergere il rischio di indebolire la tutela dei fondamentali diritti umani, il Mediterraneo si era trasformato ancora di più in un luogo di morte, i diritti dei lavoratori erano stati rinnegati in alcuni luoghi di lavoro, il trattenimento nei Centri di identificazione e di espulsione era regolato da norme illegittime, troppe erano ancora le vittime di tratta per sfruttamento sessuale o lavorativo, ancora debole il riconoscimento delle discriminazioni, in continua crescita. Ancora il profilo di salute si caratterizzava per condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa. In questo campo si consolidava la tendenza ormai strutturale verso forme di malattie sociali piuttosto che etno-culturali. A causa del mancato riconoscimento dei diritti fondamentali, la questione delle malattie dei migranti diventava sempre di più una questione politica. Ma nel frattempo una data difficile da dimenticare: 3 ottobre 2013. Fu l'ennesima tragedia, avvenuta a mezzo miglio dall'Isola dei Conigli a Lampedusa e che vide un barcone con a bordo 500 persone rovesciarsi dopo un incendio, causando 366 morti. Papa Francesco diceva che *"se da una parte le migrazioni denunciano spesso carenze e lacune degli Stati e della Comunità internazionale, dall'altra rivelano anche l'aspirazione dell'umanità a vivere l'unità nel rispetto delle differenze, l'accoglienza e l'ospitalità che permettano l'equa condivisione dei beni della terra, la tutela e la promozione della dignità e della centralità di ogni essere umano"*. Erano parole chiare che dicevano come, dinanzi all'evento migrazione, fosse necessario un cambiamento culturale che interessava tutti. Usando sempre le parole del Papa, bisognava *"passare dalla cultura dello scarto ad una cultura dell'incontro e dell'accoglienza"*. *"Noi, in verità, preferiamo ancora definire il fenomeno in termini di emergenza, probabilmente perché ci è comodo pensarla così; l'emergenza, di fatti, merita risposte passeggere, non impegnative e coinvolgenti"* (F. Montenegro).

Fu chiaro così, in quel momento storico, come fosse necessario riappropriarsi di parole come responsabilità ed equità con la scelta della città di Agrigento per il nostro Congresso, facendoci contagiare dalle suggestioni socio-culturali di un territorio che aveva visto nascere e svilupparsi la storia dei diritti dell'uomo e che soffriva per i tanti morti e per le tante vittime dell'ingiustizia e della violenza del mondo, così freddo e cinico e così bisognoso di umanità e di pace. Agrigento, patria italiana del pensiero greco e fondamento della cultura dell'accoglienza, della concordia e della bellezza, per ritrovare le nostre origini. Quasi un voler cercare ad ogni costo ragioni e motivazioni profonde al nostro operare ricordando i diritti dei rifugiati, a partire dalla Convenzione di Ginevra del 1951, i diritti alla tutela della salute dei bambini, a partire dalla Convenzione di New York, che proprio quell'anno compiva 25 anni, la lotta alle disuguaglianze nella salute, ricordando i lavori della Commissione OMS sui Determinanti Sociali di Salute del 2008, con la pubblicazione intitolata *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dall'origine etnica, a partire dalla direttiva contro ogni forma di discriminazione n. 2000/43 del Consiglio Europeo. Ricordammo, per realizzarlo sempre di più, l'art. 32 della Costituzione Italiana che identifica nella Repubblica il soggetto tenuto a tutelare la salute, precisando che il diritto alla tutela della salute è

fondamentale (e quindi non soggiacente ad altri diritti) ed è dell'individuo, cioè indissolubilmente legato alla persona in quanto tale; che sottolinea, inoltre, come questa assunzione di responsabilità sia interesse della collettività, precisazione che introduce il concetto di solidarietà sociale; che, infine, attraverso la garanzia di cure gratuite agli indigenti, libera la fruizione di questo diritto dalla presenza di ostacoli di natura economica, ripromettendosi di sostenere i soggetti più vulnerabili.

In opposizione al *logos* della concordia, ricordammo il *caos* rappresentato dalla crisi economica e soprattutto dal modo maldestro di correggerla che indeboliva la tutela dei fondamentali diritti umani, il *caos* del Mediterraneo che si era trasformato in un luogo di morte per tante persone in fuga; i diritti dei lavoratori che erano stati rinnegati in alcuni luoghi di lavoro – dalle imprese di Prato alle campagne della pianura padana o della piana di Rosarno e della Lucania – senza dimenticare il lavoro domestico. Era il *caos* della deprivazione sociale a determinare in maniera netta le malattie dei migranti e ad allontanarli sempre di più dai sistemi sanitari.

Il XIII Congresso Nazionale SIMM si è svolto ad Agrigento, patria del *pathos*²¹, dal 14 al 17 maggio 2014, con il non casuale titolo "Responsabilità ed Equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere".

Il termine responsabilità esprime un concetto centrale nella filosofia morale, nel diritto e nelle scienze sociali in genere ed è intimamente legato al principio di equità, secondo cui va dato al singolo qualcosa in più di quanto gli spetterebbe per legge. È la giustizia non esercitata secondo la lettera della legge scritta, ma temperata da un'equa considerazione del caso particolare. Anche qui, si trattava di un concetto filosofico e giuridico teorizzato da Aristotele (*Epicheia*) e ripreso dalla teoria generale del diritto. Secondo l'*epicheia*, si giustifica l'inapplicabilità della legge al caso concreto qualora con la sua applicazione la norma si rivelasse moralmente ingiusta e intollerabile. L'equità non offende la legge né la giustizia, ma interpreta l'una e l'altra nel loro vero significato; è la "giustizia del caso singolo".

Secondo il principio di uguaglianza gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono essere trattati egualmente. Secondo il principio di equità, gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente. Quando ciò non si verifica siamo di fronte ad una ingiustizia sociale e distributiva.

Dai vari squilibri globali, che caratterizzano la nostra epoca, vengono alimentate disparità, differenze di ricchezza, ineguaglianze, che creano problemi di giustizia e di equa distribuzione delle risorse e delle opportunità, specie nei confronti dei più poveri. In una situazione del genere, non sorprende quindi che le diseguaglianze abbiano ripreso a correre. È esattamente ciò che stava accadendo all'Italia. In definitiva, le concrete possibilità di arrestare il declino economico e sociale dell'Italia, altrimenti irrefrenabile, passavano anche dall'impegno a riprendere – e con la determinazione necessaria – una battaglia (culturale, politica e sociale) per l'uguaglianza. Che però per essere davvero incisiva non poteva risolversi in pensieri solitari, ma doveva tornare a essere un condiviso ideale umano e un valore morale.

²¹ Nel duplice significato di sofferenza e di passione.

Quello della condivisione è un impegno che presuppone un metodo che in questi lunghi anni la SIMM ha cercato di perseguire con passione (*pathos*), sia a livello centrale che territorialmente attraverso i GrIS.

La crisi non aveva solo impoverito economicamente la società italiana, ma rischiava di indebolire anche la sua democrazia. L'immigrazione, spesso identificata come luogo di povertà, di insicurezza, di conflittualità sociale, oltre che essere luogo di discernimento della qualità dei principi democratici, poteva diventare risorsa per la crescita dell'Italia: per il milione di ragazzi immigrati che nascevano e crescevano; per i giovani che arrivavano nelle nostre città; per le storie familiari; per le culture, le esperienze che invitavano al dialogo e all'incontro; per una nuova prossimità vicina e lontana che aiutava a riconoscere ogni persona nella sua dignità, interezza ed unicità.

Dignità e diritti. Nel 2016 la SIMM si ritrova a Torino dal 11 al 14 maggio per il XIV Congresso Nazionale dal titolo "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute". Si vuole testimoniare ancora una volta quanto la SIMM avesse a cuore la salute dei migranti e quanto importante fosse la sua promozione a partire dal riconoscimento della dignità e dei diritti, in piena crisi. Torino come sede, per la sua storia e per le numerose testimonianze dei suoi cittadini di ieri e di oggi, rappresentava la scelta ideale. Mentre organizzavamo l'evento, continuavano le notizie di morte dei migranti via terra e via mare, ma continuavano anche le notizie di una chiusura di Paesi europei al cammino dei migranti, con un pericoloso ritorno a nazionalismi che metteva in discussione l'unità stessa dell'Europa. Speculare sulla vita umana dei migranti o respingerli in terra o in mare sono atti criminali su cui, come da più parti richiesto, si dovrebbe procedere a un'indagine della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo ottemperando all'art. 1 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea: "La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata". Nel nostro campo ormai da tempo si facevano passi indietro nell'affermazione concreta della dignità e dei diritti delle persone specialmente se appartenenti alle fasce deboli. Parlarne, discuterne assieme proponendo all'attenzione generale ciò che già si fa e si può fare, combattendo il clima di sfiducia e di impotenza di fronte a fenomeni che sembravano superiori alle nostre forze, è stato lo scopo principale del Congresso. I lavori in plenaria sono stati aperti sul delicato tema dell'Accordo Stato-Regioni per la tutela della salute dei migranti: diritto compiuto o occasione persa? Vladimiro Zagrebelski, già giudice della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e direttore del Laboratorio dei Diritti Fondamentali di Torino, ci ha aiutato a capire, per poterlo gestire, il mancato passaggio dai diritti teorici a quelli pratici e come dietro ci fosse una precisa volontà politica. La storia dell'Accordo dimostrava quanto fosse difficile percorrere la strada che dalle parole portava ai fatti. Ancora il rimpallo istituzionale tra le varie commissioni esistenti all'interno del rapporto Stato-Regioni, di fatto, bloccava importanti questioni che riguardavano i diritti fondamentali dei migranti, minori non accompagnati in primis. Patrizia Carletti e Salvatore Geraci hanno fatto il punto sull'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni con le corrette indicazioni delle normative sanitarie per l'accesso ai servizi di prevenzione e cura e nella definizione di strategie perché esso venisse applicato in modo diffuso. Così come ad Agrigento nel 2014, gestito in collaborazione con l'ASGI, ampio spazio è stato dato al tema dei migranti forzati ed a quello nuovo dei migranti in transito in Europa, che tanto preoccupava non i transitanti

quanto i cittadini italiani per possibili quanto improbabili fenomeni di contagio. Molti i problemi sul tappeto, dallo sbarco, agli *hotspot*, all'espulsione – distinzioni arbitrarie tra migranti economici e richiedenti protezione internazionale, espulsioni lampo, metodi ingannevoli per ottenere le impronte, informativa inesistente sui diritti; dalla situazione dei minori stranieri poco protetti e garantiti durante le fasi di salvataggio e trasferimento, "detenuti" in strutture d'accoglienza non conformi, senza operatori adeguati per numero e specifica competenza e non coerenti con l'interesse del minore. Abbiamo affrontato il problema altrettanto caldo, della restrizione della libertà e misure di tutela, di fronte ad un modello di accoglienza incompatibile con la dignità della persona: sovrappollamento, isolamento delle strutture rispetto al territorio, tempi medi di permanenza di 18 mesi in attesa del completamento della procedura di riconoscimento della protezione internazionale, mancata iscrizione dei richiedenti asilo al Servizio sanitario nazionale (in contrasto con la normativa vigente), disfunzioni nella fornitura ed accesso ai servizi di supporto psicologico e legale, fenomeni di degrado, illegalità e violenza difficilmente gestibili come riconosciuto dalle stesse forze di polizia. Abbiamo riparlato del rapporto pubblico-privato sociale, tema già affrontato nel *Workshop* dei GrIS di Firenze del 2015. Come, proprio a Firenze, ci aveva ricordato il nostro socio onorario Gavino Maciocco, *"sulla sanità si gioca una partita vasta e complessa che ha poco a che vedere con la salute dei cittadini. Una partita che si interseca con la riforma del Terzo settore, già approvata alla Camera, e che ha come sfondo i colossali interessi dell'intermediazione finanziaria e assicurativa nazionale e internazionale"*. A testimonianza dell'importanza dell'attuazione del protocollo deontologico per un'informazione corretta, il Congresso si è concluso con un intervento preordinato dell'associazione di giornalisti Carta di Roma in continuità con un analogo intervento fatto durante il *Workshop* del 2015: *"Oltre il lessico della paura. Informazione e immigrazione alla prova dell'applicazione della Carta di Roma"*.

Il 2015 è ricordato come l'anno dei rifugiati: non in Italia, in cui gli arrivi sono stati 152.000, 20.000 in meno rispetto all'anno precedente, ma in Europa, dove, si è passati da 216.000 del 2014 ad oltre 1 milione. La SIMM lo ricorda anche per la scomparsa, in una domenica di ottobre, di Italo Siena, fondatore del Naga. *"Con Italo abbiamo condiviso l'assurdità degli anni di diritti negati e nascosti, la fatica di far emergere dignità e diritti per tutti gli stranieri, le soddisfazioni di piccole intuizioni che hanno mosso coscienze, suscitato impegno, creato movimento. Lo ricordiamo così, in cammino"* (Salvatore Geraci e i colleghi della SIMM) e abbiamo dedicato a lui il Congresso assieme alle tante vittime innocenti dell'ingiustizia e della violenza del mondo.

El dolor de un sueño. In occasione del Primer Congreso Ecuatoriano sobre Salud y Migración della Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración" (SESMI), svoltosi a Loja dal 25 al 27 febbraio 2016 con il titolo *"El dolor de un sueño"*, una delegazione della SIMM ha partecipato ai lavori congressuali ed ha attivamente collaborato alla stesura di una Carta di intenti, la *Carta di Loja*. La Carta è stata firmata dai Presidenti delle due Società scientifiche, Johanna Montalvo e Mario Affronti. Al Congresso, organizzato dal Rielo Institute for Integral Development con il coordinamento di Riccardo Colasanti e svoltosi presso l'UTPL (Universidad Técnica Particular de Loja), hanno partecipato ricercatori ed esperti di salute e migrazione provenienti, oltre che dall'Ecuador e dall'Italia, dalla Bolivia, dall'Argentina, dal Perù, dal Cile e dagli Stati Uniti.

Memoria e prospettiva. *Premessa: nell'avvicinarci all'oggi, la narrazione si fa prossima e, inevitabilmente, rischia di perdere la profondità della prospettiva in una memoria che richiederebbe ulteriore elaborazione; i passaggi che seguono (nel sostanziale rispetto dell'ordine cronologico), necessariamente elusivi di tanti fatti ed attività, risentono quindi - almeno in parte - del fatto che vi siamo ancora "immersi" (basti pensare che solo pochi giorni fa il Governo ha approvato la riforma dei cosiddetti "decreti sicurezza" proposta dalla Ministra Lamorgese).*

Il nuovo consiglio di presidenza eletto in occasione del Congresso di Torino - di cui erano stati confermati quattro componenti - oltre alla nomina (anche per delega) delle diverse e fondamentali figure previste dal nostro Statuto e dal nostro Regolamento, ha deciso di avviare il proprio mandato attraverso una riflessione condivisa. Mantenendo una prassi già avviata nei cicli precedenti, si è infatti riunito insieme ai componenti il CdP precedente (nell'ottica di salvaguardare la "memoria" e poter dare "continuità") e si è riservato un tempo ampio per proporre, discutere e definire quali potessero essere le sue linee prioritarie e strategiche di azione. Ne sono derivate le *Prospettive e linee di azione della SIMM per i successivi 4 anni* di seguito schematizzate:

- ✓ *continuare e potenziare l'azione di advocacy legale, sia a livello centrale (partecipazione ai tavoli tecnici ecc.) sia tramite il supporto alla rete dei GrIS;*
- ✓ *consolidare la collaborazione tra le istituzioni, per un riconoscimento sempre maggiore della SIMM, attraverso: il coinvolgimento nei tavoli tecnici, la promozione di iniziative di collaborazione in rete, la sigla di protocolli d'intesa con altri soggetti su obiettivi comuni;*
- ✓ *rafforzare la visibilità della SIMM anche a livello internazionale, attraverso la presenza a eventi di rilievo internazionale, e continuando ad esplorare la possibilità di partecipazione a progetti europei;*
- ✓ *perseguire le attività di formazione, creando un sistema che vada realmente al di là dell'erogazione dei crediti formativi, costruendo alleanze e network che disseminino e arricchiscano le competenze sinora accumulate dalla SIMM;*
- ✓ *promuovere e favorire l'attività di studio e ricerca, che ha rappresentato uno dei nostri grandi punti di forza in passato, e che ha contribuito grandemente a smontare pregiudizi (la Sindrome di Salgari, ad esempio) e a segnalare bisogni sanitari emergenti;*
- ✓ *essere più proattivi in termini di comunicazione/informazione all'interno della società (attraverso, per esempio, l'istituzione di una newsletter trimestrale) e verso l'esterno (soprattutto tramite sito).*

"In sintesi" - dicevamo - "l'auspicio è che la SIMM rappresenti un luogo di confronto culturale e scientifico e un punto di riferimento per tutti gli operatori della salute, professionisti e volontari, e un interlocutore accreditato per le istituzioni a livello nazionale, regionale e locale. Per tutte queste differenti dimensioni di impegno occorre una società scientifica viva, in cui tutti i soci si sentano direttamente impegnati e ascoltati nelle loro proposte".

Motivati da questi obiettivi ed orizzonti condivisi, ci siamo messi all'opera consapevoli di dover guidare ed accompagnare la SIMM - per l'ennesima volta nella nostra storia - in un contesto politico instabile, ambiguo, contraddittorio e fondamentalmente timoroso, sia a livello europeo che nazionale, di perdere consenso elettorale qualora avesse affrontato e tentato di governare il fenomeno migratorio con politiche chiare e coerenti orientate all'accoglienza e integrazione.

Dopo pochi mesi (dicembre 2016) cade il governo Renzi (che aveva avuto come ministro dell'Interno Alfano) e si insedia il governo Gentiloni (che ha come ministro dell'Interno Minniti); rimangono invece immutati gli incarichi relativi ad altri ministeri di interesse (Orlando alla Giustizia, Poletti al Lavoro e alle Politiche Sociali, Lorenzin alla Salute). In questo passaggio politico non si modifica però – né lo farà purtroppo fino all'oggi – quella distorsione che affida il potere e la competenza sull'immigrazione pressoché esclusivamente al Ministero dell'Interno, sancendone di fatto una visione schiacciata sulla dimensione securitaria (laddove, allora come ora, sarebbe auspicabile una sussidiarietà verticale realizzata attraverso la collaborazione di diversi dicasteri sotto il coordinamento del Ministero delle Politiche sociali, visto che quello migratorio è primariamente un fenomeno di natura sociale).

I provvedimenti adottati dal ministro dell'Interno nel suo anno e mezzo di titolarità (per quanto di diverso segno tra loro) non convincono affatto, nella sostanza, la SIMM e più in generale il Terzo Settore, pur non toccando direttamente le disposizioni sanitarie. Rispetto al cosiddetto "Decreto Minniti-Orlando sull'immigrazione" del febbraio 2017 non si modifica infatti l'approccio repressivo e di contrasto all'immigrazione: citiamo, su tutti, il passaggio solo lessicale dai CIE ai CPR (di cui si prevede la creazione di 20 nuovi centri), che non ne tocca le finalità e le condizioni di vita interne, eludendo processi di inclusione e socializzazione per i migranti in attesa del permesso di soggiorno che vengono così isolati e reclusi in luoghi lontani dai contesti urbani²². Nel settembre 2017 viene invece presentato, dallo stesso ministro dell'Interno, il primo "Piano Nazionale d'integrazione", rivolto a richiedenti e titolari di protezione internazionale, che - quasi fosse stato voluto da altri rispetto al precedente - mostra invece una visione più ampia, più aderente alla complessità e maggiormente orientata all'integrazione: ad esempio, vi è previsto un impegno per l'apprendimento della lingua italiana; vi è previsto che, all'uscita dai centri SPRAR, il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, il migrante sia accompagnato in un percorso che lo aiuti a trovare un alloggio; e vi è prevista una maggiore considerazione dell'importanza dei ricongiungimenti familiari. Purtroppo i soli nove mesi di ulteriore sopravvivenza di questo Governo non ne consentiranno un'effettiva applicazione.

Nel frattempo la SIMM registra un evento interno particolarmente doloroso: l'improvvisa scomparsa di Maria Edoarda Trillò, pediatra da sempre impegnata per i diritti dei migranti e per una sanità pubblica equa nonché componente il Consiglio di Presidenza e referente del GrIS Lazio, alla cui memoria decidiamo di dedicare un numero monografico dal titolo *Salute e migranti* della rivista «Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute», alla cui stesura partecipano con propri contributi originali ben 25 soci²³. Il Consiglio decide anche di partecipare e sostenere (anche economicamente per i suoi quattro anni di vigenza) altre iniziative congiunte in suo ricordo, con particolare riferimento ad un progetto di sostegno alla lettura per

²² Da ricordare, a questo proposito, la presa di posizione fortemente critica sul Decreto Minniti-Orlando assunta dalla SIMM facendo proprio, a livello nazionale, un documento inizialmente predisposto dal GrIS Liguria. Dimostrando di non limitarsi alla protesta sapendola integrare con la proposta, va altresì ricordato come la SIMM abbia sottoscritto in questo stesso periodo (partecipando attivamente alla stesura della loro parte sanitaria) ben due Disegni di legge sull'immigrazione.

²³ «Sistema Salute», 2017; 61(3):pp. 8-126.

i bambini in una sezione della Biblioteca multiculturale dell'Associazione Cittadini del mondo a lei dedicata.

Strumenti per la governance. Diversi sono, anche simbolicamente, i risultati rilevanti raccolti dalla SIMM durante questo anno. L'inserimento nei nuovi LEA - Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) del diritto al Pediatra di Libera Scelta (PLS) per i bambini figli di stranieri senza permesso di soggiorno corona infatti una lunga azione di *advocacy* portata avanti in collaborazione con il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante (GLNBM) della SIP - Società Italiana di Pediatria (di cui diversi componenti sono anche soci SIMM); malgrado l'importanza dell'affermazione di questo diritto, dobbiamo segnalare che purtroppo, ad oggi, non ne è ancora garantita sul territorio nazionale l'effettiva applicazione.

Rimarchevole è il nostro impegno scientifico di questo periodo. L'emanazione con Decreto del 3 aprile 2017 (pubblicato su GURI Serie generale - n. 95 del 24.4.2017) delle "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" mette finalmente a disposizione degli operatori uno strumento importante per la presa in carico di vittime di violenza, alla cui stesura la SIMM, oltre che organizzazione formalmente partecipante, ha operativamente contribuito con una decina di soci (su 44 presenti in Commissione).

Sempre sul piano scientifico, all'interno di un Accordo di collaborazione della SIMM con l'INMP (ente finanziatore) e l'ISS e dopo un anno e mezzo di lavoro, viene pubblicata la Linea Guida "I controlli alla frontiera - la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza" che riteniamo essere, per qualità scientifica e rilevanza, uno dei prodotti più significativi che ci hanno visti coinvolti da protagonisti: per la sua stesura sono stati reperiti e valutati criticamente, in totale, 1059 documenti e formulate 50 raccomandazioni in riferimento alle strategie da adottare per l'identificazione precoce dei bisogni di salute dei migranti.

Dalla stessa collaborazione, nell'anno successivo (2018) deriverà un'ulteriore Linea Guida su "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia", per la cui elaborazione sono stati considerati - oltre alla *Consensus Conference* italiana "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi. Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata" realizzata nel 2008 e recepita dal Ministero della Salute nel 2010, cui la stessa SIMM aveva partecipato con un ruolo centrale - 942 documenti, pervenendo alla formulazione di 25 raccomandazioni graduate.

Non è certo trascurabile l'impatto scientifico, culturale, mediatico e politico di queste Linee Guida: da questo momento nessuno (che appartenga o meno al mondo scientifico) può - senza essere prontamente smentito - lanciarsi in affermazioni pubbliche prive di un fondamento scientifico, cioè basato su prove di evidenza scientifica (EBM), su possibili rischi di salute portati in Italia dai migranti e/o sui controlli da effettuare loro all'ingresso e durante la loro permanenza.

Come si accennerà più avanti, la SIMM è a tutt'oggi impegnata per l'implementazione di queste Linee Guida quali strumenti di *governance* della tutela della salute dei migranti sul territorio.

Sempre in ambito scientifico, vengono approvati due nuovi "Gruppi di lavoro" (GdL) SIMM sulla "Relazione di cura transculturale" (*Transcultural caring*) e sulla "Psichiatria" e vengono siglati ulteriori Accordi di collaborazione formale con MSF (Medici Senza Frontiere) Italia e con l'Associazione Italiana di Psicologia (AIP).

Continuando ad annoverare i principali risultati ottenuti in questo periodo va ricordato anche il riconoscimento alla SIMM da parte dell'Agenas/Commissione Nazionale ECM - dopo una sua visita di verifica - dello status di "Provider standard" ECM, che, considerati i nostri oggettivi limiti economici e quindi anche operativi, è stato veramente un successo non facilmente prevedibile (da questa valutazione è tra l'altro derivata la necessità di apportare una modifica formale al nostro Statuto).

Rispetto alla vita societaria: il 12 e 13 maggio 2017 si svolge a Cividale del Friuli (UD) il Convegno InterGrIS, che si struttura, in particolare, sui lavori di gruppo organizzati su quattro diverse tematiche: 1) i Rapporti pubblico/privato (coordinato dal GrIS Lazio con GrIS Lombardia e GrIS Emilia-Romagna); 2) l'Integrazione socio-sanitaria nell'accoglienza e nelle politiche regionali (coordinato dal GrIS Liguria con GrIS Veneto e GrIS Campania); 3) i Minori Stranieri Non Accompagnati - MSNA (coordinato dal GrIS Friuli Venezia Giulia con GrIS Piemonte e GrIS Sardegna); 4) l'*advocacy* per la tutela dell'accesso ai servizi (coordinato dal GrIS Emilia-Romagna con GrIS Calabria e GrIS Toscana).

Nello stesso anno, inoltre, si inizia a ragionare (tra le altre cose), sui processi decisionali e sulle relative forme di consultazione interne alla SIMM; si definiscono i criteri e i referenti per la concessione del patrocinio SIMM a soggetti esterni; il frutto di queste e di altre riflessioni viene riportato in una revisione del nostro Regolamento. Viene inoltre inaugurato il nuovo sito della SIMM, pensato per essere sempre più qualificato ed utile ai soci.

Ricordando tutto ciò, emerge bene in trasparenza come la nostra Società, a seguito delle tante traiettorie descritte in questa relazione congiunta, raccolga sempre più all'esterno da parte delle Istituzioni un riconoscimento pieno del suo valore e del suo possibile contributo, con l'inserimento in tavoli e gruppi di lavoro tecnici così come nella crescente richiesta di collaborazione in ambito formativo. Significative sono anche le ripetute richieste di audizione che la vedono coinvolta, in ambito parlamentare ma anche, ad esempio, nel Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), che - nel giugno 2017 - esprimerà un Parere tecnico sui temi bioetici correlati a "Immigrazione e salute".

Militanza e "governo": L'anno 2018 presenta, tra gli altri, un fatto inusitato: la SIMM partecipa infatti (con l'effettiva adesione di molte decine di soci) allo sciopero della fame organizzato a sostegno dell'approvazione del disegno di legge, fermo da due anni al Senato, sul cosiddetto "*ius soli temperato/ius culturae*". Una norma che sarebbe necessaria, ineluttabile, che dovrebbe aggiornare alla situazione attuale una legge, quella del 1992 sullo *ius sanguinis*, che ha di fatto mantenuto la prima legge sulla cittadinanza dell'Italia appena unificata nel 1861 (a sua volta mutuata dal Codice napoleonico), prodotta in un contesto storico-sociale totalmente diverso dall'attuale (quello di un Paese ad alto tasso di emigrazione). La situazione non migliora certamente quando, il 1° giugno 2018, a seguito dell'alleanza tra Movimento 5 Stelle e Lega, si insedia il I Governo Conte (avente quale ministro dell'Interno Salvini, ministro della Giustizia Bonafede, ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Di Maio e ministra della Salute Grillo). Come

sappiamo, a tutt'oggi nessun Governo e nessun Parlamento hanno avuto la sufficiente determinazione e capacità di realizzare questa doverosa riforma.

Ma il cosiddetto Governo "giallo-verde" non si limita a insabbiare la possibilità di una riforma della cittadinanza; manifesta piuttosto con diversi atti una determinazione a esprimere politiche di chiusura non solo verso i migranti (compresi i richiedenti protezione internazionale, che dovrebbero essere - per norme di diritto internazionale - i soggetti più tutelati), ma anche verso le Organizzazioni che si impegnano per la tutela dei loro diritti. Non è qui necessario ricordare, in quanto fatti recenti presenti alla memoria di ciascuno, i ripetuti pronunciamenti per la chiusura dei porti alle navi cariche di migranti salvati in mare e la criminalizzazione delle ONG che hanno operato tali encomiabili interventi di *search and rescue* (ricerca e soccorso). Si tratta, per la SIMM come per tutte le altre organizzazioni che, a vario titolo, sono impegnate per la tutela dei migranti, di un periodo molto amaro (e in parte frustrante), in quanto obbligati ad assistere a ripetute e gravi violazioni agite dalle stesse istituzioni a danno di donne, uomini e minori vulnerabili, quando non già vulnerati (in particolare attraverso le rotte obbligate a passare per la Libia, paese in mano a bande criminali con cui il nostro Paese deciderà di siglare inquietanti accordi).

Nello stesso anno la SIMM, su invito del Ministero della Salute, aderisce (a partire dal suo stesso disegno progettuale) ad un Progetto FAMI che prende il titolo di FOOTPRINTS (Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica). Tale Progetto rappresenta per la SIMM - sia in termini di entità del finanziamento ricevuto, sia delle responsabilità giuridiche assunte, sia della entità e durata dei prodotti da garantire - l'impegno finora più rilevante della sua storia. Attivo dal luglio 2018 e con scadenza nel dicembre 2020 il Progetto, nato con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali per giungere alla definizione di modalità operative uniformi per il coordinamento regionale/provinciale nell'ambito di salute e migrazione, viene svolto in partenariato - oltre che con il Ministero della Salute che ne è capofila - anche con l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCLM-M&C). La scelta di parteciparvi è frutto di un'articolata discussione interna alla SIMM, a seguito della quale prevale la consapevolezza - a fronte di un impegno inusitato - di dover cogliere una preziosa occasione per cercare di "ricomporre", almeno in parte, gli effetti negativi di un federalismo esasperato; occasione che viene da noi vista come un utile volano d'implementazione locale dei diversi documenti di indirizzo già prodotti (le Linee Guida di cui sopra) in un'ottica di armonizzazione a livello nazionale, cioè di superamento, o quanto meno riduzione, delle disomogeneità applicative nei diversi territori per la costruzione di un'autentica *governance*. Anticipando la sequenza storica della narrazione, a cogliere la complessità di questa sfida è sufficiente dire che il Progetto vedrà il coinvolgimento di 89 professionisti socio-sanitari individuati dalle Regioni/Province autonome, su invito del Ministero della Salute; tali referenti regionali/provinciali del Progetto FOOTPRINTS hanno poi partecipato alle attività sviluppate secondo tre assi di lavoro: il percorso formativo di *capacity building* istituzionale; la costruzione di *comunità di pratica* volta al confronto tra referenti territoriali; il supporto ai processi locali di *implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali*, attraverso il rafforzamen-

to dei sistemi di *governance* regionali/provinciali. Tra i principali prodotti dell'impegno progettuale della SIMM vi è la stesura del "Format nazionale di documento per il coordinamento regionale/provinciale": questo rappresenta un modello/guida, elaborato con modalità fortemente partecipate, che fornisce indicazioni nazionali e strumenti attraverso cui le Regioni e le Province autonome sono inviate a definire le politiche sanitarie locali e articolare l'assistenza socio-sanitaria per la popolazione immigrata. Pur volendo offrire delle linee di indirizzo nazionali, il Format di documento è costruito in modo tale da adattarsi ai contesti locali e includere le specificità presenti a livello territoriale.

L'aver deciso di fare – con il Progetto FOOTPRINTS – una sorta di "salto in alto ed in avanti" (con particolare riferimento alla necessità di gestire finanziamenti di entità finora a noi sconosciuta), unitamente al recente processo normativo di ridefinizione del Terzo Settore (avviato con la Legge Delega n. 106/2016 e tuttora in corso perché in attesa di ulteriori decreti attuativi), ci rende consapevoli di attraversare una fase della vita societaria in cui è necessario capire se, usando una metafora, "l'abito" giuridico che ci eravamo cuciti addosso (Associazione di Promozione Sociale) sia ancora adeguato alla nostra nuova corporatura... cercando allo stesso tempo di curare meccanismi di garanzia democratica interna.

Inoltre, dopo l'emanazione della cosiddetta Legge Gelli (L. 24/2017), si è avviata anche una riflessione relativa all'opportunità e alle eventuali condizioni per tentare di essere inseriti nell'Elenco istituito presso il Ministero della Salute, che ha portato alla proposta ed approvazione di una serie di modifiche statutarie (nel biennio 2017-2018, siamo quindi costretti a "mettere mano" allo Statuto per ben due volte per poter corrispondere ai requisiti richiesti dalle Istituzioni). Purtroppo, l'impostazione della Legge, pensata per Società scientifiche mediche monodisciplinari, non offre spazi per la nostra inclusione formale (nella sostanza, come prima rendicontato, la SIMM ha già dimostrato di avere le capacità di partecipare attivamente alla stesura di Linee Guida EBM).

Continuità e nuovi bisogni. Dal 18 al 20 aprile 2018 si svolge a Catania, nella suggestiva cornice del Monastero dei Benedettini (Università degli Studi di Catania) il nostro XV Congresso dal titolo: "Dinamiche di salute e migrazioni tra continuità e nuovi bisogni", organizzato, come da nostra tradizione, in sola Sessione Plenaria, in cui si avvicendano le seguenti tematiche: 1) *I lavori della SIMM: Il Rapporto pubblico-privato sociale e l'Advocacy*; 2) *Patologie cronico-degenerative: come gestire la sfida della transizione epidemiologica?*; 3) *Salute dei minori stranieri: quale presente e quale futuro?*; 4) *La tutela della salute dei lavoratori stranieri*; 5) *Dalle raccomandazioni alle pratiche: responsabilità e governance per l'implementazione di linee guida e di indirizzo*. Per ognuna di queste tematiche vengono definite e approvate, come nella tradizione dei nostri Congressi, specifiche raccomandazioni finali rivolte, in particolare, ai decisori. Nel corso dell'Assemblea generale dei soci viene approvato anche il primo Codice Etico della SIMM, come sempre frutto di un processo condiviso che ne ha comportato anche la valutazione dei GrIS (cui, nel 2019, si aggiungerà il suo Regolamento attuativo).

Nel frattempo la SIMM continua a crescere anche sul piano della presenza e delle collaborazioni a livello nazionale e internazionale, in particolare nell'ambito della formazione (con l'OIM, l'OIS, l'ISS per il "Progetto CHAFAA"...). Nel maggio 2018 alcuni rappresentanti della SIMM partecipano al "1st World Congress on Migration, Ethnicity and Race

and Health", svoltosi ad Edinburgo con la partecipazione di oltre 700 convenuti da più di 50 paesi, che si conclude con la Dichiarazione di Edinburgo (<http://www.merhcongress.com/welcome/edinburgh-declaration/>).

Sul fronte dell'*advocacy* vengono promosse ripetute azioni di sensibilizzazione e pressione per l'adozione sistematica dell'approccio "olistico multidisciplinare" ai fini del riconoscimento dell'età anagrafica dei MSNA.

Viene inoltre "accompagnato", attraverso la ridefinizione del Regolamento interno della SIMM, il processo di transizione del coordinamento dei GrIS (da un singolo coordinatore a un gruppo di coordinatori rappresentativo delle varie aree geografiche). Emblematica è anche la nascita di un nuovo Gruppo di lavoro sulle "Disuguaglianze nella salute".

Dopo un periodo di "quiescenza" a seguito di un partecipato Convegno "*Medizin & Migration*" ad aprile 2019, si riattiva il GrIS Alto Adige.

Advocacy obbligata. L'anno 2019 è, comprensibilmente, dominato dalle attività ed iniziative nel campo dell'*advocacy*. Inevitabilmente infatti, la maggior parte di queste azioni sono riferite agli effetti della Legge n. 132 del 2018, rispetto alla quale - come abbiamo scritto con Luciano Gualdieri nella lettera di benvenuto al Workshop InterGrIS svoltosi a Napoli il 10 e 11 maggio 2019 - "[...] la SIMM - dopo attente valutazioni condivise con altre organizzazioni esperte nell'ambito dell'immigrazione - non ha esitato a esprimere, già prima della sua definitiva approvazione, la propria contrarietà per gli effetti che sta producendo e che, purtroppo, produrrà in modo sempre più grave ed evidente sulla salute e sulla possibilità di assistenza dei migranti. Una legge di cui non avevamo bisogno, che ha suscitato una rinnovata e convinta azione di *advocacy* [...]".

Le principali attività che ci vedono impegnati in questa direzione sono:

- un rinnovo (dopo alcuni anni di assenza) di adesione formale della SIMM (con la partecipazione di un/una proprio/a rappresentante) al "Tavolo nazionale Asilo";
- la creazione di un "Tavolo Immigrazione e Salute" (TIS), inizialmente proposto in accordo con MSF e ASGI, cui oggi partecipano stabilmente dieci diverse Organizzazioni attive a livello nazionale tra ONG, Associazioni medico-umanitarie e Onlus (più alcuni osservatori permanenti: UNHCR, OIM e ISS). Tale nuova rete, che si inizia a riunire dal febbraio 2019 con cadenza mensile²⁴ produce in poco tempo due azioni significative: 1) una lettera alle Regioni/PP.AA. con l'invito ad affrontare alcune problematiche (in particolare in termini di iscrivibilità al SSN dei RPI in assenza di iscrizione anagrafica e di altri soggetti fragili cui la nuova legge ha negato diritti) e 2) l'adesione/adozione della cosiddetta "*Scheda di segnalazione dei casi di mancata fruizione di servizi/prestazioni sanitari*" che nasce da un'iniziativa della SIMM e di cui si dà avvio al monitoraggio proprio in occasione del Workshop InterGrIS di Napoli attraverso un Comunicato Stampa;
- una lettera aperta alla Ministra Grillo, avente per oggetto la "*Segnalazione di criticità di applicazione della L. 132/2018 sulle possibilità di tutela della salute individuale di migranti e della salute collettiva*" promosso dalla SIMM e sottoscritta dai presidenti di

²⁴ Una più completa presentazione del TIS, comprensiva di un richiamo alla sua Carta di Intenti, è presente in questo stesso volume.

altre sette società scientifiche (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - SIMIT; Società Italiana di Malattie Tropicali e Salute Globale – SIMET; Società Italiana di Psicologia della Salute – SIPSA; Associazione Italiana di Psicologia – AIP; Società Italiana di Psicologia di Comunità; Società Italiana di Pediatria – SIP; Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità - SItI); si tratta di un'iniziativa decisamente unica in termini di collaborazione tra società scientifiche di diversi ambiti;

➤ una lettera aperta all'ANCI per sollecitare la sua collaborazione ad azioni coordinate.

A queste iniziative si aggiunge, anche sul piano simbolico, una lettera di sostegno a MSF quando, a motivo delle sue lodevoli iniziative di salvataggio in mare dei migranti, viene pretestuosamente accusata di traffico di rifiuti tossici.

Tornando al già citato Workshop InterGrIS di Napoli, che assume come titolo: "Promuovere la Governance Territoriale per la Salute dei Migranti", esso vede quale momento più significativo – oltre all'assemblea dei soci di sabato 12 maggio – lo svolgimento, il giorno precedente, dei vari lavori di gruppo. Il primo, sul tema "Salute della donna" (coordinato dal neonato Gruppo di Lavoro SIMM sulla "Salute delle donne immigrate" con GrIS Campania, GrIS Marche, GrIS Friuli Venezia Giulia e GrIS Piemonte) viene diviso in due sottogruppi: uno sui ruoli di genere e l'accesso alla salute e la trasformazione dei ruoli di genere nei percorsi migratori; il secondo sulle criticità nell'applicazione della Legge 194 in termini di disuguaglianza nell'applicazione, accesso ai servizi, contracccezione e formazione degli operatori. Il secondo, su "Strategie e percorsi per l'*advocacy*" (coordinato da GrIS Liguria con GrIS Emilia-Romagna, GrIS Lombardia e GRAP²⁵) si chiede essenzialmente come rendere efficaci le azioni di *advocacy* (e quali valutazioni di impatto siano auspicabili) e come gestire i processi all'interno dei GrIS. Infine, il terzo lavoro di gruppo si focalizza sugli "Strumenti di monitoraggio e implementazione delle politiche" (con il coordinamento del GrIS Lazio con GrIS Toscana, GrIS Calabria e Gruppo soci/GrIS Sardegna), affrontando soprattutto le criticità nell'applicazione dell'Accordo della Conferenza Unificata n. 255 del 2012, la declinazione operativa di documenti di governance e l'analisi delle politiche di equità economica (esenzione dai ticket) e amministrativa (residenza e effettiva dimora).

Dal marzo 2019, grazie alla proposta e alla collaborazione di alcuni giovani soci, siamo presenti anche su Facebook.

Nel frattempo sono nati 3 nuovi Gruppi di lavoro interni: uno, già citato, dedicato alla Salute della donna; uno sulla Disabilità e uno sui Minori (che si aggiungono a quelli preesistenti sulla Salute mentale, sulle Politiche internazionali e sulle Disuguaglianze nella salute). Anche il coordinamento tra i GrIS continua ad essere attento e vivace: i referenti dei GrIS si riuniscono a Roma il 28 settembre 2019; oltre ad una riflessione sui lavori e documenti di Napoli e dei progetti in essere, viene approfondito il tema della Relazione Annuale dei GrIS come strumento di partecipazione e di riflessione prima all'interno di ogni GrIS e quindi a livello collettivo nazionale (e viene discussa e licenziata una "Proposta di revisione della Scheda annuale GrIS").

²⁵ Tale acronimo sta per Gruppo Ricerca Azione Partecipata, una iniziativa scaturita dalla proposta di alcune giovani colleghe uscite dall'Executive Master promosso dalla Caritas di Roma/Fondazione Identes, che si propone di animare in vari modi i GrIS, iniziando ad operare in quelli delle regioni Campania, Lazio ed Emilia-Romagna.

Anche in questo periodo veniamo periodicamente chiamati a intervenire in diversi Congressi organizzati da varie Società scientifiche e interpellati quali *stakeholder* per valutare una *Joint Action* su Salute e Migrazione promossa all'interno della UE e curata per l'Italia dall'INMP.

Trent'anni... e non li dimostra. Ed eccoci infine arrivati all'oggi, al 2020, l'anno in cui compiamo il trentesimo anno dalla nostra fondazione. Un anno che si apre sotto un positivo auspicio: il 22 gennaio a Pescara in un partecipato convegno/incontro si pongono infatti le basi per l'istituzione del GrIS Abruzzo. Ma che poi si rivela totalmente imprevedibile e destabilizzante anche per la SIMM e la sua vita societaria, a causa dell'affacciarsi, a partire da marzo, dell'epidemia da Covid-19, poi divenuta pandemia. Un evento globale che a buon diritto può essere qualificato come catastrofico, visto che ha già prodotto (al momento di chiusura di questo scritto) quasi 63 milioni di casi e oltre 1,5 milioni di persone decedute a livello globale; una pandemia le cui cause e dinamiche scientifiche non sono ancora pienamente note, per cui non si dispone ancora di un vaccino efficace e sicuro mentre si cerca di affinare terapie evidence-based; ma soprattutto uno stressor planetario le cui effettive implicazioni sociali, politiche, economiche e antropologiche non sono ancora prevedibili.

Come il Consiglio di Presidenza ha scritto, a metà marzo scorso, in una lettera inviata a tutte le socie ed i soci: *"Siamo consapevoli di come la pandemia abbia talora travolto le nostre vite, sia da un punto di vista professionale che familiare e comunque sociale ed umano. Tra le/i socie/i della SIMM vi sono infatti professionisti di tutte le aree d'Italia - comprese quelle maggiormente colpite dal diffondersi della catena di contagio - che sono state/i e/o sono ancora direttamente impegnati come operatori addetti all'assistenza, sia in ambito pubblico che del privato sociale, ed altre/i che sono stati toccate/i nei loro affetti. Anche i più 'fortunati' tra noi hanno comunque vissuto un periodo difficile, dal quale stiamo tutti cercando lentamente di uscire".* Nella stessa lettera aggiungevamo poi: *"Studi epidemiologici e clinici evidenziano ormai come questa pandemia abbia amplificato le vulnerabilità sociali pre-esistenti e quindi abbia colpito anche quelle persone migranti per promuovere e difendere la cui salute esiste la nostra società scientifica".*

In altri termini questa pandemia ha contemporaneamente prodotto inevitabili difficoltà esistenziali ed operative individuali e collettive, ma anche rinnovato stimoli ad agire coerentemente ai nostri principi ed orientamenti statutari. Non deve quindi risultare sorprendente che in questi mesi trascorsi dall'insorgere della pandemia la SIMM abbia operato (e continui ad operare) particolarmente nel TIS, tramite un suo sottogruppo di lavoro che si è coordinato con un sottogruppo del Tavolo Asilo, in un impegno di *advocacy* tecnico-scientifica per richiedere la produzione, da parte del Governo e delle Regioni e PP.AA., di indicazioni ed interventi ad esse coerenti per tutelare le persone più vulnerabili, tra cui vi sono migranti – ed in particolare quelli ospitati nei Centri di accoglienza – dall'impatto di Covid-19.

Una delle altre principali attività scientifiche della SIMM di questo periodo è stata sicuramente la "costruzione" del XVI Congresso, cui ci eravamo preparati per tempo riuscendo a chiudere la raccolta dei contributi scientifici (circa 150) in vista della data inizialmente fissata nella seconda metà di maggio. La pandemia da Covid-19 ed il correlato *lockdown*, oltre al necessario rinvio del Congresso (che siamo poi stati costretti

ad annullare), ci ha indotto a lanciare una "Call for abstract" specificamente dedicata a Covid-19, per la quale sono pervenuti 23 ulteriori contributi. La pubblicazione di questo volume degli Atti sta a testimoniare quindi, innanzitutto, la vitalità della SIMM anche in un periodo che ne ha fortemente limitato la possibilità di scambi e confronti interni.

Il Coordinamento Nazionale fa però in tempo a riunirsi in presenza il 25 gennaio: tra le varie tematiche trattate, si entra nel merito del documento sull'*advocacy* (la cui versione finale è riportata in questo stesso volume) e dei vari progetti SIMM. In particolare, viene approvata una tempistica per il monitoraggio da parte dei GrIS delle Politiche a livello regionale e definisce un profilo del (futuro) coordinatore dei GrIS (che, ai sensi dell'ultimo Regolamento societario approvato, verrà espresso dal nuovo Consiglio di Presidenza). Si decide anche di uniformare i loghi di tutti i GrIS anche per dare loro una chiara riconoscibilità locale e nazionale e rinforzarne un'azione sinergica in ambito di *advocacy*. Anche dopo l'istituzione del "confinamento", sia il coordinamento dei GrIS che i singoli GrIS continuano a confrontarsi, prevalentemente da remoto (il Coordinamento l'8 settembre 2020 e il 23 ottobre) ma in qualche caso più di recente anche di persona, e a promuovere varie iniziative (in Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Trentino).

Non è invece particolarmente riuscita (per mancanza di coinvolgimento da parte delle Istituzioni) l'azione di *advocacy* relativamente al nuovo "Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati", approvato nel luglio 2020 dalla Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome. Sul tema della "Circoncisione rituale maschile" è in corso la definizione di un *Position Paper* della SIMM che si spera di finalizzare entro la fine dell'anno.

Per quanto riguarda la formazione accreditata ECM, la quantità e qualità delle iniziative che hanno visto la SIMM quale soggetto proponente per l'anno 2019 (senza tener conto delle numerose iniziative in cui è stata coinvolta come partner), attestano l'acquisizione di una solida capacità operativa: in tutto si sono svolti infatti 25 eventi, tutti di tipo "residenziale", che hanno raggiunto più di 800 professionisti. Tra gli elementi che contraddistinguono il nostro approccio nella formazione vanno ricordati: *l'impianto multidisciplinare* (è recente il riconoscimento della SIMM come ente accreditato per la formazione da parte del Consiglio Nazionale degli Ordini delle Assistenti Sociali); *l'impostazione basata sull'esperienza concreta delle realtà professionali*; *l'importanza di rendere vivi ed abitare i principi di riferimento dell'andragogia in maniera sistemica e "praticabile"*: su questo punto insiste in particolare il coinvolgimento della SIMM nella definizione di un modello formativo nazionale in ambito dei temi salute e migrazione, su mandato del Ministero della Salute all'interno del Progetto FOOTPRINTS di cui si è già anticipato anche relativamente alle azioni prodotte in questo ultimo periodo progettuale. In ultimo resta da sottolineare il potenziamento della piattaforma di *e-learning* della SIMM che consente ora anche la programmazione e lo svolgimento di incontri virtuali, utilizzabili sia per la formazione che per le attività dei GrIS o dei Gruppi di Lavoro della SIMM.

Non sarebbe onesto nascondere qui come – in una fase della vita societaria già di per sé complessa sia per il quadro socio-politico nazionale che per gli impegni progettuali assunti – la pandemia e le numerose incertezze da questa indotte abbia finito per produrre un particolare affaticamento del suo Consiglio di Presidenza, di cui sono plastica testimonianza le undici (!) riunioni di Consiglio (di cui otto con modalità "da remo-

to”) svolte tra gennaio e novembre (a fronte degli abituali tre/quattro degli interi anni precedenti).

Ciononostante, è con piena consapevolezza e orgoglio della nostra identità e del nostro ruolo che stiamo attraversando questa lunga fase di incertezza e precarietà globale. In questo faticoso incedere il “fare memoria” della nostra ormai lunga storia rappresenta indubbiamente un esercizio rivitalizzante. Altamente simbolici, in questa prospettiva, sono anche i riconoscimenti di “Soci Onorari” che l’attuale CdP ha deciso di riconoscere a Riccardo Colasanti (figura di medico-filosofo-missionario che ha rappresentato il *primum movens* di tutto), a Rosy Bindi (la politica che, in qualità di ministra della Salute, ci ha permesso di stabilizzare e rafforzare i diritti assistenziali dei migranti, soprattutto delle componenti più vulnerabili) e a Cristina Cattaneo (la docente universitaria e collega medico legale) che con il suo lavoro lungo, difficile e psicologicamente defaticante ha voluto affermare la dignità dei migranti vittime di naufragio restituendo loro un nome e quindi una storia.

Fin qui la storia della SIMM, la nostra storia, la storia di molti di noi, per alcuni versi la storia del diritto alla tutela della salute dei cittadini immigrati. Scoperte, delusioni, entusiasmi, sconfitte, relazioni, sogni... come nella vita di ciascuno. La SIMM è stata questo, una società scientifica sui generis, dove umanità, professionalità, scienza e passione si sono continuamente mescolate. È quello che abbiamo vissuto in questi trent’anni... e ne siamo orgogliosamente fieri!

Salvatore, Mario e Maurizio

Consigli di Presidenza della SIMM dal 1990 al 2020

Soci fondatori della SIMM

del Consiglio di Presidenza. 1990 - 1993

Enrico Nunzi (Genova) - Presidente
 Riccardo Colasanti (Roma) - Segretario Nazionale
 Massimo Cuzzolaro (Roma)
 Luigi Frighi (Roma)
 Velia Galati Tessiore (Genova)
 Serafino Mansueto (Palermo)
 Alfonso Urrechùa (Roma)

II Consiglio di Presidenza. 1993 - 1996

Serafino Mansueto (Palermo) - Presidente
 Mario Affronti (Palermo) - Segretario Nazionale
 Tommaso Esposito (Napoli)
 Luigi Frighi (Roma)
 Salvatore Geraci (Roma)
 Aldo Morrone (Roma)
 Alfonso Urrechùa (Roma)

III Consiglio di Presidenza. 1996 - 2000

Luigi Frighi (Roma) - Presidente
 Salvatore Geraci (Roma) - Segretario Nazionale
 Mario Affronti (Palermo)
 Daniele Camisa (Milano)
 Aldo Morrone (Roma)
 Marco Mazzetti (Roma)
 Orazio Ranno (Roma)

IV Consiglio di Presidenza. 2000 - 2004

Salvatore Geraci (Roma) - Presidente
 Gonzalo Castro Cedeno (Roma) - Segretario Nazionale
 Giovanna Dallari (Bologna)
 Issa El Hamad (Brescia)
 Nicola Lofrese (Foggia)
 Renzo Malatesta (Treviso)
 Tommaso Esposito (Napoli)

V Consiglio di Presidenza. 2004 - 2009

Salvatore Geraci (Roma) - Presidente
 Issa El Hamad (Brescia) - Segretario Nazionale
 Luisa Lenguini (Sassari)
 Gennaro Franco (Roma)
 Graziella Sacchetti (Milano)
 Licia Scantamburlo (Trento)
 Mario Raspagliesi (Catania)

VI Consiglio di Presidenza. 2009 - 2012

Mario Affronti (Palermo) - Presidente
 Simona La Placa (Palermo) - Segretaria Nazionale
Salvatore Geraci (Roma) - subentrato nel 2011
 Luisa Lenguini (Sassari)
 Maurizio Marceca (Roma)
Luisa Mondo (Torino) - subentrata nel 2011
 Daniela Panizzut (Milano)
 Guglielmo Pitzalis (Udine)
 Graziella Sacchetti (Milano)

VII Consiglio di Presidenza. 2012 - 2016

Mario Affronti (Palermo) - Presidente
 Luisa Mondo (Torino) - Vice Presidente
 Simona La Placa (Palermo) - Segretaria - Tesoriere
 Giovanni Baglio (Roma)
 Chiara Bodini (Bologna)
 Manila Bonciani (Firenze)
 Maurizio Marceca (Roma)
 Daniela Panizzut (Milano)
 Guglielmo Pitzalis (Udine)

VIII Consiglio di Presidenza. 2016 - 2020

Maurizio Marceca (Roma) - Presidente
 Manila Bonciani (Firenze) - Vice Presidente
 Emanuela Forcella (Roma) - Segretaria - Tesoriere
 (2 anni)
 Alessandro Rinaldi (Roma) - Segretario - Tesoriere
 (2 anni)
 Chiara Bodini (Bologna)
Emilio Di Maria (Genova) - subentrato nel 2017
 Marco Mazzetti (Milano)
 Luisa Mondo (Torino)
 Maria Laura Russo (Trapani)
Maria Edoarda Trillò (Roma) 23 novembre 2016

Consensus Conference, Congressi Nazionali e Workshop InterGrIS della SIMM

I Consensus Conference sulla Immigrazione

Palermo, Oasi di Badia, 15 dicembre 1990

II Consensus Conference sulla Immigrazione

Palermo, Oasi di Badia, 28-31 maggio 1992

III Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo e Cinisi Mare, 29 maggio - 1 giugno 1994

"L'immigrato: una realtà del nostro tempo: dall'accoglienza alla integrazione"

IV Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo, 12-14 dicembre 1996

"I flussi migratori nel bacino del Mediterraneo"

V Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo, 26-28 giugno 1998

"L'idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà"

VI Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Memorial Luigi Di Liegro

Palermo, 25-28 maggio 2000

"Untori e unti: dall'esotismo alla realtà"

VII Consensus Conference sulla Immigrazione International School of Medical Sciences (112th Course)

Erice (Tp), 19-22 maggio 2002

"Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems"

VIII Consensus Conference sull'Immigrazione Congresso Nazionale

Memorial Luigi Di Liegro

Lampedusa (Ag), 5-8 maggio 2004

"15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità"

IX Consensus Conference sull'Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo, 27-30 aprile 2006

"Per una salute senza esclusioni"

X Consensus Conference sull'Immigrazione Congresso Nazionale

Trapani, 5-7 febbraio 2009

"Guadi e ponti per una sanità transculturale ..."

A Serafino Mansueto per riaffermare il diritto oggi minacciato

**I Workshop Nazionale dei GrIS
InterGris della SIMM**

Roma, 16 settembre 2009
"Una rete di reti"

XI Congresso Nazionale SIMM

Palermo, 19-21 maggio 2011
*"Salute per tutti: da immigrati a cittadini.
Aprire spazi ... costruire traiettorie"*

XII Congresso Nazionale SIMM

Viterbo, 10-12 ottobre 2012
"Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni"

**II Workshop Nazionale dei GrIS
InterGris della SIMM**

Milano, 14 e 15 novembre 2013
"Comunicazione: GrIS, SIMM e contesto locale. Focus sulla cittadinanza"

XIII Congresso Nazionale SIMM

Agrigento, 14-17 maggio 2014
"Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere"

**III Workshop Nazionale dei GrIS
InterGris della SIMM**

Firenze, 15 e 16 maggio 2015
*"Pubblico e privato; mediazione culturale; accoglienza dei profughi; politiche sanitarie locali.
Focus su Diritto alla salute, Carta di Roma, immigrazione e welfare"*

XIV Congresso Nazionale SIMM

Torino, 11-14 maggio 2016
"Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute"

IV Workshop InterGris della SIMM

Cividale del Friuli, 12 e 13 maggio 2017
*"Pubblico e privato; integrazione socio-sanitaria; msna; advocacy.
Focus su Migrazioni e terre di confine"*

XV Congresso Nazionale SIMM

Catania, 18-20 aprile 2018
"Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni"

V Workshop InterGris della SIMM

Napoli, 10 e 11 maggio 2019
"Promuovere la governance territoriale per la salute dei migranti"

Webinar celebrativo dei 30 anni della SIMM

on line 17 dicembre 2020
*"Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile.
La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020"*
(Il Congresso previsto per il 2020 non si è tenuto per le note restrizioni anticovid
ma sono stati pubblicati i contributi scientifici predisposti per l'evento)



LA SIMM INFORMA

Contributi culturali e scientifici per gli anni 2019-2020

L'attività di formazione della SIMM

Emma Pizzini, Maria Laura Russo, Cinzia Gradellini, Elisabetta Cescatti, Graziella Sacchetti, Claudia Gandolfi, Alessandro Rinaldi, Marco Mazzetti, Maurizio Marceca

*"La educación no cambia al mundo,
cambia a las personas que van a cambiar al mundo"*
Paulo Freire

Premessa

In questi ultimi tre anni, lo sforzo della SIMM è stato quello di impegnarsi per una formazione che avesse - in prima istanza - un significato problematizzante, che avesse cioè l'interesse di smantellare per prima cosa la dicotomia preconstituita tra formatore e discente, per assumere progressivamente le caratteristiche fondamentali della dialogicità (Freire P., 2002). Costruire e proporre una formazione problematizzante e dialogica ha implicato, come prima azione, ripensare i momenti di progettazione e tutto l'impianto formativo seguente, sia sul piano dei ruoli e dei contenuti, ma anche sul piano dei tempi e della responsabilità.

Ed è per questo che negli ultimi anni la Formazione SIMM si è spesa soprattutto affinché queste considerazioni fossero la base per esperienze di formazione che favorissero una "logica dell'apprendere" che si basa sulla capacità, di chi è chiamato ad apprendere, di elaborare l'esperienza - individualmente e/o in gruppo - che diventa così la fonte principale di conoscenza. Difatti la prospettiva scelta si accompagna alla consapevolezza che il "sapere" necessario al sostegno delle competenze dei professionisti si genera e non si trasmette.

In questa prospettiva, si è scelto di dare centralità alle esperienze e alle pratiche lavorative dei soggetti coinvolti con l'obiettivo di una maggiore aderenza possibile delle proposte formative ai contesti a cui si rivolge. Prendendo le distanze il più possibile da quelle attività formative che pongono il partecipante in un ruolo passivo e che non riflettono sulle pratiche e le esperienze dei discenti, che hanno di fatto scarsa efficacia nel modificare le azioni e le pratiche.

I bisogni, le esperienze e le motivazioni dei destinatari della formazione sono - invece - l'asse centrale su cui è fondamentale impostare lo sviluppo del processo formativo, ponendo attenzione all'allineamento necessario affinché tra le diverse sue componenti - obiettivi, metodi didattici, valutazione - ci sia un corretto equilibrio.

Sguardo d'insieme agli ultimi tre anni della formazione: dati e orientamenti

A partire da queste riflessioni, nel corso degli ultimi anni la formazione proposta dalla SIMM si è mossa essenzialmente lungo due direttrici: quella rappresentata dalle diverse progettualità in cui la SIMM è stata coinvolta come partner, e quella rappresentata dalle azioni formative proposte dai diversi GrIS.

Rispetto alla formazione realizzata in partenariato con diversi enti istituzionali e del terzo settore si rimanda ai paragrafi seguenti. Riguardo alla formazione nata e progettata dai GrIS, innanzitutto è bene evidenziare come i gruppi territoriali rappresentino realtà differenti, per storia, longevità, e capacità di incidere sui diversi contesti locali. Tuttavia, tutti i GrIS sono accomunati dall'obiettivo di mettere in rete conoscenze, capacità, contatti per agire in modo efficace per la tutela della salute dei migranti, promuovendo occasioni formative e informative, facendo pressione sui decisori politici, rilevando e segnalando criticità o mancanze nell'applicazione della normativa.

Inoltre, il ruolo di provider ECM della SIMM è stato sin da subito letto come l'opportunità affinché i gruppi potessero agire come sensori dei bisogni formativi degli operatori sociosanitari e da catalizzatori del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale con una visione strategica della formazione come asse di una più generale funzione di advocacy e di contrasto alle disuguaglianze di salute.

La macro-cornice di riferimento alla base delle diverse proposte formative realizzate nel corso dell'ultimo triennio 2017-2019 si pone in continuità con quanto realizzato in precedenza; di fatto, la formazione proposta è stata costruita attorno all'idea di creare collegamenti e legami tra i diversi temi trattati e le realtà dei professionisti coinvolti, partendo dalla convinzione - come già detto - che il migliore contesto di apprendimento è quello esperienziale, sempre in un'ottica di "rinnovamento della formazione", sul piano dei ruoli e dei contenuti.

Il cambio di paradigma ha necessitato, per la sua concretizzazione, di alcuni elementi essenziali nelle modalità di progettazione che la SIMM ha oramai da qualche tempo posto e messo a sistema e che utilizza come base del suo approccio alla formazione:

- una visione di "processo", mediante l'adozione di un modello progettuale basato sui processi che normalmente caratterizzano il ciclo di produzione della formazione.
- Un approccio basato su un "modello andragogico", focalizzando l'attenzione sui processi di apprendimento propri degli adulti, in particolare su tre elementi: problemi concreti da risolvere, interattività, coinvolgimento diretto in contesti favorevoli.
- Il tentativo di inquadramento dei singoli eventi formativi all'interno di un processo più ampio e generale di educazione permanente ("life-long learning") e quindi non come azione una tantum.
- Una visione multidimensionale e multifattoriale, mediante l'adozione di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Rispetto a questo ultimo punto, la multidisciplinarietà e multiprofessionalità si legano fortemente ai temi della salute, focus centrale delle riflessioni SIMM, ma – ancor più – con le pratiche che li accompagnano. A tal riguardo è davvero importante evidenziare lo sforzo della SIMM per il raggiungimento del riconoscimento della Società come ente accreditato per la formazione da parte del Consiglio Nazionale degli Ordini degli Assistenti Sociali (luglio 2020).

Nella tabella che segue una breve sintesi del triennio 2017-2019

	2017	2018	2019
N. di eventi svolti	8	15	23
N. ore formazione	94	204	274
N. professionisti formati	306	610	867
Percentuali di professionisti sanitari	68%	78%	63%
N. di crediti ECM riconosciuti	112,1	228,3	297
N. regioni coinvolte	5	6	10

Nell'ultimo triennio la SIMM come provider ha realizzato 46 eventi formativi, per un totale di 542 ore di formazione residenziale, distribuiti sull'intero territorio italiano con il coinvolgimento progressivo di un numero crescente di regioni, ben 10 nel corso del 2019. Sono stati formati 1.783 professionisti della salute; di questi, una percentuale del 60-70% è rappresentata da professionisti sanitari, mentre il 30-40% è rappresentato da altri professionisti quali assistenti sociali, educatori professionali, operatori sociali, mediatori linguistico-culturali, sociologi, antropologi, ricercatori e personale afferente al volontariato e al terzo settore. Ogni singolo evento è stato progettato nell'ottica dell'inter- e della multiprofessionalità, ma anche dell'inter- e della multidisciplinarietà.

Alcune esperienze formative negli anni 2018-2020

Voci di confine. Un'esperienza di Formazione a Distanza (FAD)

Il corso *Assistenza sociosanitaria e servizi territoriali in un'ottica di equità* è stato progettato ed organizzato dalla SIMM in collaborazione con Amref Health Africa nell'ambito del progetto "Voci di confine. La Globalizzazione vista dai confini e dalle periferie", un progetto cofinanziato dall'Agenzia italiana per la Cooperazione allo Sviluppo.

Il corso, che si è svolto nella seconda metà del 2018, è stato articolato in un momento iniziale di formazione in presenza in tre diverse città, Roma, Napoli e Milano, una componente di Formazione A Distanza (FAD) - strutturata in 6 moduli formativi attivati settimanalmente - ed una giornata conclusiva residenziale svoltasi sempre nelle tre città summenzionate. L'intero progetto formativo è stato rivolto ad operatori socio-sanitari (tutte le figure sanitarie, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, operatori sociali, etc. ...) e quanti interessati alle tematiche e ad un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Il settore materno - infantile è il campo di applicazione all'interno del quale si è inteso rafforzare la capacità di presa in carico dei professionisti della salute, disseminando i principi fondamentali dell'approccio di equità e i principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze. La modalità FAD, possibile grazie alla disponibilità dello spazio Moodle nel nostro sito, ha consentito di raggiungere circa 150 partecipanti in tutta Italia e si è dimostrata un'ottima palestra per sperimentare nuove forme di riflessione e di partecipazione tra operatori.

TRAIN4M&H. Un progetto di respiro Europeo

“Provision of Training for first-line Health Professionals and Law Enforcement officers working at local level with migrants and refugees and training of trainers” (TRAIN4M&H) è stato un progetto guidato da GIZ (German Agency for international cooperation), ed un ampio partenariato di istituzioni europee.

Il progetto di formazione – che si è concluso a luglio 2019 - intendeva sviluppare e rafforzare le abilità dei professionisti che lavorano in prima linea con migranti e rifugiati, promuovendo tra loro attitudini positive e un approccio olistico alla salute di questi ultimi. La formazione appositamente disegnata a partire dai pacchetti già esistenti, è stata realizzata in 33 paesi europei, rivolgendosi a tre gruppi di professionisti: operatori sanitari, operatori di pubblica sicurezza, e i cosiddetti social workers, che in Italia si identificano fondamentalmente con assistenti sociali, mediatori culturali e operatori del privato sociale. L'implementazione in Italia era responsabilità di OIM Italia ed è stata coordinata insieme alla SIMM in seguito ad un accordo tecnico. Le principali fasi sono state: una sessione di formazione dei formatori (Training of Trainers, ToT), che si è tenuta nel mese di novembre 2018 a Roma che ha visto 13 partecipanti, in aula interprofessionale. Sono seguite tre formazioni decentrate (roll out) che si sono tenute nei primi 4 mesi del 2019 ed hanno visto 45 partecipanti (15 per ciascun gruppo target) in ciascuna sede: Reggio Calabria, Genova e Napoli. Le ridotte ore di formazione a disposizione sono state finalizzate alla creazione di una comprensione condivisa e uno scambio interprofessionale in aule miste tra figure che raramente dialogano tra loro: si è scelto di lasciare meno spazio all'approfondimento tecnico dei singoli argomenti, puntando piuttosto, tramite attività interattive, a stimolare lo scambio in aula. Questo approccio ha funzionato molto bene, con uno scambio particolarmente ricco, nella sessione di formazione dei formatori, soprattutto perché questa aveva una durata più lunga ed era gestita da formatori e facilitatori esperti. Anche nei roll out si è registrata una forte attenzione dei discenti e scambi generalmente costruttivi. Gli agenti di pubblica sicurezza - rispetto ai quali avevamo meno esperienze pregresse di formazione - si sono dimostrati coinvolti, aperti al confronto e molto interessati a questa esperienza formativa. Nei mesi precedenti, la SIMM aveva seguito il processo di accreditamento ECM e coinvolto come docenti alcuni soci nel progetto “MIG – H Development of specific training modules for health professionals, law enforcement officers and trainers, on migrants' and refugees' health, addressing communicable diseases and mental health problems”, progetto europeo, sempre rivolto a diversi target professionali, che si concentrava nello specifico sulla salute mentale e sulle malattie infettive.

FARO: Una prova di formazione sul campo

L'esperienza del percorso formativo “*Minori stranieri: risposte multiprofessionali a bisogni complessi*” è stata svolta sotto la responsabilità del Dipartimento di Promozione della Salute Materno-Infantile, di Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza “G. D'Alessandro” (ProMISE) dell'Università degli Studi di Palermo, all'interno delle attività del progetto “FARO” Fami - 1635 che si è svolto nella seconda metà del 2019, in questa cornice la SIMM aveva il ruolo di provider ECM e di coordinamento della formazione di ambito sanitario. Dal punto di vista operativo, la progettazione della formazione ha creato un percorso misto, costituito da una formazione residenziale a cui ha fatto se-

guito un segmento di attività di affiancamento sul campo e alcuni moduli di attività/ esercitazioni da svolgere in piattaforma di e-learning. La formazione residenziale si è svolta in due giornate formative tra luglio e settembre 2019 e attraverso l'utilizzo di metodologie didattiche tese a sviluppare la partecipazione e il confronto tra i discenti, si sono affrontati i temi legati alla tutela della salute del minore migrante, accanto a queste tematiche, in posizione trasversale ma anche con dei momenti specificatamente dedicati, particolare attenzione è stata data alle competenze relative al lavoro in equipe multidisciplinare e multiprofessionale. Riguardo alla formazione sul campo sono state programmate attività che hanno coinvolto gruppi ristretti di partecipanti – da 3 a 5 – distribuite nell'arco temporale di due mesi e mezzo. Le attività di affiancamento sul campo hanno visto come supervisori l'equipe di docenti della formazione residenziale, cercando di valorizzare gli aspetti e i momenti della loro pratica professionale più vicini ai temi del progetto. Nel dettaglio:

- Visita presso una struttura di accoglienza, osservazione delle prassi di presa in carico e organizzazione e conoscenza degli operatori. Partecipazione ad una sessione lavorativa della Clinica del Diritto, con la supervisione dell'Assistente Sociale.
- Affiancamento in Ambulatorio di Psicologia per i Minori Stranieri Non Accompagnati vittime di abuso e violenza, con la supervisione della Mediatrice Linguistico-Culturale.
- Affiancamento in Ambulatorio di Neonatologia, con la supervisione del Medico Pediatra.
- Affiancamento in Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni, con la supervisione del Medico Internista.
- Affiancamento all'equipe multidisciplinare del Centro Penc per la presa in carico etno-psicologica dei migranti, con la supervisione degli Psicologi-Psicoterapeuti.

Riprendendo le parole di Paulo Freire, attraverso una formazione concreta i partecipanti sono stati chiamati a superare la "schizofrenia storica", che li vuole distanti dal mondo e ad essere veramente "bagnati di realtà" (Freire, 2002). In quest'ottica, la stessa esperienza di apprendimento muta da mera acquisizione di contenuti precostituiti in ambiti distinti secondo criteri statici e diviene essa stessa azione d'interconnessione disciplinare e professionale. Nell'affiancamento sul campo le prassi e le pratiche a cui si partecipa, mostrano infatti tutta la loro contaminazione. La formazione sul campo, porta con sé il valore aggiunto dell'essere mai disgiunta dalla pratica professionale, né nella dimensione temporale, né in quella spaziale, inoltre motivando i partecipanti alla ricerca individuale o di gruppo di informazioni e soluzioni a problemi contestuali attiva preziosi meccanismi di apprendimento (Marzano e Parisi 2017).

Footprints: la formazione come strumento principe di capacity building istituzionale

Le finalità generali del progetto FOOTPRINTS sono descritte in altri capitolo di questo volume, qui ci concentreremo sugli elementi relativi alla formazione maggiormente significativi, il cui obiettivo generale era quello di sostenere la *capacity building* istituzionale. L'obiettivo della *capacity building* istituzionale è, infatti, rendere i soggetti coinvolti consapevoli, formati ed efficaci nello svolgimento delle proprie funzioni, aumentando

l'efficacia complessiva dell'operato delle amministrazioni di appartenenza con un'attenzione al futuro, in termini di sostenibilità. A questo si aggiunge che la *capacity building* in salute implica lo sviluppo di abilità sostenibili, strutture organizzative, risorse e impegno per migliorare la salute sia nel settore sanitario che in altri settori, per protrarre e moltiplicare le conquiste in salute. Un adeguato sostegno formativo intendeva essere il requisito per cui le azioni dei gruppi regionali previste dal Progetto fossero definite, realizzate e lo fossero in modo efficace, era quindi necessario in che in tutte le persone coinvolte ci fossero conoscenze condivise, competenze specifiche e consapevolezza del senso di ciò che si vuole fare. È noto, infatti, che ogni vera modifica di pratica professionale e organizzativa si realizza efficacemente solo se procede in parallelo con la formazione al cambiamento. Costruire e sostenere la *capacity building* istituzionale significa, inoltre, lavorare su più livelli: individui, organizzazioni e comunità non sono isolati, ognuno è parte e influenzato dall'altro. Aumentando la capacità di uno, si rafforzano gli altri e si costruisce progressivamente un sistema forte e integrato che vede il sostegno reciproco tra le diverse parti.

Nello specifico del Progetto, il percorso formativo si è incentrato sulla costruzione di una formazione integrata, per questo l'impianto formativo è stato di tipo "blended" con interventi di auto-formazione a distanza su piattaforma di *e-learning* e *web community* e incontri in presenza. Lo svolgimento del percorso si è articolato in quattro fasi:

1. una fase precedente al primo incontro in presenza, dove attraverso la piattaforma *e-learning* sono state condivisi e veicolati contenuti ritenuti basilari per le successive tappe;
2. un primo momento residenziale di due giornate (14 ore), accreditato per i professionisti sanitari;
3. una fase di formazione a distanza su tematiche tangenziali e confronto a distanza e di lavoro dei referenti a livello locale su: i) mappatura del contesto locale e ii) identificazione di buone pratiche locali da presentare nel momento finale della formazione;
4. secondo momento residenziale di due giornate (14 ore) svolto sei mesi dopo il primo incontro; al pari della prima residenziale, anche questa seconda formazione residenziale è stata accreditata per i professionisti sanitari partecipanti.

Questa articolazione ha inteso rispondere sia alle sollecitazioni teoriche e di letteratura, sia agli obiettivi e ai vincoli specifici del Progetto, in particolare quelli relativi al coinvolgimento di professionisti adulti impegnati nella pratica professionale, rispetto ai quali si è voluto predisporre una proposta formativa flessibile e articolata in maniera da favorire il più possibile la partecipazione.

Il Progetto, inoltre, a partire dal suo obiettivo centrale - quello di trovare meccanismi e strumenti utili a disegnare un approccio nazionale capace di accogliere le singole specificità territoriali - prevedeva la definizione di un modello di formazione di carattere nazionale nell'ambito salute e migrazione.

Sotto la guida dell'ACPPCLMM&C, si è svolto un lavoro di ricerca e sistematizzazione dell'esperienza di formazione pregressa a quella specifica prevista dal percorso *Footprints*, per costruire un modello di formazione orientato a tutte le discipline e le professionalità coinvolte nella tutela della salute dei migranti, all'interno di una teoria di

riferimento. L'obiettivo è quello di fornire un mezzo a sostegno delle azioni di *capacity building* a livello istituzionale che possa essere esteso e utilizzato in ambito nazionale.

Il modello prodotto non voleva essere né un manuale di pedagogia dell'adulto né una guida rapida alla formazione e sviluppo professionale continuo, ma intende essere uno strumento utile per coloro che sono impegnati nella costruzione di formazione che riguarda i complessi intrecci tra salute e migrazione. L'obiettivo è stato quello di tentare di creare dei ponti, dei legami più stretti tra la dimensione riflessiva della formazione e quella delle sue pratiche, cercando di superare una certa malcelata diffidenza della seconda verso la prima. I principi messi al centro dalle teorie della formazione degli adulti (centralità dell'esperienza e delle motivazioni, partecipazione attiva, aderenza ai contesti professionale), vanno infatti abitati e resi vitali in ciascun passaggio della progettazione. Risulta necessario ritrovare la via maestra per colmare il divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo, fornendo a tutti i professionisti della salute una formazione che sostenga le competenze, gli strumenti e le consapevolezze per essere attori strategici nel contrasto alle disuguaglianze di salute che coinvolgono le popolazioni migranti.

Un tema forte: il disagio psichico dei rifugiati e richiedenti asilo

Dal 2018 la SIMM è stata attivamente coinvolta in diverse progettualità che hanno come focus il disagio psichico e la vulnerabilità dei titolari di protezione internazionale o umanitaria e dei richiedenti asilo.

Nel territorio veneto, attraverso la buona collaborazione con la Cooperativa GEA di Padova, si sono svolte due progettualità: il progetto FAMI "Persone, non numeri – rafforzare strumenti, competenze, *networking* per implementare processi di accoglienza efficaci per le persone e sostenibili per il territorio e la comunità" e il progetto FAMI "Progetto SPIR.NET - Salute dei Richiedenti e titolari di Protezione Internazionale attraverso il lavoro di Rete", tuttora in corso.

L'obiettivo generale del Progetto "Persone, non numeri" è stato quello di migliorare la qualità dei servizi rivolti ai cittadini di Paesi Terzi inseriti nel sistema dell'accoglienza del territorio delle province di Vicenza e Padova. Tra gli obiettivi specifici è incluso il rafforzamento della consapevolezza e di strumenti di base per gli operatori per garantire la tutela socio-sanitaria dei richiedenti asilo riguardo alle particolari condizioni di vulnerabilità. Affinché i diversi interventi previsti potessero risultare realmente efficaci, è stato necessario che tutti gli operatori coinvolti a diverso titolo fossero adeguatamente formati; per tale motivo le cinque giornate formative distribuite in cinque mesi, ideate e organizzate dalla SIMM in collaborazione con le istituzioni coinvolte nel Progetto, sono state rivolte a una pluralità di figure professionali, afferenti sia al sistema pubblico sia agli enti, associazioni e organismi di accoglienza e tutela dei rifugiati.

In continuità con le finalità di questo progetto la Cooperativa Sociale GEA e l'Azienda ULSS 8 Berica hanno coinvolto la SIMM in una seconda progettualità dal titolo "Progetto SPIR.NET - Salute dei Richiedenti e titolari di Protezione Internazionale attraverso il lavoro di Rete", che ha come obiettivo generale quello di migliorare la qualità della presa in carico di cittadini di Paesi Terzi richiedenti e titolari di protezione internazionale che si trovano in condizione di vulnerabilità post-traumatica e con grave disagio psico-sanitario, andando a rafforzare competenze specifiche e proponendo strumenti multi-livello tra i principali attori del territorio.

Ancora una volta, viste le finalità, la formazione è da considerarsi come momento fondamentale per operare un passaggio di metodo e di contenuti finalizzato a trasferire le competenze dai singoli professionisti ai sistemi di cura e presa in carico di cui sono parte e per rafforzare l'approccio di rete nei singoli territori. Ciò è ancor più necessario in quanto la presa in carico globale e integrata della persona richiedente o titolare di protezione internazionale, in situazione di vulnerabilità fisica e psicologica, chiama in causa il lavoro in *équipe*.

Per tali motivi è necessario creare le condizioni perché tutti i soggetti, istituzionali e del privato sociale, presenti sul territorio e coinvolti a vario titolo, possano lavorare consapevolmente in modo coordinato e sinergico.

Nel territorio di Roma, la SIMM nel corso del 2019 è stata coinvolta nel Progetto dal titolo "Implementation in a Public Mental Health Service of the Italian Guidelines for refugees and asylum seekers victims of torture and other forms of intentional violence" promosso dall'Associazione Crossing Dialogues". Il progetto, ancora in corso, ha come scopo generale quello di offrire un modello concreto di attuazione efficace e sostenibile all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) delle linee guida italiane per rifugiati e richiedenti asilo vittime di tortura e altre forme di violenza intenzionale. Il progetto ha previsto diverse azioni quali la mappatura dei centri di accoglienza per richiedenti asilo nella città di Roma e la valutazione i loro bisogni in termini di salute mentale.

L'approccio formativo si è avvalso di metodologie didattiche finalizzate a sviluppare una coscienza critica affrontando i temi che hanno attinenza con i diversi ambiti di competenza professionale, con il fenomeno complesso dei richiedenti/titolari di protezione internazionale, e con le strategie di un approccio assistenziale interculturale e integrato, con il fine di orientare i professionisti della salute al lavoro in équipe multidisciplinare e multiprofessionale, per arrivare a una pianificazione di percorsi clinico-assistenziali che tenga conto, da un lato, della multidisciplinarietà e multiprofessionalità dei professionisti partecipanti, dall'altro, delle reti territoriali in un'ottica di sussidiarietà orizzontale. I due corsi di tre giornate formative ciascuno hanno rappresentato una risposta strategica alle criticità, caratterizzandosi come formazione – intervento con il fine sia di favorire il collegamento tra teoria e prassi, sia di rafforzare le motivazioni dei professionisti sociosanitari coinvolti. La finalità è stata quella di avere un impatto non solo in termini di conoscenze e competenze ma anche di relazioni e metodologie di lavoro, e creare quindi una comunità di operatori competenti sul territorio.

Conclusioni e direttrici

Dopo questa breve, sintetica presentazione delle maggiori esperienze di formazione di questi ultimi anni, va aggiunta una breve riflessione sulle dinamiche che legano i temi di salute e migrazioni e la formazione.

L'impegno per il miglioramento della salute delle popolazioni migranti attraverso processi formativi che coinvolgono gli operatori della salute deve essere finalizzato alla disseminazione della consapevolezza dei meccanismi alla base dei processi di disuguaglianze di salute che coinvolgono i migranti, ossia la presa in considerazione di un complesso intreccio di fattori. Non sono, infatti, le variabili di etnia o cultura – che

non definiscono categorie consolidate, né tantomeno epidemiologiche – ma è l'aver sperimentato una storia di migrazione che pone le persone straniere in una posizione di potenziale vulnerabilità. La posizione dei migranti è immersa in dinamiche caratterizzate da una pluralizzazione delle fonti di disuguaglianza che vede la compresenza di variabili tradizionali (come il reddito) e aspetti relativi alle situazioni di vita dei soggetti che conducono a più situazioni di svantaggio, ad un'esposizione più ampia alle vulnerabilità identificate dal modello dei determinanti sociali della salute. Riflettere su queste disuguaglianze di salute vuol dire, innanzitutto, abbandonare la visione della salute come sola assenza di malattia e intenderla come un diritto umano fondamentale che, quindi, non si esaurisce alla dimensione biologica ma si estende a quella sociale, economica e politica. Il riverbero di queste considerazioni in ambito formativo è l'obiettivo di avviare un processo di acquisizione di consapevolezza critica che possa portare il professionista a riconoscere il legame e saper analizzare il peso che le intersezioni esistenti tra lo status di immigrato e altri determinanti sociali della salute – come il genere, la classe sociale, l'appartenenza etnica, l'età e le altre distinzioni sociali – possono esercitare sullo stato di salute e benessere delle popolazioni migranti. Questa prospettiva che invita il professionista a leggere le dinamiche di salute secondo l'approccio dei determinanti sociali della salute non può essere sterile e a-storica, ma deve porsi criticamente in un rapporto di dialogo costruttivo con la realtà. Ciò vuol dire che la formazione, in questa prospettiva, ha come obiettivo la sollecitazione a prendere posizione di fronte ai processi di produzione di disuguaglianze di cui ciascun professionista è spettatore nella sua pratica e a vedere, come parte integrante della sua azione professionale, l'impegnarsi attivamente per dei cambiamenti reali nel mondo. Si tratta, di riconoscere agli operatori un ruolo trainante e strategico di catalizzatori d'interventi in diversi ambiti, e soggetti capaci di costruire una rete di azioni nei diversi contesti che contribuiscono alla salute.

Gli anni appena passati si sono rivelati un'ottima palestra per la sperimentazione di contaminazioni tra discipline. In buona sostanza siamo arrivati a pensare che una formazione, affinché possa risultare una valida alleata nella strategia di tutela e promozione della salute delle popolazioni migranti, deve sostanzialmente essere agganciata ad alcuni principi: la consapevolezza dei processi di produzione delle disuguaglianze; l'importanza di un concetto di cultura sfaccettato, dinamico e integrato; il riconoscimento della centralità del soggetto "discente"; l'attenzione verso un contesto di apprendimento stimolante, la centralità dell'esperienza nel processo di apprendimento, la revisione dei contenuti come messaggi catalizzatori di riflessività.

Questi punti, sono elementi di orientamento nella progettazione formativa che devono però prendere forma in proposte e interventi formativi che interagiscono con le peculiarità dei contesti locali: attori, storie, valori, aspettative, dinamiche sociali, esperienze pregresse. Ogni intervento formativo deve essere letto come un unicum, che si definisce in quanto intervento situato e in cui ogni scelta metodologica o di approccio è divenuta occasione per costruire un nuovo dialogo con i professionisti coinvolti con l'obiettivo di generare nuove consapevolezze e saperi.

L'invito a tutti coloro che si occupano di formazione nell'ambito di salute e migrazione è quello di lavorare alla ridefinizione dei rapporti con la teoria in termini nuovi e

costruttivi: più dinamici, pragmatici, basati su approcci valutativi che prediligono i processi agli esiti, le esperienze alle ricostruzioni idealizzate della realtà, la partecipazione attiva dei soggetti coinvolti alle rigide competenze nozionistiche.

Riferimenti bibliografici

Cortese, Antonio. 2007. *Appunti sulla formazione dei formatori. L'esperienza e i pensieri di un educatore degli adulti*. Roma: Edizioni Lavoro.

Knowles, M. Shepherd. 1996. *Quando l'adulto impara*. Milano: Franco Angeli.

Marzano, Amelia e Giuseppe Parisi. 2017. "Organizzare la formazione sul campo. metodi, modelli e esperienze" *Monitor*, 17(3): 21-28.

Mezirow, Jack. 2003. *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Pizzini Emma, Maria Laura Russo. 2017. "Spunti e riflessioni per la formazione dei professionisti come strategia per la promozione e la tutela della salute dei migranti" *Sistema Salute*, 6(3): 139-152.

Quaglino, Gian Paolo. 2006. *Scritti di formazione 3, 1991-2002*. Milano: Franco Angeli.

Quaranta, Ivo e Mario Ricca. 2012. *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Per una tutela di prossimità: i GrIS

Un'istantanea a partire dalle "Schede di rilevazione GrIS"

Maria Chiara Boninsegna, Salvatore Geraci, Luciano Gualdieri, Guglielmo Pitzalis
Gruppo di Coordinamento GrIS della SIMM

Una prima relazione di sintesi

La storia della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) è strettamente intrecciata e connessa a quella dei Gruppi locali Immigrazione e Salute (GrIS) che ne sono espressione territoriale. Proprio per questo sono la parte organizzativa più vicina ai bisogni, ai problemi ma anche alle buone prassi. Un'esperienza nata quasi casualmente con il GrIS Lazio nel 1995 ma che si consolida nei primi anni 2000 ed attualmente è un elemento identitario di una società scientifica che correla impegno di studio, formazione e ricerca con quello dell'*advocacy* e ad una *advocacy* di prossimità.

Per questo gli ultimi Consigli di Presidenza della SIMM hanno voluto dare enfasi sostanziale a questa sua organizzazione prima con l'istituzione di un Coordinatore Nazionale dei GrIS, poi con una sempre più circostanziata definizione di ruoli e funzioni sia nello Statuto che nel Regolamento (vedi box), poi dando spazio effettivo all'Organismo di Collegamento Nazionale (OCN) con un incontro annuale accompagnato da almeno altri due incontri nell'anno dei Referenti di tutti i GrIS (Coordinamento GrIS). A ciò si aggiunge l'istituzione di un Gruppo di Coordinamento GrIS (GdC) che, affiancando il Coordinatore Nazionale, ha come obiettivi quelli di stimolare e accompagnare la costruzione dei nuovi GrIS; di supportare i singoli GrIS nei momenti in cui, pur nella loro autonomia, abbiano bisogno di riferimenti nazionali, esercitando il ruolo di tramite tra SIMM e i GrIS stessi; di coordinare i GrIS su programmi e impegni condivisi (di sensibilizzazione, di formazione, di *advocacy*...); di promuovere la valorizzazione e la condivisione di percorsi ed esperienze dei singoli GrIS perché possano divenire patrimonio comune; di raccogliere e fare circolare materiali e informazioni.

Progressivamente anche l'incontro periodico dei GrIS è diventato appuntamento ineludibile di confronto, approfondimento operativo e proposta: sono i *Workshop InterGrIS* che ogni due anni si alternano con l'appuntamento congressuale e, in genere, preludono i temi del Congresso stesso.

In questo continuo "cantiere interno" il GdC sta costruendo strumenti che aiutino i singoli gruppi a leggere il loro impegno, a dividerlo tra loro e con la SIMM tutta. Nasce così la proposta di una "Scheda di rilevazione GrIS", per descrivere la "struttura" della propria organizzazione e testimoniare l'attività del GrIS nell'anno, che potrebbe sostituire o integrare la relazione annuale che ogni gruppo territoriale deve preparare e trasmettere al Consiglio di Presidenza (CdP). È uno strumento che dà uniformità alle informazioni sullo

stato e le attività di ogni GrIS che così diventano patrimonio sia dei GrIS che del CdP. La costruzione di questa scheda, che fotografa lo spessore del GrIS, diventa occasione importante di partecipazione e condivisione di tutto il GrIS, nonché luogo e strumento per ogni GrIS per esprimere proposte e progetti di attività e fornire preziose indicazioni per il CdP.

Per altro, avendo uno schema comune, è possibile fare sintesi delle varie realtà e dare ragione ad una organizzazione complessa, partecipata e forse unica nel suo genere. L'Impegno dei GrIS, la costruzione della Scheda, la Sintesi diviene così un processo unitario che potrebbe schiudere ad interessanti e innovative considerazioni anche dal punto di vista operativo.

Dopo timidi tentativi negli anni precedenti, il 2019 si chiude con una volontà condivisa di percorrere questo processo con le relazioni/schede da realizzare nei primi mesi del 2020. La pandemia che tutto ha travolto, ha fortemente condizionato questo impegno ma abbiamo comunque deciso di riportare una sintesi del lavoro fatto.

Con prudenza e discrezione riportiamo questa sintesi poiché il confronto tra i GrIS (e all'interno dei GrIS) durante il 2020 è stato ridotto e, pur se l'intero percorso sia stato condiviso, e una prima relazione presentata nell'ultimo incontro del Coordinamento dei GrIS di ottobre u.s., ancora alcune parti devono essere perfezionate ed alcuni GrIS non hanno potuto apportare i loro contributi. Abbiamo strutturato questa sintesi riferendoci solo ai dati contenuti nelle schede di verifica, nelle relazioni e in altro materiale inviato dai GrIS con la descrizione delle attività realizzate nel 2019.

Dalla "ricchezza" che abbiamo trovato in questa esperienza nascono queste pagine, che potrebbero sembrare un "documento interno", che vogliono essere stimolo ad implementare questo strumento di indubbia utilità, non solo per la SIMM.

Il GrIS e le sue "strutture": adesione agli adempimenti statuari

Esistono 17 GrIS: Abruzzo, Alto Adige, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino, Veneto. Di questi 2 sono considerati "autosospesi" o "dormienti" (Puglia e Sardegna), 1 (Abruzzo) è nato nel 2020 ma a causa della pandemia si è bloccato, di altri 2 non è disponibile la relazione annuale sul 2019 (Veneto e Alto Adige, riattivatosi proprio nel 2019) e alcune delle relazioni non sono complete. I dati e le riflessioni contenuti nella presente relazione faranno quindi riferimento a 12 GrIS di 11 Regioni e 1 Provincia Autonoma (PA).

Il rinvio del congresso SIMM ha comportato una proroga del mandato del portavoce attualmente in carica. Tutti i GrIS, dopo il rinnovo del CdP, saranno chiamati a individuare il proprio portavoce. 3 GrIS (Calabria, Campania e Marche) dovranno nominarne necessariamente uno nuovo perché quello attualmente in carica non potrà essere rieletto in quanto è in fase di conclusione il suo secondo mandato.

In 11 dei 12 GrIS presi in considerazione è presente una forma di conduzione collettiva (consiglio direttivo o simili). Solo la Lombardia non ha previsto questo organismo interno. Calabria, Lazio e Toscana presentano un'organizzazione "complessa".

In Toscana e Calabria il gruppo dirigente garantisce esplicitamente una sorta di "rappresentanza territoriale", forse anche per ovviare alle difficoltà di riunirsi legate alla vastità e alle caratteristiche del territorio.

Il GrIS Toscana ha diviso il territorio in aree vaste (che coincidono con le 3 Aziende Unità Sanitarie Locali) e ha deciso di individuare un referente per ognuna di esse. Portavoce e referenti di aree vaste costituiscono il direttivo. Il GrIS si riunisce in plenaria solo alcune volte l'anno; per il resto il lavoro (concordato nel direttivo) è condotto in maniera decentrata.

Il GrIS Calabria presenta un'organizzazione operativa per Sezioni provinciali e sub-provinciali (Area Sub-Provinciale Locride - Piana di Gioia Tauro e Area Sub-Provinciale Tirrenica - Ionio-Pollino). Nel consiglio direttivo ciascuna Area provinciale o sub-provinciale, è rappresentata da un Coordinatore e due Referenti.

Il GrIS Lazio presenta una articolazione in cui sono presenti l'Assemblea; il Referente; il Consiglio di Coordinamento GrIS (CCG). Probabilmente questa organizzazione risponde all'esigenza di gestire un gruppo numeroso di cui fanno parte anche molti rappresentanti delle istituzioni. All'occorrenza si struttura in Gruppi di lavoro tematici (nel passato, ad esempio, sono stati attivati gruppi sui rifugiati, sui rom, sull'odontoiatria sociale, sulla salute pubblica).

In generale sembra interessante la scelta della maggior parte dei GrIS di organizzarsi con una conduzione collettiva del gruppo che può garantire la condivisione di compiti e responsabilità e che, probabilmente, potrebbe anche rappresentare un elemento di continuità nel delicato momento del cambio del referente.

Sarebbe interessante, a questo proposito, capire come evitare (se questo rischio esiste) che l'attività dei GrIS sia legata (nelle forme, nei modi, nei contenuti, ...) in modo troppo stretto alla persona del referente (= cambia il referente, cambia il passo del GrIS).

Rispetto a questo capitolo, due note positive: 1. ormai praticamente tutti i GrIS si sono dotati di un regolamento interno (che in alcuni casi è anche stato aggiornato/modificato) negli anni; 2. È ormai prassi consolidata la condivisione dei verbali delle riunioni.

I partecipanti al GrIS: rappresentanza e capillarità

Su 107 divisioni territoriali italiane (province, province autonome, città metropolitane...), sono rappresentate 62 delle 74 province delle 12 regioni considerate (includendo anche il Trentino-Alto Adige pur se rappresentato dalla sola PA di Trento). Tra quelle rappresentate ci sono, oltre alla provincia autonoma di Trento, 10 città metropolitane delle 14 nazionali (Torino, Milano, Roma, Genova, Bologna, Firenze, Napoli, Reggio Calabria, Catania, Palermo).

In alcuni GrIS sono rappresentate tutte le province della regione: Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Piemonte.

Anche se mancano informazioni dettagliate su alcuni GrIS, si può confermare la diffusione capillare dei GrIS stessi. Questo elemento è particolarmente significativo perché rappresenta un potenziale notevole in termini di conoscenza del territorio, delle problematiche e delle risorse ad esso connesse, delle politiche in esso adottate.

Essere luogo in cui le esperienze di porzioni di territorio diverse possono trovare occasioni di riflessione, confronto, informazione, sollecitazione, ... fanno dei GrIS degli straordinari incubatori di idee e di iniziative; ne fanno luoghi privilegiati in cui la SIMM, ma anche i singoli aderenti, possono trovare risposte, ma anche domande; luoghi in cui possono essere ascoltate, riconosciute, valorizzate ed eventualmente amplificate, la dimensione locale, le persone che vi operano, le esperienze che si sviluppano.

Appare importante per la SIMM trovare i modi e gli strumenti più adatti per ascoltare, custodire e moltiplicare la ricchezza rappresentata da questa trama di relazioni e idee che attraversa il paese e per garantire una sempre più ampia partecipazione attiva delle realtà regionali alla vita e alle decisioni del CdP.

Dei 12 GrIS di cui è pervenuta la relazione, 8 contano tra i partecipanti anche rappresentanti di gruppi e associazioni, gli altri hanno solo adesioni di singoli. Complessivamente si contano circa 250 singoli aderenti e 126 gruppi e associazioni. Queste realtà sono molto diverse tra loro per forma giuridica (associazioni di volontariato laiche o religiose, cooperative sociali, ong, coordinamenti, fondazioni, centri studi, ...), per le questioni di cui si occupano (accoglienza, mediazione, gestione di ambulatori, unità di strada, situazioni di disagio, ...), per le forme operative adottate e per dimensioni.

Queste informazioni rappresentano un elemento significativo e importante:

- perché parlano di un numero molto elevato di persone che entrano/potrebbero entrare in contatto con la SIMM e che possono/potrebbero condividere, sostenere, diffondere le idee e le iniziative della SIMM;
- perché rendono esplicito quanto sia importante il lavoro di rete nell'ambito del diritto alla salute;
- perché rimandano alla necessità, nei GrIS, di trovare forme di collaborazione e di mediazione efficaci e rispettose delle caratteristiche e delle identità di ognuna delle realtà aderenti. I GrIS non si propongono di coordinare il lavoro delle realtà che aderiscono, ognuna delle quali, infatti, mantiene totale autonomia, ma fanno spazio (in modo "ecumenico") a organizzazioni molto diverse tra loro. Certo non è un lavoro facile (e infatti la stesura dei regolamenti interni rappresenta lo sforzo di darsi regole comuni in base a cui decidere e lavorare insieme), e probabilmente qualche volta può dare adito a conflitti o difficoltà, però è sicuramente apprezzabile la scelta preferenziale dell'azione collettiva; lavorare insieme può essere una "palestra" per creare nuove alleanze e connessioni ed è un modo per moltiplicare le energie.

Dei 12 GrIS di cui sono analizzate le schede annuali, fanno parte anche 23 istituzioni pubbliche, per lo più impegnate in ambito medico – sanitario. Di queste 1 opera in Liguria, 3 in Piemonte, 19 nel Lazio. Benché forse qualche GrIS non abbia riportato questo dato, resta il fatto che, nella maggior parte dei casi, i GrIS, tranne per il Lazio, non sembrano prevedere la presenza di strutture sanitarie pubbliche o non sembrano in grado di coinvolgerle. Appare evidente che le modalità di lavoro e una diversa efficacia dell'azione del GrIS possano essere connesse anche alla presenza o meno al proprio interno delle istituzioni pubbliche preposte alla tutela della salute.

Resta irrisolto il problema di come, la risorsa rappresentata da organizzazioni pubbliche e private aderenti ai GrIS possa materialmente arricchire l'esperienza della SIMM, visto che, ad oggi, non è ancora prevista la possibile iscrizione alla SIMM da parte di gruppi o associazioni.

Ai gruppi e alle istituzioni si aggiungono più di 250 persone che figurano come aderenti singoli. Di questi solo poco più di 60 sono soci SIMM. Se da un lato questo numero può rappresentare il "bacino" di possibili prossimi soci, dall'altro ci si potrebbe interrogare sulle ragioni per cui ci sono tante persone (circa ¼ degli aderenti singoli) che, pur partecipando al lavoro del GrIS, non ritengono di aderire alla SIMM.

L'attività: *advocacy* e non solo

Durante i propri incontri nel corso del 2019, i GrIS hanno affrontato molti e differenti temi. Le questioni riportate più frequentemente fanno riferimento a: 1. Approfondimento di aspetti legislativi regionali e/o nazionali (ad esempio in molti hanno lavorato sui decreti sicurezza); 2. Organizzazione eventi formativi o iniziative pubbliche; 3. Approfondimenti di tematiche prettamente sanitarie; 4. Azioni di *advocacy*; 5. Collaborazione alla realizzazione di progetti SIMM (Footprints, GRAP, InterGrIS, ...).

Anche le iniziative pubbliche organizzate o cui i GrIS hanno aderito fanno, per la maggior parte, riferimento alle tematiche appena indicate.

L'*advocacy* è stato un comun denominatore dell'impegno dei GrIS e pertanto è ancora opportuno richiamare due definizioni di *advocacy*.

Per advocacy s'intende "La realizzazione di programmi e azioni che consistono nel porre una questione di rilevanza generale all'attenzione dell'opinione pubblica e dei soggetti in essa coinvolti, con il fine di modificare priorità pubbliche, norme, pratiche, modelli organizzativi o consuetudini" (Fondaca).

"L'advocacy per la salute è una combinazione di azioni individuali e sociali volte ad ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo o programma di salute" (OMS).

Leggendo le relazioni ci è sorto il dubbio che forse non tutto è *advocacy*, che forse non tutto può essere considerato *advocacy* e che, forse, le azioni di *advocacy* richiedono un'elaborazione in termini di obiettivi su cui lavorare, di pianificazione delle azioni da mettere in campo, di alleanze, di tempi, di mezzi e strumenti utilizzati/utilizzabili. Infatti ogni azione di *advocacy* dovrebbe essere il risultato di osservazione, ascolto, riflessione e progettazione, che forse non tutte le iniziative riportate presentano in modo evidente (solo a titolo di esempio: sono state considerate "azione di *advocacy*" sia l'adesione a una campagna pubblica, tanto quanto il lavoro condotto direttamente con un'istituzione pubblica). È necessario che i GrIS affinino le loro competenze in questo ambito di intervento assolutamente cruciale per chi si occupa di diritto alla tutela della salute. Proprio per questa ragione potrebbe essere opportuno includere nei percorsi/incontri di formazione all'interno dei GrIS anche lo studio di forme per organizzare azioni o percorsi di *advocacy*. Estremamente utile è il documento elaborato a più mani dai soci della SIMM dal titolo "Organizzazione e gestione dei processi di *advocacy*" che "ha il duplice obiettivo di condividere un linguaggio comune all'interno della SIMM relativamente al tema dell'*advocacy* e di definire ruoli e compiti che i diversi organi della SIMM (Consiglio di Presidenza, Organismo di Collegamento Nazionale, Gruppo di Coordinamento dei GrIS e GrIS) e i singoli soci possono assumere in tutti i casi in cui venga deciso di promuovere, organizzare e partecipare ad un'azione di *advocacy* in favore del diritto alla salute e assistenza sanitaria senza esclusioni."

Resta in molti casi il problema di individuare le tematiche, gli spazi, i modi e gli strumenti per creare il dialogo effettivo ed efficace con le istituzioni che, spesso, rappresentano gli interlocutori nei percorsi di *advocacy*.

Le esperienze dei GrIS sono diverse:

- in alcuni casi, gli spazi di incontro con le istituzioni (prime fra tutte le Regioni) sono realmente pochi e difficili;

- in altri casi, la partecipazione dei GrIS a tavoli istituzionali rappresenta l'occasione in cui porre le questioni, evidenziare aree problematiche e avviare, in collaborazione con le istituzioni, attività e/o percorsi per trovare le soluzioni migliori possibili;
- in altri casi ancora, (es. Trentino e Lazio) il GrIS rappresenta effettivamente un interlocutore costante dell'ente pubblico.

In particolare la scelta organizzativa del GrIS Trentino nei rapporti con le Istituzioni rappresenta un unicum nella SIMM. Questo GrIS ha deciso diversi anni fa di costituirsi come associazione e quindi di dotarsi di una personalità giuridica specifica che rappresentasse anche uno strumento per "interagire" con le istituzioni (es. accedere a finanziamenti). Oggi sembra di capire che, nei fatti, il GrIS Trentino si muove come altre associazioni, ad esempio anche gestendo direttamente alcuni servizi in convenzione. Al di là del fatto che questo GrIS è particolarmente attivo, che sicuramente il disporre di una forma giuridica propria facilita anche l'interazione con l'ente pubblico e che, quindi, probabilmente questa scelta è stata positiva sotto molti punti di vista, questa situazione potrebbe farci riflettere sul ruolo specifico dei GrIS come "attore tra attori" o come luogo in cui valorizzare le esperienze locali e in cui costruire *"partecipazione, vicinanza alle problematiche più o meno emergenti, capacità di analisi scientifica e organizzativa, interlocuzione politica per una reale accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari ai cittadini immigrati presenti nei territori"* (dal sito SIMM) o, infine, come coniugare questi due aspetti.

Un breve cenno al progetto Footprints che ha coinvolto tutti i GrIS e ha rappresentato un grosso impegno per la SIMM. È sicuramente stato citato più di una volta nelle relazioni presentate, soprattutto perché tutti hanno dedicato almeno un incontro a questo progetto. La sensazione è però che esso non sia stato percepito come particolarmente significativo per la vita dei singoli gruppi, da cui sembra essere rimasto piuttosto distante. Se questa sensazione fosse reale, la SIMM potrebbe avviare una riflessione sulla scelta di impegnarsi in un progetto tanto importante e che, auspicabilmente, potrebbe portare dei cambiamenti nelle politiche sanitarie, ma che è rimasto piuttosto marginale nella vita delle realtà locali della SIMM. I GrIS, forse, hanno vissuto lo sviluppo del progetto come esterno al proprio percorso e non hanno percepito (o quanto meno non l'hanno segnalato nella relazione) il progetto Footprints come un percorso di *advocacy* di cui sentirsi protagonisti.

Considerazioni finali... o no?

Al di là del fatto che la pandemia Covid – 19 ha travolto tutti, singolarmente e come realtà associative, imponendo priorità particolari, sembra importante richiamare la logica in base alla quale è stato avviato questo lavoro e che è sintetizzabile in tre azioni:

1. sottoporre a una verifica interna ai GrIS l'attività svolta, utilizzando la scheda proposta come strumento e occasione di partecipazione e di confronto;
2. documentare in modo strutturato quanto fatto;
3. raccogliere informazioni confrontabili per rendere condivisibile con gli altri GrIS il proprio operato.

Emerge però che questa verifica (con un lavoro di analisi e confronto interno e collettivo) è stata portata avanti con una certa fatica dovuta certamente al momento contin-

gente, ma sembra trasmettere anche l'idea che la dimensione territoriale (cioè il legame col proprio territorio e l'impegno sul proprio territorio) e la "vocazione operativa" siano assolutamente prioritari e rappresentino gli elementi che caratterizzano più fortemente l'identità dei GrIS.

Bisognerebbe però riflettere sul fatto che, talvolta, sembra esistere una sorta di "individualismo" dei GrIS, per il quale, gruppi magari molto attivi sul proprio territorio, non riescono o non sentono l'esigenza di rimanere collegati tra loro e con l'intera SIMM espressa dal lavoro del CdP. Si potrebbe usare l'immagine dell'arcipelago: ogni GrIS è un'isola, che fa parte di un arcipelago (la SIMM), ma senza che ci siano collegamenti effettivi e costanti tra un'isola e l'altra.

È importante sottolineare che il cercare di costruire contatti tra i GrIS non ha minimamente l'obiettivo di limitarne l'azione, né di tendere a un'uniformità che, fisiologicamente, non può esistere.

Come abbiamo scritto all'inizio, questi anni sono stati fatti passi avanti importanti per valorizzare il ruolo e il lavoro dei GrIS. Va però ulteriormente rafforzata la relazione tra i GrIS e dei GrIS nella SIMM.

Inoltre se il problema della fatica nel compilare e trasmettere la relazione è legato alla struttura del documento proposto, si potrebbero introdurre cambiamenti o cercare insieme modalità o strumenti più efficaci.

Infine, gli sviluppi del sito SIMM offrono anche ai GrIS nuovi strumenti che sarà importante imparare a conoscere e utilizzare perché potrebbero essere utili per mantenere vive le relazioni tra gli aderenti continuando a lavorare anche in circostanze "avverse" magari anche facilitando la partecipazione di coloro che, per vari motivi, hanno più difficoltà a partecipare "in presenza".

Queste brevi considerazioni possono essere occasione per il nuovo CdP e per i GrIS rinnovati nelle cariche elettive, anche alla luce di questi mesi di forzato "distanziamento", di delineare alcune linee d'azione che potremmo sintetizzare con alcune parole chiave: ascolto, decentramento, partecipazione, attivismo e reciprocità.

Il GrIS nello Statuto della SIMM del 27/02/1990 con ultima modifica del 19/04/2018**Art. 14 dello Statuto**

I Gruppi territoriali Immigrazione Salute (Gr.I.S.) costituiscono le sezioni locali della SIMM e ne realizzano a livello territoriale gli scopi così come definiti dallo Statuto.

I Gr.I.S. possono:

- promuovere proposte di politiche locali, ricerche o progetti;
- raccogliere documentazione;
- effettuare consulenze specifiche;
- organizzare o favorire percorsi formativi e culturali quali convegni, corso e seminari;
- dare patrocinio gratuito ad iniziative che ritengano adeguate secondo gli scopi statutari.

I Gruppi territoriali Immigrazione Salute possono essere istituiti previa comunicazione al Presidente e successiva delibera di accettazione da parte del Consiglio di Presidenza della SIMM, che ne definisce l'ambito territoriale di intervento.

Alle attività dei Gr.I.S. possono partecipare anche non iscritti alla SIMM, rappresentanti di strutture e associazioni locali (cittadine, regionali o interregionali) che abbiano fatto richiesta formale di adesione e la cui attività si svolga a favore degli immigrati.

I Gr.I.S. propongono, tra gli aderenti che sono soci SIMM, un rappresentante, la cui nomina deve essere ratificata dal Consiglio di Presidenza, con funzioni di portavoce, responsabile operativo della organizzazione locale e del raccordo con la struttura centrale.

L'incarico di rappresentante dei Gr.I.S. è gratuito, salvo il rimborso delle spese debitamente documentate.

Almeno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata dai Gr.I.S. al Consiglio di Presidenza con una relazione dell'attività svolta.

Art. 15 dello Statuto

L'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.) è costituito dal Consiglio di Presidenza e dai rappresentanti dei Gr.I.S.. L'O.C.N. si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni 2 (due) anni, per lo scambio di esperienze e per esprimere raccomandazioni tecniche.

Il GrIS nel Regolamento della SIMM - ultima versione 28/09/2019

15. Gruppi Immigrazione e Salute: Unità Operative Territoriali (rif. art. 14)

Ai sensi dell'art 14 dello Statuto, ai Gr.I.S. possono aderire persone singole o rappresentanti di associazioni e strutture locali la cui attività si svolge a favore degli immigrati; tutte devono far richiesta formale di adesione al Gr.I.S.. Possono partecipare come uditori ai lavori dei Gr.I.S., persone e associazioni e enti anche non formalmente aderenti ai Gr.I.S..

Tutti i soggetti, individuali e collettivi, che intendono aderire ai Gr.I.S. devono presentare domanda scritta al Direttivo del Gr.I.S., allegando una scheda di presentazione e una dichiarazione di accettazione del Codice Etico e dei principi dello Statuto della SIMM e delle norme del regolamento del Gris cui intendono aderire.

Ogni Gr.I.S. elegge tra gli aderenti che sono soci SIMM un rappresentante (detto referente), la cui nomina deve essere ratificata dal C.d.P., con funzioni di portavoce, responsabile operativo della organizzazione locale e del raccordo con la struttura centrale.

Entro centoventi giorni dalla elezione del Presidente, ogni Gr.I.S. comunica allo stesso i nominativi del referente e del suo supplente (che deve essere un socio SIMM in regola).

Il referente e/o il supplente/sostituto si impegnano a partecipare alle riunioni periodiche del Coordinamento nazionale e dell'O.C.N. e degli incontri/Workshop InterGrIS. In caso di impossibilità di entrambi, il referente individua comunque, tra i soci SIMM del Gr.I.S., un suo delegato temporaneo.

Il referente firma i documenti prodotti dal Gr.I.S. e sottoscrive documenti locali di interesse condiviso e può avvalersi della collaborazione di una eventuale segreteria locale composta da altre persone.

Ogni documento pubblicamente prodotto da ciascun Gr.I.S. dovrà recare, oltre alla specifica dicitura che lo caratterizza (ad es. "Gruppo regionale Immigrazione e Salute del Lazio" o "Gr.I.S. Lazio"), la dicitura "della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni" o "della SIMM", a seconda delle specifiche necessità o vincoli grafici/tipografici.

La struttura organizzativa del Gr.I.S. può essere completata tramite la creazione di un Consiglio Direttivo Territoriale del Gr.I.S., con funzione operativa e di rappresentanza delle varie componenti territoriali e associative del Gr.I.S., formato da almeno tre e non più di sette membri (compreso il portavoce: la metà più 1 devono essere soci SIMM).

L'ambito territoriale di intervento delle singole Unità Operative Territoriali è definito con apposita delibera del C.d.P. della SIMM.

I singoli Gr.I.S. devono dotarsi di un proprio regolamento (secondo il modello disponibile) approvato dal Consiglio di Presidenza, in modo da garantire procedure trasparenti e democratiche, sia nell'organizzazione delle loro attività sia nell'elezione dei propri rappresentanti. Copia di tale regolamento deve essere inviata al Gruppo di Coordinamento GrIS.

Nell'ambito delle Linee Programmatiche della SIMM, le Unità Operative Territoriali, attraverso il proprio Consiglio Direttivo e il referente, possono promuovere analisi e proposte di politiche locali, supervisionare ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, partecipare o favorire percorsi formativi e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riterranno adeguate secondo gli scopi statutari, di cui dovrà pervenire informazione. I Gr.I.S. possono prendere posizione o assumere iniziative direttamente e autonomamente su questioni di carattere locale e, previo accordo con il Consiglio di Presidenza, anche di carattere nazionale.

I Gr.I.S. possono inoltre intervenire su questioni di carattere nazionale in termini propositivi sollecitando il Consiglio di Presidenza ad assumere e fare proprie le loro proposte.

I Gr.I.S., per essere ritenuti attivi, devono riunirsi almeno due volte l'anno e approvare la relazione consuntiva e il programma delle attività. La documentazione prodotta e/o raccol-

ta deve essere inviata dal Gr.I.S. al C.d.P. e al G.d.C, entro e non oltre il mese di marzo, salvo diverse disposizioni del Gruppo di Coordinamento.

L'intera attività locale è svolta su base volontaria da parte di singoli, di associazioni e di strutture.

Tutti gli incarichi relativi al Gr.I.S. scadono alla scadenza del C.d.P. della SIMM: i rinnovi dei vari incarichi devono essere effettuati e comunicati al Consiglio di Presidenza entro centoventi giorni; nel frattempo il referente uscente è garante di eventuali attività. Il referente non può rivestire tale incarico per oltre due mandati consecutivi.

16. Organismo di Collegamento Nazionale (rif. artt. 10, 15)

L'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.) è costituito dal Consiglio di Presidenza e dai referenti dei Gr.I.S. ed è coordinato dal Coordinatore nazionale dei Gr.I.S., eletto dal Consiglio di Presidenza (rif. Art.10 Statuto) tra i componenti del CdP.

Il Collegamento Nazionale si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni 2 anni, per lo scambio di esperienze, per esprimere raccomandazioni tecniche e/o stimolare approfondimenti tra i soci attraverso proposte di temi per il Congresso nazionale SIMM

Il Coordinatore nazionale dei Gr.I.S. per svolgere al meglio il suo compito di promuovere, collegare e coordinare le varie realtà territoriali si avvale di un Gruppo di Coordinamento Gr.I.S. composto da 2 o 4 soci, nominati dal C.d.P. su proposta del Coordinatore nazionale, scelti tra le persone attive dei Gr.I.S. che abbiano le caratteristiche e le competenze adeguate secondo criteri condivisi con i referenti dei Gr.I.S..

GLOSSARIO

Coordinatore Nazionale GrIS

Nominato dal Presidente SIMM tra i consiglieri eletti. Coordina l'OCN ed ha compito di promuovere, collegare e coordinare le varie realtà territoriali

Organismo di Collegamento Nazionale (OCN)

Costituito dal Consiglio di Presidenza e dai referenti dei GrIS ed è coordinato dal Coordinatore nazionale GrIS. Si riunisce almeno una volta ogni due anni. E' convocato dal Presidente per lo scambio di esperienze, per esprimere raccomandazioni tecniche e/o stimolare approfondimenti tra i soci attraverso proposte di temi per il Congresso nazionale SIMM.

InterGrIS

Incontro biennale promosso dal Coordinatore GrIS in concerto con la Presidenza SIMM per valorizzare, collegare e coordinare riflessioni ed attività dei GrIS e stimolare ambiti di interesse ed impegno della SIMM coerentemente ai lavori dell'OCN.

Gruppo di Coordinamento GrIS (GdC)

Composto da 2 o 4 soci SIMM, nominati dal CdP su proposta del Coordinatore Nazionale di concerto con i referenti dei GrIS.

Coordinamento GrIS

Incontro periodico dei referenti dei GrIS promosso e organizzato dall'GdC.

Presentazione del Documento “Organizzazione e gestione dei processi di *advocacy*”: il processo di costruzione

Chiara Bodini; Marco Bonetti; Marisa Calacoci; Emilio Di Maria; Nora Gattiglia; Antonella Lanotte; Alessandro Rinaldi

Viandante non esiste sentiero: si fa la strada nell'andare

Antonio Machado, Campos de Castill.

Proverbios y cantares

Quella che segue è una breve condivisione del *processo* che ha dato vita al documento “Organizzazione e gestione dei processi di *advocacy*” riportato tra gli allegati di questa raccolta di contributi scientifici.

Il documento rappresenta un passaggio intermedio di un percorso di riflessione su uno dei temi – quello dell'*advocacy* – che più ha caratterizzato la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – SIMM sin dalla sua nascita. Infatti, da quando è stata istituita, la SIMM ha saputo intervenire, a livello nazionale e locale, per indirizzare le scelte di politica sanitaria riguardanti la salute delle persone immigrate.

Il processo di sviluppo del documento è iniziato nel 2017 a Cividale del Friuli, in occasione del IV Workshop InterGrIS (ovvero l'incontro nazionale dei Gruppi Immigrazione e Salute – GrIS della SIMM). In quell'occasione, grazie al lavoro di condivisione e confronto sulle principali modalità, strumenti e difficoltà incontrate nelle attività di *advocacy* svolte in diversi contesti, è emerso quanto fosse ampio il bagaglio di esperienze della SIMM e dei GrIS in questo campo. Da qui la consapevolezza di voler valorizzare questa ricchezza, identificando modalità di lavoro comuni e strumenti operativi da utilizzare per agire in maniera sistematica.

Tale esigenza è stata subito fatta propria anche dal Consiglio di Presidenza (CdP) che, pur riconoscendo nell'*advocacy* uno dei principali elementi caratterizzanti il lavoro della SIMM e dei GrIS, ha sentito la necessità, a fronte delle numerose e legittime sollecitazioni provenienti dai territori, di fare chiarezza sui diversi livelli di intervento (regionale e/o nazionale), sulle priorità di azione e sugli obiettivi da raggiungere al fine di identificare *su che cosa* e *se* concentrare le risorse a disposizione. Per tale ragione, alcuni suoi componenti, insieme con i referenti del Gruppo di Coordinamento dei GrIS, si sono impegnati nel redigere una bozza di documento di indirizzo sulle azioni e le strategie di *advocacy*.

Un'altra tappa significativa del percorso è rappresentata dall'InterGrIS tenutosi a Napoli nel 2019. Durante questo incontro si è costituito un gruppo di lavoro animato da alcuni componenti del CdP, referenti GrIS e soci particolarmente interessati all'argomento. Lo scopo del gruppo era quello di arrivare a produrre un documento di lavoro coerente e “conclusivo”, che riflettesse l'esito del workshop del 2017 e i contenuti espressi in bozza nel documento del CdP, alla luce di quanto sarebbe emerso dal workshop di Napoli.

Il gruppo di lavoro ha scelto di costruire il documento seguendo un approccio partecipato che si è articolato nelle seguenti fasi:

- a) Coinvolgimento referenti GrIS:** a novembre 2019 è stato presentato il programma del gruppo di lavoro ai referenti di tutti i GrIS. A questi sono stati inviati due documenti, il documento di indirizzo sulle azioni e strategie di *advocacy* redatto dal CdP e la restituzione delle giornate di lavoro dell'InterGrIS di Napoli.

- b) Presentazione documento all'Organismo di Collegamento Nazionale (OCN):** il 25 gennaio 2020, in occasione dell'incontro dell'OCN, è stata presentata la prima bozza del documento prodotta dal gruppo di lavoro dove sono stati raccolti preziosi stimoli e suggerimenti. Dopo circa un mese, a febbraio, è stata condivisa la bozza del documento per ricevere ulteriori segnalazioni dai referenti dei GrIS e dal CdP.
- c) Consultazione pubblica:** a partire da marzo 2020, la versione finale del documento è stata presentata ai singoli soci per ricevere ulteriori commenti e integrazioni prima della sua approvazione ufficiale in Assemblea.
- d) Presentazione ed approvazione in Assemblea dei Soci (17 dicembre 2020).**

Riteniamo che questo processo, benché la sua conduzione abbia richiesto impegno e tempi relativamente lunghi, abbia permesso alle diverse anime della SIMM – singoli soci, GrIS e Consiglio di Presidenza – di dare il proprio contributo e di mettere in circolo numerose e diverse competenze sull'*advocacy* all'interno della Società.

Inoltre, per le persone che hanno condiviso lo sviluppo del documento, il processo stesso è stata l'occasione per elaborare e sperimentare un vero processo partecipativo, ovvero quel grado di condivisione che non si esaurisce con la comunicazione dei risultati, né con la consultazione di alcune parti, ma che si sviluppa attraverso un percorso di riflessione verso un consenso effettivo, percepito come patrimonio comune da tutti i partecipanti.

Speriamo che questo documento riesca nel suo duplice obiettivo di costruire un linguaggio comune all'interno della SIMM relativamente al tema dell'*advocacy* e di definire ruoli e compiti che i diversi organi della SIMM (Consiglio di Presidenza, Organismo di Collegamento Nazionale, Gruppo di Coordinamento dei GrIS e GrIS) e i singoli soci possono assumere in tutti i casi in cui venga deciso di promuovere, organizzare e partecipare ad un'azione di *advocacy* in favore del diritto alla salute e assistenza sanitaria senza esclusioni.

Come detto sopra, siamo consapevoli che il percorso non si conclude con l'approvazione del documento. I contenuti del documento rappresentano in realtà la traduzione operativa di una notevole quantità di riflessioni ed elaborazioni, in massima parte condivise durante il processo di redazione. Dai seminari – anche condotti con esperti esterni – dalle riunioni e dalle note preparatorie sono emersi numerosissimi spunti che abbiamo annotato per prossime elaborazioni, sia relativi ai processi di *advocacy*, sia riguardanti altri temi legati alla salute delle persone migranti e allo stesso metodo di lavoro da promuovere all'interno della SIMM.

Ci piace pensare infatti che il lavoro svolto sia incompiuto e che diversi aspetti debbano essere meglio individuati ed approfonditi. Per esempio, siamo consapevoli che – senza un'opera di disseminazione – si possa correre il rischio che il documento rimanga solo sulla carta. Per tale ragione è importante sin da subito (o non appena sarà possibile, date le limitazioni cui siamo soggetti a causa dell'attuale pandemia) riflettere su come dare ulteriore continuità al processo, magari coinvolgendo altre persone e individuando nuovi momenti di confronto con diversi saperi – per esempio organizzando un percorso formativo che dia profondità ed esperienza, verso una "*advocacy* consapevole e competente".

Insomma, questa più che una conclusione vuole essere un arrivederci, un appuntamento a quando potremo tornare a parlare insieme e in modo appassionato, quando solo stando vicini, contaminandoci reciprocamente con le nostre idee, ci potremo sentire finalmente al sicuro.

I gruppi di lavoro della SIMM

Questa sessione contiene una breve presentazione dei Gruppi di Lavori attivi all'interno della SIMM, nati con lo scopo di favorire la partecipazione attiva degli iscritti e non solo. L'obiettivo è quello di valorizzare e rilanciare i Gruppi di Lavoro come forma di approfondimento e scambio tra i soci liberamente riuniti attorno a temi di comune interesse. I gruppi di lavoro sono aperti al contributo di tutti i soci, indipendentemente dalla loro formazione, nell'ottica di uno scambio interdisciplinare in cui ogni prospettiva possa essere vista come un arricchimento.

Equità in salute e mobilità umana

Obiettivo di lavoro del gruppo	<p>1. Produzione di materiale formativo e/o informativo e di un modulo didattico da fornire ai GrIS interessati riguardo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> □ <i>Metodi e strumenti per lo studio delle disuguaglianze di salute (es.: materiale teorico corredato di esempi che riguardino storie di salute dei migranti con eventuale individuazione di casi studio da seguire, individuati in collaborazione con i GrIS)</i> □ <i>Metodi e strumenti per la valutazione con eventuale elaborazione di uno strumento adattato alle esigenze specifiche di contesto</i> □ <i>Azioni per il contrasto (teoria e avvio di eventuali Health Equity Audit)</i> <p>2. Sostegno/tutoraggio ai soci SIMM e ai discenti del Master MEMP nella predisposizione e/o realizzazione e/o valutazione di progetti o azioni volte al contrasto delle disuguaglianze di salute.</p> <p>3. Formazione sui temi inerenti al gruppo di lavoro</p>
Temi centrali	Equità e contrasto alle disuguaglianze sociali di salute: metodi e strumenti per la realizzazione e la valutazione degli interventi.
Attività svolte	<p>Avviata una rassegna dei progetti in corso o recentemente conclusi sul tema dell'equità in relazione alla medicina delle migrazioni.</p> <p>Identificazione dei capitoli del modulo didattico e primi contatti con i curatori dei contenuti.</p> <p>Realizzazione giornate su disuguaglianze e salute e tutoraggio di 5 tesi nell'ambito del MASTER MEMP edizione 2019</p>
Attività in cantiere	Finalizzare la raccolta di strumenti e/o materiali e sistematizzarne i contenuti allo scopo di rendere disponibile un modulo didattico da fornire ai GrIS interessati.
Eventuali note	<p>Acquisire una metodologia rigorosa per contrastare in maniera efficace le disuguaglianze può servire ad aumentare l'equità dell'offerta e degli esiti ma anche ad inserire la valutazione e il monitoraggio tra gli elementi imprescindibili di ciascun intervento che abbia l'obiettivo ultimo di migliorare lo stato di salute delle persone.</p> <p>Il Gruppo è disponibile a collaborare con altri Gruppi che si occupano di equità e contrasto alle disuguaglianze a livello nazionale e/o internazionale ed è inoltre aperto ad eventuali proposte operative future all'interno della SIMM.</p>

Data istituzione: 2018. Numero di soci coinvolti: 5.

Mail di riferimento: *coordinatrice Giulia Silvestrini, silvestrinigiulia@gmail.com*

Gruppo salute donne immigrate

<p>Obiettivo di lavoro del gruppo</p>	<p>Alcune operatrici di varie professionalità iscritte alla SIMM hanno ritenuto importante formare un gruppo di lavoro tematico sulla salute delle donne immigrate all'interno della nostra Società scientifica. Tale necessità è motivata dalla "femminilizzazione" dei flussi migratori in Italia negli ultimi anni, fatto che ha determinato una messa in discussione dei ruoli e dei valori tradizionali all'interno della famiglia migrante.</p> <p>Tali trasformazioni esigono particolare attenzione da parte delle strutture socio-sanitarie e degli operatori che si occupano della salute, al momento dell'accoglienza e presa in carico della popolazione migrante. Come sottolinea l'OMS, <i>l'approccio di genere alla salute è ineludibile per un efficace contrasto delle disuguaglianze nello stato di salute della popolazione</i>" (OMS 2007); tale principio, condiviso anche dalla SIMM, porta alla considerazione che l'analisi dei ruoli di genere è un fattore determinante ed essenziale per la salute. Riconoscere le differenze non solo biologiche ma anche relative alla dimensione sociale e culturale del genere è essenziale per delineare programmi e azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per analizzare i dati statistici.</p> <p>Gli obiettivi del gruppo sono:</p> <p>1. Proporre un approfondimento della tematica dell'integrazione dei determinanti di genere rispetto alla salute delle donne migranti.</p> <p>Monitorare l'accesso ai servizi socio-sanitari territoriali e ospedalieri che si occupano di salute riproduttiva (consultori e ospedali) nelle varie Regioni. Tale monitoraggio dovrebbe tener conto di alcuni indicatori nei vari settori: assistenza in gravidanza per le donne comunitarie, accesso al "percorso nascita" per le donne straniere non residenti, IVG, contraccezione (soprattutto per le adolescenti e le seconde generazioni ma anche per le donne adulte che hanno difficoltà ad accedere a pratiche contraccettive a loro familiari, come l'impianto sottocutaneo), adesione agli screening oncologici.</p> <p>Il monitoraggio ha come riferimento l'applicazione dell'Accordo Stato Regioni e Province autonome del 2012-2013 e deve coinvolgere i vari GrIS, che dovranno avere un focus di osservazione specifico per le tematiche sopra menzionate.</p> <p>Avere uno spazio sul sito della SIMM, in cui ci sia una parte dedicata ad una bibliografia aggiornata sugli argomenti suddetti (testi, articoli, Delibere Regionali, documenti di Agenzie Internazionali, etc.)</p> <p>Il gruppo è aperto a tutti gli iscritte/i SIMM; si auspica la partecipazione di tutte le professionalità (antropologhe/i, sociologhe/i, ginecologhe/i, pediatre/i, infermiere/i, mediatrici/ori culturali, ostetriche/i, etc.).</p>
<p>Temi centrali</p>	<p>1) <i>approfondire la tematica dell'integrazione dei determinanti di genere rispetto alla salute delle donne migranti.</i></p> <p>Negli ultimi anni nei servizi a cui accedono le donne straniere, è emerso il fenomeno della denuncia da parte delle donne di violenze e maltrattamenti all'interno delle famiglie. L'applicazione 'rigida' delle linee guida nei confronti della violenza di genere elaborata dalle Reti anti violenza spesso non tiene conto della componente transculturale. Inoltre la migrazione proveniente dalla Nigeria è dal 2015 in grandissimo aumento, con un particolare incremento delle donne e dei minori non accompagnati. Questa migrazione ha fatto emergere il tema dell'assistenza alle vittime di tratta: assistere queste donne è un'impresa ardua perché spesso le vittime di tratta non desiderano, almeno in un primo momento, rivelare la propria situazione.</p>

La relazione terapeutica con donne che hanno vissuto esperienze traumatiche come nel caso della violenza di genere o maltrattamento domestico o di tratta ai fini dello sfruttamento sessuale è un approccio complesso che richiede insieme alle necessarie competenze tecniche (formazione adeguata), ascolto e attenzione per individuarle e avviarle ad un percorso di aiuto.

2) *monitorare l'accesso delle donne straniere ai servizi socio-sanitari territoriali e ospedalieri che si occupano di salute della gravidanza (consultori e ospedali) nelle varie Regioni* tenendo conto di vari indicatori: la settimana della prima visita in gravidanza, il numero di visite ostetriche in gravidanza, il numero di ecografie, i dati sul parto, le patologie della gravidanza, i dati sul neonato (APGAR, peso alla nascita e ricoveri in terapia intensiva neonatale).

La "regionalizzazione" della maggior parte degli investimenti economici in sanità e la riduzione in molte Regioni del numero dei Consultori, la chiusura dei punti nascita periferici, potrebbero ridurre la fruibilità dei servizi soprattutto nei confronti di donne con minori risorse economiche e maggiori difficoltà allo spostamento, poiché le donne straniere si affidano con più facilità delle donne italiane alle strutture pubbliche.

3) Dalla Relazione annuale del Ministero della Salute sull'*applicazione della Legge 194 relativa ai dati del 2017*, emerge che, pur confermando che le donne straniere hanno un tasso di abortività più elevato di quello delle donne italiane, il numero delle IVG delle donne straniere si è stabilizzato e negli ultimi anni comincia a mostrare una tendenza alla diminuzione. Rimane la criticità, non espressa nella Relazione del Ministro, dell'accesso più difficile delle donne straniere, che hanno più difficoltà nella ricerca delle sedi in cui viene effettuato l'intervento, essendo poche e disperse sul territorio.

La possibilità di fruire dell'aborto farmacologico è molto limitata tra le donne straniere, sia perché difficilmente si rivolgono al Consultorio in tempo per accedere a questa prestazione (in Italia attualmente è possibile effettuarlo entro il 49° giorno di amenorrea), sia per difficoltà linguistiche e sia per la difficoltà di accedere più volte alla struttura per effettuare i controlli.

Alcune Regioni, tra le quali Puglia, Emilia-Romagna, Piemonte e Lombardia hanno deliberato in merito alla contraccezione gratuita tra le fasce fragili della popolazione, tra le quali rientrano le donne straniere (soprattutto adolescenti di 2° generazione e multipare).

4) *Per quanto riguarda l'invito allo screening per il carcinoma della mammella e il cervico-carcinoma*, è documentata una netta differenza nell'adesione a tale invito tra la popolazione italiana e straniera. Sono allo studio modalità di miglioramento della comunicazione, ma l'attenzione va rivolta alle donne non iscritte al SSN e non residenti perché più a rischio, non essendo mai state sottoposte a controlli precedenti e provenendo da paesi ad alta epidemia per cervico-carcinoma.

5) *Una particolare attenzione va data al tema della mediazione linguistico culturale, proprio legata alla salute delle donne straniere.*

Oltre al problema del non riconoscimento istituzionale di questa professione, emerge l'indispensabile formazione specifica necessaria per affrontare le problematiche di donne vittime di tratta o di violenza di genere e nel caso di minori stranieri non accompagnati.

Attività svolte	<p>Incontro a Firenze nel marzo 2019 in preparazione dell'InterGris di Napoli. Coordinamento di due gruppi di lavoro sulla salute delle donne immigrate allo stesso InterGris, uno sull'approccio di genere alla salute nel contesto migratorio e uno sulla criticità nell'applicazione della Legge 194. Incontri via Skype.</p>
Attività in cantiere	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornare il monitoraggio delle politiche nelle varie regioni in merito alla contraccezione gratuita, riguardante soprattutto le categorie più a rischio (donne straniere in condizioni di non regolarità con il pds, giovani, con basso stato socio-economico e con precedente IVG negli ultimi 24 mesi); - approfondire il tema dell'accesso all'aborto farmacologico da parte delle donne straniere; - conoscere e approfondire le esperienze esistenti già in alcune Regioni, rispetto alla formazione transculturale e di genere, per rafforzare la competenza di équipe multidisciplinari; - chiedere al Ministero della Salute e dell'Università e della Ricerca l'inserimento del tema dell'interruzione volontaria di gravidanza nel piano di studio delle Scuole di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia e nei Corsi di Laurea in Ostetricia e Scienze infermieristiche; - creare una rete tra coloro che si stanno occupando dell'assistenza alle donne vittime di tratta, in specifico attivando uno stretto confronto con INMP per creare un protocollo condiviso per l'identificazione e la presa in carico delle vittime di tratta.
Eventuali note	<p>È stato abbastanza difficile lavorare a distanza con un gruppo di persone molto impegnate in campo professionale. Sarebbe auspicabile il coinvolgimento, oltre che di figure sanitarie, anche di altre competenze professionali.</p> <p>Sarà necessario in futuro stimolare di più le varie persone aderenti al gruppo a condividere lavori scientifici riguardante le tematiche sulla salute delle donne nello spazio dedicato al gruppo nel sito della SIMM.</p> <p>Auspicabile è inoltre che vengano condivise esperienze locali di buone pratiche di cura e di <i>advocacy</i>.</p>

Data istituzione: 2018. Numero di soci coinvolti: 21.

Mail di riferimento: *coordinatrici Elisabetta Cescatti, Graziella Sacchetti salutedonne@simmweb.it*

Minori migranti

<p>Premessa</p>	<p>La premessa è stata che i minori stranieri, indipendentemente dalla posizione in ordine al soggiorno, sono titolari di tutti i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza sanciti dalla Convenzione di New York (Convention of the Right for the Child, CRC, 20 Novembre 1989), ratificata in Italia con Legge n. 176/1991, tra cui quello alla salute e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Di fatto, il diritto alla salute e l'accesso ai servizi sanitari viene disatteso in numerose e diverse circostanze con ripercussioni sulla salute non solo fisica ma anche psichica, anche se la normativa vigente garantisce a tutti i minori stranieri, anche ai figli di genitori non in possesso di un regolare permesso di soggiorno, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e al Pediatra di libera scelta (PLS).</p> <p>Guardando al passato e allo stesso tempo proiettati al futuro, ci siamo detti che fosse proprio arrivato il momento. Non certo perchè eravamo rimasti fermi. Nel corso degli anni, infatti, anche attraverso un fitto lavoro di rete, la SIMM e tutti i soci che al suo interno gravitano intorno al mondo pediatrico hanno posto grande attenzione alle diverse tematiche che riguardano questa fascia di popolazione, progressivamente cresciuta ma soprattutto destinata a crescere e ad essere sempre piu' parte integrante del tessuto sociale del nostro Paese. E rileggendo la storia della SIMM alla luce di questo interesse, riportiamo tante iniziative di <i>advocacy</i> promosse: dal decalogo di Chieti del 2010, in cui al primo posto mettevamo il diritto di cittadinanza e di registrazione alla nascita; alla campagna un "Pediatra per ogni Bambino" nel 2012; all'implementazione del Protocollo per l'identificazione e accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei Minori Non Accompagnati (MNA) dal 2014; e infine alla lettera a firma congiunta nel 2017 con la Società Italiana di Pediatria sugli orientamenti professionali eticamente e scientificamente fondati per la determinazione dell'età dei MNA. La SIMM, peraltro, è già componente della rete del PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, con sede a Brussels, e della rete del Gruppo CRC, coordinata da Save the Children (<i>network</i> di associazioni che opera al fine di garantire un sistema di monitoraggio indipendente sulla attuazione della CRC e delle Osservazioni finali del Comitato ONU in Italia).</p>
<p>Obiettivo di lavoro del gruppo</p>	<p>Questi gli obiettivi che oggi ci proponiamo di perseguire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formalizzare una rete multidisciplinare che, a vario titolo, si interessi della salute e dei diritti dei minori stranieri accompagnati e non; - analizzare i bisogni di salute delle diverse tipologie di minori migranti e verificare il loro l'accesso alle cure in accordo con le normative nazionali, con le Linee Guida e i Protocolli recentemente elaborati; - esercitare un'azione di <i>advocacy</i> al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e sollecitare le Istituzioni ad emanare direttive mirate alla tutela della salute psico-fisica ed all'integrazione sociale dei minori migranti; - far conoscere ed evidenziare gli ostacoli da affrontare nei percorsi di accompagnamento di questa fascia di popolazione, in un'ottica di condivisione e d'identificazione di strategie che possano essere applicate nei servizi territoriali e/o nei centri di accoglienza; - promuovere la parità di genere.

Temi centrali	<p>Tra i temi da affrontare, il primo, su cui abbiamo ritenuto opportuno confrontarci e peraltro "prendere una posizione" come Società, è rappresentato dalla Circoncisione Rituale Maschile (CRM) che merita una riflessione articolata in termini giuridici, etici e sanitari, proprio alla luce dei flussi migratori e dei fatti di cronaca che hanno riportato le gravi complicanze, anche fatali, in seguito a procedure eseguite senza alcun rispetto delle norme igienico-sanitarie, da parte di personale non medico. Di altrettanto interesse e impegno saranno, a seguire, le problematiche rimaste aperte dei MNA ai fini di applicare le misure di tutela e protezione previste dalla Legge n. 47/2017. L'attesa e definitiva approvazione, in Conferenza Stato-Regioni-PPAA, del Protocollo per l'identificazione e accertamento olistico dell'età dei MNA, e la sua successiva implementazione su tutto il territorio nazionale rappresenterebbero un ulteriore intervento ai fini di garantire quelle stesse misure di tutela. Infine, riguardo le Mutilazioni Genitali Femminili, che rappresentano una violazione dell'integrità fisica, psichica e morale delle donne e una grave violazione dei loro diritti, sarà importante individuare tutte le strategie possibili affinché le bambine, appartenenti a famiglie provenienti da paesi a tradizione escissoria, non siano sottoposte a tale pratica.</p>
Attività svolte in cantiere	<p>Nel descrivere le attività svolte, riportiamo relativamente alla CRM la collaborazione con il Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Migrante della SIP (GLNBM SIP) per un'indagine preliminare volta a conoscere la possibilità di accesso al SSN per effettuare la procedura con motivazione rituale/culturale. I risultati del monitoraggio sono stati presentati, a luglio 2019, in Commissione Parlamentare Bicamerale per l'Infanzia e l'Adolescenza. Congiuntamente alla Società Italiana di Chirurgia Pediatrica e al GLNBM SIP, si è formulata la richiesta di poter eseguire la CRM a carico del SSN con una compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie, secondo il principio di "riduzione del danno" nell'interesse superiore del minore.</p> <p>Nell'ambito della rete del Gruppo CRC la SIMM e quindi il GdL MM parteciperà alla redazione dell'XI Rapporto 2020 del Gruppo CRC dando il proprio contributo per la stesura dei paragrafi sull'accesso ai servizi sanitari dei minori stranieri e sulla protezione e tutela dei MNA</p>

Data istituzione: 2019. Numero di soci coinvolti: 6.

Mail di riferimento: *Claudia Gandolfi - claudiagand@yahoo.it; Marisa Calacoci - ccm@unife.it*

Salute Mentale & Migrazioni

Numero di soci coinvolti	Il gruppo è aperto al contributo di tutti i soci, indipendentemente dalla loro formazione, nell'ottica di uno scambio interdisciplinare in cui ogni prospettiva possa essere vista come un arricchimento.
Obiettivo di lavoro del gruppo	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione di una rete nazionale interdisciplinare per la Salute Mentale - Diffusione di competenze e buone pratiche. - Scrittura di report periodici per un aggiornamento continuo. - Supporto metodologico per la progettazione di ricerche qualitative e quantitative su Salute Mentale & Migrazioni.
Temi centrali	Il gruppo di lavoro su Salute Mentale e Migrazioni pone al centro del suo interesse il tema della salute mentale, declinata nel modo più ampio: innanzitutto come promozione del benessere psicologico in una visione olistica in cui la Salute Mentale è una componente fondamentale del benessere delle persone viste non solo come organismi biologici, ma come soggetti di esperienze vissute e parte attiva delle dinamiche sociali e culturali in cui sono immerse. Poi come prevenzione dell'insorgenza o delle complicazioni nel decorso delle sindromi psicopatologiche, da operarsi anche attraverso la promozione dei necessari cambiamenti nei percorsi di accoglienza nella società ospite e nella fruibilità dei percorsi sanitari. Ancora, come riflessione sui modelli di supporto e cura più adeguati e sulla loro implementazione. Infine, come stimolo per la diffusione di una adeguata formazione professionale e come coordinamento di progettualità di ricerca qualitativa e quantitativa.
Attività svolte	Lavoro di rete Promozione di corsi di formazione
Attività in cantiere	<ul style="list-style-type: none"> - Formalizzare meglio la rete in modo da facilitare gli scambi tra membri e anche gli invii di pazienti quando si spostano - Scrittura di almeno un post al mese per facilitare l'aggiornamento. - Lavoro editoriale per raccogliere i contributi degli anni passati che spesso sono parte di una letteratura grigia poco fruibile. - Raccordare le attività di ricerca per aumentarne la visibilità anche in ottica di essere un più adeguato supporto per le attività di <i>advocacy</i>.

Data istituzione: attivo già dal 2014. Numero di soci coinvolti: 25.

Mail di riferimento: *coordinatore Massimiliano Aragona, email.aragona@gmail.com*

Migrazioni e Disabilità

Obiettivo di lavoro del gruppo	<p>Le attuali politiche europee non abbracciano adeguatamente una prospettiva globale sui diritti umani e trascurano certamente i diritti delle persone migranti con disabilità. Inoltre, il processo di accoglienza in Italia e in Grecia, così come la lunga detenzione di richiedenti asilo in altri stati ospitanti, non allevia i problemi di salute, ma piuttosto contribuisce all'aggravamento della malattia e dei traumi. La scarsità di informazioni disponibili e la difficoltà ad acquisirne delle nuove non permettono un'adeguata pianificazione socio-sanitaria.</p> <p>Il GdL intende perseguire i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>creare una rete multidisciplinare che, a vario titolo, si interessi della salute dei migranti con disabilità (sia adulti che minori) e dei loro specifici bisogni riabilitativi;</i> - <i>valutare le condizioni di salute della popolazione migrante con disabilità;</i> - <i>analizzare l'accesso ai servizi sanitari di base e specialistici;</i> - <i>prevedere strategie gestionali che possano essere applicate nei servizi territoriali e/o nei centri di accoglienza.</i>
Temi centrali	<p>Il GdL è primariamente impegnato in attività di valutazione e di screening dei richiedenti asilo e rifugiati, specificatamente per la salute, la disabilità e l'accesso a determinati servizi socio-sanitari.</p>
Attività svolte	<p>Partecipazione a tavoli di lavoro nazionali ed europei (Progetto AMID – Access to Services for Migrants with Disability) sul tema specifico dell'identificazione di persone migranti con disabilità.</p> <p>Contributo allo sviluppo del NAT – Needs Assessment Tool e prima sperimentazione sul territorio.</p> <p>Formazione sulla presa in carico e l'identificazione di persone migranti con disabilità rivolta ad operatori dei centri di accoglienza e ad assistenti sociali (in collaborazione con ARCI).</p>
Attività in cantiere	<p>Progettualità a carattere locale per valutare la salute, la disabilità e l'accesso ai servizi socio-sanitari delle persone migranti richiedenti asilo e rifugiati.</p> <p>Collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il Progetto "Im-miDem" rivolto alla popolazione migrante anziana con disturbi cognitivi.</p>

Data istituzione: 2019. Numero di soci coinvolti: 12.

Mail di riferimento: *coordinatore Marco Tofani, migrantidisabili@simmweb.it*

Transcultural Caring

Obiettivo di lavoro del gruppo	<p>1) Sviluppare e realizzare progetti di ricerca interprofessionali e interdisciplinari, su tematiche cliniche, organizzative e sociali dell'assistenza infermieristica e ostetrica;</p> <p>2) Favorire la crescita di una cultura assistenziale interprofessionale che promuova approcci metodologici e strumenti clinici atti a rispondere ai problemi legati all'intercultura;</p> <p>3) Promuovere buone pratiche di assistenza inter/transculturale (basate su dati di evidenza scientifica);</p> <p>4) Promuovere un'assistenza culturalmente competente;</p> <p>5) Definire proposte di formazione e aggiornamento (per la formazione primaria e continua);</p> <p>6) Aprire alla cultura della multi-professionalità in un contesto di salute complesso (e multidimensionale);</p> <p>6) Creare collegamenti con altre associazioni infermieristiche (nazionali e internazionali) che fanno riferimento al contesto inter/transculturale (es. Associazione Infermieristica Transculturale/AIT, European Transcultural Nursing Association/ETNA, Transcultural Nursing Society/TNS).</p>
Temi centrali	<p>Assistenza alla persona immigrata;</p> <p>competenza culturale;</p> <p>formazione di base e continua;</p> <p>lavoro in team multidisciplinare.</p>
Attività svolte	<p>Coordinamento multiprofessionale (infermieri, ostetriche) e dei servizi distribuiti sul territorio nazionale.</p>
Attività in cantiere	<p>Progetto di ricerca sull'offerta formativa relativa all'assistenza alla persona immigrata nei corsi di laurea delle professioni sanitarie.</p>

Data istituzione: 2017. Numero di soci coinvolti: 16.

Mail di riferimento: *coordinatrice Cinzia Gradellini, cinzia.gradellini@gmail.com*

Politiche Internazionali

Obiettivo di lavoro del gruppo	L'obiettivo è la promozione del diritto alla salute per gli immigrati privi del permesso di soggiorno nell'ambito dell'Unione Europea, sulla falsariga soprattutto della legislazione italiana e francese.
Attività svolte	<p>Nel febbraio 2004 abbiamo elaborato una proposta di Direttiva Europea "relativa all'estensione dell'assistenza sanitaria per tutti gli stranieri, pur se non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, comunque presenti sul territorio dell'Unione Europea, per assicurare la piena realizzazione del diritto alla salute per ogni individuo all'interno dell'Unione Europea e garantire la tutela della salute collettiva." L'iniziativa è stata diffusa e si sono raccolte le adesioni di più di settanta Associazioni ed Enti italiani ed europei. Tale proposta è stata poi presentata al presidente dell'Unione Europea e al Ministro di Giustizia Libertà e Sicurezza. Successivamente abbiamo promosso un'analoga proposta di "Risoluzione del Parlamento Europeo", tramite gli Onorevoli Vittorio Agnoletto e Giovanni Berlinguer, che si è concretizzata in una "Risoluzione scritta", firmata da 88 Parlamentari. Si è organizzato un incontro a Strasburgo fra Parlamentari e rappresentanti delle Associazioni europee. Sulla medesima tematica, nel gennaio 2009, è stata presentata una Petizione al Parlamento Europeo, recepita nell'ottobre 2009.</p> <p>Una delle principali azioni che abbiamo inteso condurre da allora consiste nel promuovere, nelle sedi europee opportune, i principi contenuti nella Direttiva, e nella Risoluzione, in modo da inserirli, come emendamenti, nei diversi documenti in approvazione, allorchè tali documenti trattino in qualche modo anche di immigrazione. Abbiamo deciso di ricorrere al metodo degli emendamenti alle direttive e alle risoluzioni al momento in discussione, piuttosto che promuovere direttamente direttive e risoluzioni sulle nostre tematiche viste le attuali posizioni estremamente rigide degli organismi dell'Unione sull'argomento immigrazione. A questo proposito abbiamo stabilito, e manteniamo, contatti diretti con funzionari del Ministero Giustizia Libertà e Sicurezza (in ambito Commissione Europea) e con Parlamentari europei (in ambito Parlamento).</p> <p>Nel giugno 2010, durante il semestre di presidenza spagnolo è giunta una richiesta di appoggio ad un'iniziativa volta a far approvare un documento (Conclusione del Consiglio dell'Unione, 8 giugno 2010), (<i>Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health</i>): che ribadisse che "...cittadini e tutti i bambini, i giovani e le gravide in particolare possano fare pieno uso del diritto all'accesso universale alle cure, incluso la promozione della salute e i servizi di prevenzione" (art. 48). Abbiamo contattato il rappresentante italiano del Ministero, che ha perorato la causa sia in sede ministeriale e poi in Commissione: il documento è stato approvato e ora contribuisce a costituire una valida base giuridica per realizzare tali principi.</p> <p>Da alcuni anni siamo entrati in reti europee quali PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) e partecipiamo alle iniziative di SMES-EUROPA (Salute Mentale ed Esclusione Sociale) e di MEDECINS DU MONDE. La condivisione delle attività di queste organizzazioni, che trattano le nostre medesime tematiche, ci permette, fra l'altro, di fruire di un valido aggiornamento riguardo le problematiche sanitarie dei migranti in Europa, attraverso contatti diretti con altre importanti associazioni. Attualmente PICUM sta studiando la messa a punto di sistemi di protezione per la sanità dei migranti. Gli interessi di SMES Europa sono soprattutto rivolti al disagio mentale di migranti e clochards; su tale tematica SMES ha anche organizzato nel marzo 2017 un convegno a Lisbona.</p>

Attività svolte	<p>Abbiamo scritto, con l'aiuto di Salvatore Geraci e di molti amici della SIMM, un lavoro sulla attuale legislazione sanitaria italiana in tema di migranti irregolari e sulla fruibilità di tale legislazione nelle singole regioni. Il lavoro ci era stato richiesto da Médecins du Monde per partecipare alla realizzazione di un ampio confronto fra le legislazioni europee in tema (Legal report 2017, ed. MdM). Sempre in tema di legislazione sanitaria per i migranti, (nazionale e regionale) e della sua fruibilità, abbiamo scritto nel 2016 un testo, che aggiorniamo annualmente, e che condividiamo con PICUM allo scopo di confrontare il recepimento del "diritto alla salute" nei diversi Stati dell'Unione.</p> <p>Nel febbraio 2017 la SIMM ha sottoscritto una lettera proposta da PICUM e rivolta ai Capi di Stato dell'U.E. riguardo le relazioni fra U.E. e Libia in tema di profughi.</p> <p>Un'attenzione particolare è stata rivolta alle problematiche insorte con l'incremento degli arrivi dei profughi dal mare. A tale proposito abbiamo anche recentemente partecipato ad alcune iniziative a livello U.E. volte a modificare il Trattato di Dublino (On. Cecilia Wikstrom, On. Elly Schlein).</p>
-----------------	--

Data istituzione: 2014. Numero di soci coinvolti: 6.

Mail di riferimento: coordinatori Pierfranco Olivani p.olivani@libero.it; e Daniela Panizzut daniela.panizzut@fastwebnet.it

Il Progetto FOOTPRINTS: l'impegno della SIMM per la *governance* e l'implementazione delle politiche in collaborazione col Ministero della Salute

Marianna Parisotto, Manila Bonciani, Maria Laura Russo, Maurizio Marceca, Alessia Aprigliano, Giulia De Ponte, Rosalia Maria Da Rioli, Bruno Esposito, Jacopo Testa, Emma Pizzini

Parte dell'impegno della SIMM degli ultimi anni nell'ambito della *governance* in salute e dell'implementazione delle politiche è stato dedicato al Progetto FOOTPRINTS "FORMazione OperaTori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica", progetto di cui il Ministero della Salute è capofila, svolto in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCCLMM&C).

Il Progetto FOOTPRINTS, attivo da luglio 2018 a dicembre 2020 e finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020, è nato con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali in ambito "salute e migrazione", per giungere alla definizione di modalità operative uniformi sul territorio nazionale e per supportare il coordinamento a livello regionale/provinciale, attraverso il rafforzamento dei sistemi di *governance*. Per raggiungere tale obiettivo, il progetto ha previsto il coinvolgimento di 90 professionisti socio-sanitari individuati dalle Regioni/Province autonome, appartenenti sia al sistema regionale/provinciale che alle Aziende sanitarie locali. La numerosità dei gruppi regionali/provinciali è stata definita in base alla presenza della popolazione straniera residente e dei richiedenti protezione internazionale e all'articolazione geografica del territorio.

Le attività di Progetto si sono articolate in tre assi di lavoro:

- la formazione dei referenti regionali/provinciali;
- il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali;
- a creazione di comunità di pratica per favorire un confronto tra territori su piattaforma *web-based*.

Il coinvolgimento della SIMM si è realizzato principalmente nella progettazione del percorso formativo e nel coordinamento del filone di attività per il supporto ai processi di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali. Per lo svolgimento delle attività di Progetto, la SIMM ha individuato alcune figure professionali, supportate dal Consiglio di Presidenza SIMM e dal Coordinamento dei GrIS:

- una figura di coordinamento delle attività di Progetto per la SIMM
- una figura dedicata al supporto amministrativo
- due consulenti per la progettazione del percorso formativo
- cinque facilitatori delle attività svolte dai gruppi territoriali di referenti regionali/provinciali
 - una figura a supporto della modellizzazione del percorso formativo, curata dai partner di ACPPCCLMM&C
 - una figura di supporto nella gestione dei gruppi su strumenti informatici.

Formazione

Il percorso formativo sviluppato nel corso del 2019 è stato concepito come uno strumento di capacity building istituzionale, con lo scopo di rendere i referenti regionali coinvolti consapevoli, formati e competenti nello svolgimento delle proprie funzioni, aumentando l'efficacia complessiva della propria struttura di appartenenza.

La formazione si è articolata in diverse fasi, alternando la modalità a distanza a quella in presenza. Sono stati realizzati due momenti di formazione residenziale, uno a febbraio e uno a settembre 2019, organizzati ciascuno in tre edizioni di circa trenta partecipanti, divisi per area geografica come segue:

- Area Nord: Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia;
- Area Centro: Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Lazio, Sardegna;
- Area Sud: Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia.

Come descritto nella relazione dedicata all'attività di formativa della formazione ha affrontato diverse dimensioni della relazione tra migrazione, salute e servizi sanitari: spaziando tra diversi temi (come la legislazione sanitaria in materia di immigrazione, la progettazione partecipata in sanità, i sistemi di cura culturalmente competenti, i principi di antropologia medica) e attingendo alle esperienze concrete dei partecipanti, il percorso formativo ha voluto condividere e costruire strumenti per la progettazione locale per la salute della popolazione immigrata, a supporto dei processi di implementazione delle linee guida e delle indicazioni nazionali, ponendo molta attenzione al rafforzamento dei sistemi di governance per la salute, sia a livello locale che nazionale.

Supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali

L'asse di lavoro per il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali, coordinato dalla SIMM, si è realizzato su più piani: a livello locale attraverso la definizione di progettazioni territoriali da parte dei gruppi regionali/provinciali di referenti FOOTPRINTS da realizzare nel corso del Progetto; a livello nazionale, attraverso la costruzione di un Format nazionale di documento per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata.

La progettazione territoriale

La fase di progettazione territoriale ha avuto inizio a febbraio 2019, in corrispondenza della prima formazione residenziale, e fin dalle sue prime fasi è stata concepita come un processo di costruzione dell'intervento basata sul confronto tra gruppi di referenti FOOTPRINTS e i GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute, le articolazioni territoriali della SIMM). La SIMM ha infatti adottato un approccio centrato sul confronto e la collaborazione tra rappresentanti delle istituzioni locali e delle realtà del terzo settore attive sui territori, in un'ottica di sussidiarietà verticale, secondo la quale è fondamentale l'alleanza tra il settore pubblico istituzionale (che deve svolgere il proprio ruolo di governance a garanzia dell'universalità del diritto alla salute) e la società civile impegnata per la tutela della salute della popolazione immigrata, che rappresenta un osservatorio privilegiato sulla realizzazione del diritto alla salute e una risorsa sul territorio.

Al fine di sostenere questo filone di attività, la SIMM ha definito le figure dei Facilitatori delle attività territoriali, figure professionali deputate a sollecitare l'interlocuzione tra i gruppi di referenti FOOTPRINTS e i GrIS in tutte le fasi del progetto. Sono stati identificati cinque professionisti di area sociale e sanitaria, con esperienza maturata nell'ambito salute e migrazione e nella facilitazione del lavoro in gruppo, distribuiti sul territorio nazionale nella seguente modalità:

- Nord: un facilitatore per Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia; una facilitatrice per PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia;
- Centro: una facilitatrice per Toscana, Lazio, Abruzzo, Sardegna, supporto del Coordinamento SIMM per Emilia-Romagna, Marche, Umbria
- Sud: un facilitatore per Campania, Basilicata, Puglia; una facilitatrice per Calabria e Sicilia.

Le esperienze già esistenti in ambito salute e migrazione hanno quindi assunto un ruolo centrale nella progettazione territoriale; per questo motivo l'avvio del lavoro territoriale è stato preceduto da un'analisi delle criticità e delle risorse presenti nei territori, sui temi del diritto alla salute e dell'accesso alle cure per la popolazione immigrata. L'analisi territoriale ha voluto ampliare il monitoraggio sull'applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 2012 condotto dalla SIMM, attraverso lo sviluppo di un'indagine qualitativa svolta con i GrIS. L'obiettivo dell'indagine è stato integrare il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato Regioni, costruito sull'analisi degli atti formali emanati dalle Regioni e dalle Province autonome, attraverso la raccolta e la documentazione delle criticità presenti a livello locale, sulla base delle esperienze dirette delle persone impegnate in tale ambito; questo per costruire una valutazione integrata della reale implementazione della normativa a livello locale, con lo scopo di documentare con l'esperienza la presenza di barriere di accesso alle cure e la reale fruizione dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata. I risultati dell'analisi territoriale sono stati presentati nel corso della prima formazione residenziale, affinché questi potessero essere materiale di lavoro per i gruppi dei referenti regionali/provinciali FOOTPRINTS nella definizione della progettazione territoriale. L'analisi del contesto di provenienza è stata dunque il punto di partenza per il lavoro territoriale, assieme all'identificazione delle azioni e degli ambiti prioritari di azione e gli stru-

menti necessari e gli attori da coinvolgere per la realizzazione del lavoro progettato.

Le progettazioni territoriali sono state ridefinite dai gruppi di referenti FOOTPRINTS nel corso della seconda formazione residenziale (settembre 2019), durante la quale i gruppi sono stati invitati a definire maggiormente la progettualità da realizzare nell'arco di tempo a disposizione, fino alla chiusura del Progetto (dicembre 2020).

Nella realizzazione delle progettazioni territoriali definite dalle Regioni/Province autonome nel 2019 e da concretizzarsi nel 2020, ha influito l'impatto dell'emergenza sanitaria e sociale da COVID19: nonostante il supporto del team di progetto e le sollecitazioni dei facilitatori delle attività territoriali, molti dei referenti regionali/provinciali sono stati e continuano a essere impegnati in modo preponderante nella gestione dell'emergenza sanitaria sui propri territori. Le priorità e le risorse di tempo e di impegno da parte di molti professionisti sono state spostate sulla gestione straordinaria, limitando lo spazio d'azione in ambiti già sensibili dal punto di vista politico, come l'immigrazione e il cambiamento dei sistemi di governance regionale/provinciale.

Il Format di documento

Il Format nazionale di documento per il coordinamento regionale/provinciale sulla salute della popolazione immigrata è uno dei principali prodotti del Progetto FOOTPRINTS: elaborato in modo processuale nelle diverse fasi del Progetto grazie all'integrazione dei contributi sia dei referenti regionali/provinciali che di professionisti esperti del settore, il documento rappresenta una guida valida a livello nazionale per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali/provinciali. Tale modello di documento rappresenta quindi uno strumento volto a superare l'eterogeneità esistente tra i contesti territoriali e a sostenere il rafforzamento dei sistemi di *governance* regionali/provinciali, a supporto dell'implementazione delle politiche per la salute dei migranti.

Il Format di documento fornisce quindi delle indicazioni nazionali attraverso cui le Regioni e le Province autonome sono invitate a definire le politiche sanitarie locali e ad articolare l'assistenza socio-sanitaria per la popolazione immigrata. Pur volendo offrire delle linee di indirizzo nazionali, il Format di documento è costruito in modo tale da potersi adattare ai contesti locali e includere le specificità presenti a livello territoriale.

Come già anticipato, questo documento è il risultato di un lavoro di confronto ed elaborazione svolto in più fasi: la costruzione del Format di documento è stata avviata a maggio 2019 nel corso dell'incontro nazionale FOOTPRINTS svolto nel contesto del V Workshop InterGrIS: all'incontro hanno partecipato i rappresentanti dei gruppi regionali/provinciali FOOTPRINTS e i rappresentanti dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), articolazioni territoriali della SIMM. La struttura del documento, elaborata dai partner di Progetto, è stata in seguito discussa coi referenti regionali/provinciali FOOTPRINTS nel settembre 2019 nel corso delle formazioni residenziali, e successivamente rielaborata e ampliata sulla base delle considerazioni condivise in tale sede. La fase successiva di definizione del Format di documento, sia nella struttura che nei contenuti (da novembre 2019 a maggio 2020), ha potuto avvalersi del contributo di numerosi soci SIMM, che hanno partecipato ai gruppi di lavoro dedicati alla costru-

zione delle singole sezioni del documento. Successivamente, da maggio a settembre 2020, si è svolta la fase di validazione del Format di documento, attraverso un confronto dedicato coi gruppi dei referenti FOOTPRINTS e una consultazione pubblica aperta rivolta a enti e organizzazioni impegnate nell'ambito della salute dei migranti.

Il Format nazionale di documento verrà presentato ufficialmente al Convegno finale del Progetto FOOTPRINTS del 2 dicembre 2020, presieduto dal Ministero della Salute, al quale sono invitati gli Assessorati regionali alla Salute, il Ministero dell'Interno, la Commissione Salute e la Commissione Immigrazione e italiani all'estero della Conferenza delle Regioni e Province autonome. L'impegno del Ministero della Salute è quello di farsi parte attiva nel promuovere il dialogo tra gli attori della governance per la salute dei migranti, al fine di sostenere l'implementazione delle indicazioni nazionali e la loro declinazione operativa attraverso la stesura dei Piani di coordinamento regionali/provinciali elaborati sulla base del Format nazionale.

Per non concludere: alcuni spunti per nuove progettualità

La conclusione del Progetto FOOTPRINTS non porta a chiudere i temi portanti del progetto, ma al contrario pone l'esigenza di aprire ambiti di lavoro e potenziare gli interventi su aspetti specifici messi in evidenza nel corso delle attività, come la costruzione del profilo di salute, il rafforzamento dei sistemi di governance, l'implementazione delle politiche e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio. Molte delle considerazioni emerse nel corso del Progetto sia dai GrIS che dai referenti regionali/provinciali FOOTPRINTS, sottolineano infatti l'esigenza di sviluppare ulteriori linee d'azione nazionali che possano dare continuità a quanto avviato con il Progetto, rafforzando l'implementazione locale delle politiche per la salute dei migranti, a tutela del diritto alla salute di tutti.

Il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS)

Maurizio Marceca¹ e Bianca Benvenuti²

¹ Società italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e Sapienza Università di Roma; ² Medici Senza Frontiere (MSF); coordinatrice del TIS fino a luglio 2020

Alla fine del 2018, sulla scorta di una prima reazione, da parte del Tavolo Asilo Nazionale, all'emanazione dei cosiddetti "Decreti Sicurezza", diverse organizzazioni del Terzo Settore che, a vario titolo, erano impegnate sui temi del diritto alla salute e dell'accesso alle cure per migranti e richiedenti asilo (alcune anche a livello internazionale), hanno iniziato a maturare l'idea di dare vita ad una nuova rete focalizzata sulla dimensione sanitaria. Pur rimanendo collegati al Tavolo Asilo¹, si è infatti intravista l'opportunità di creare ed alimentare uno spazio di confronto e di azione focalizzato su questi temi ed allargato a tutte le tipologie di immigrati (non limitandosi ai richiedenti protezione internazionale e ai rifugiati).

Da primi contatti tra MSF (Medici Senza Frontiere), ASGI (Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione) e SIMM, questa proposta ha preso corpo e si è concretizzata in una prima riunione allargata, avvenuta il 13 febbraio 2019 presso il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive dell'Università Sapienza di Roma, cui sono state invitate le principali organizzazioni (ONG, Onlus, Associazioni medico-umanitarie etc.) attive su questa tematica a livello nazionale.

Fin dal primo incontro (cui fino ad oggi ne sono succeduti regolarmente a cadenza mensile), si è creato un clima fortemente collaborativo e propositivo che ha permesso di dar vita, piuttosto rapidamente, a rilevanti iniziative di *advocacy*, con particolare riferimento a lettere indirizzate ai decisori a livello nazionale e regionale; documenti in cui la dimensione di denuncia circostanziata (in quanto espressa da una rete di organizzazioni impegnate a livello territoriale e competenti sotto l'aspetto sanitario e giuridico), è stata sempre accompagnata da proposte e da inviti alla collaborazione tra istituzioni e con le Istituzioni. Da allora la rete (che aveva nel frattempo assunto il nome di "Tavolo Immigrazione e Salute – TIS") si è consolidata e, all'inizio del 2020, si è ritenuto utile formalizzarne i principi e le regole condivise all'interno di una "Carta di Intenti", che è consultabile tra gli Allegati di questo volume. La sua progressiva stesura ha di fatto accompagnato e riassunto un processo partecipato iniziato da circa un anno e mezzo - di cui ha accolto e formalizzato i principi, gli obiettivi, le modalità di lavoro (anche in termini di diritti e

¹ Si fa presente che la SIMM, dopo alcuni anni di assenza, ha ricominciato ad essere rappresentata e a partecipare alle riunioni del Tavolo Asilo a partire dall'inizio del 2019 (si ringraziano qui, a tal proposito, Alessandro Rinaldi e Giulia De Ponte che si sono finora succeduti in tale incarico).

doveri di partecipazione), che sono stati via via identificati e condivisi. Crediamo che un'attenta lettura della Carta offra un'ottima rappresentazione di quello che è oggi il TIS.

Le dieci organizzazioni fondatrici sono state, in ordine alfabetico: ASGI, Caritas italiana, Centro Astalli, Emergency, Intersos, Médecins du Monde, MEDU, Medici contro la Tortura, Medici Senza Frontiere e SIMM; a queste si sono poi aggiunte Sanità di Frontiera e NAGA. Sono inoltre presenti, in qualità di componenti esterni permanenti: l'ACNUR/UNHCR, l'IOM/OIM e l'ISS (Istituto Superiore di Sanità).

Il TIS rappresenta senza dubbio uno strumento fondamentale di *advocacy* per la tutela della salute delle persone migranti (presenti a qualunque titolo sul territorio italiano) ed insieme un laboratorio di sussidiarietà orizzontale per il riconoscimento e l'applicazione dei diritti di tutte loro.

Negli ultimi mesi un sottogruppo del TIS, in collaborazione con un sottogruppo del Tavolo Asilo, si è particolarmente adoperato per sollecitare le istituzioni competenti - in un'ottica di sussidiarietà verticale - all'adozione di provvedimenti che fossero al contempo scientificamente fondati e praticamente attuabili relativamente alla promozione di misure di prevenzione della pandemia di Covid-19, con particolare riferimento: alle procedure e condizioni di sicurezza nei sistemi di accoglienza in Italia (anche al fine di riattivare i nuovi inserimenti); alle criticità presenti negli insediamenti informali rurali ed urbani; alla gestione dei casi sospetti o positivi per Covid-19 nelle strutture di accoglienza sia per cittadini stranieri che per persone senza fissa dimora.



SESSIONE 1

MIGRAZIONE:
DINAMICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE,
EPIDEMIOLOGIA
E DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE



Migrazione e disuguaglianze in salute in una prospettiva internazionale: il ruolo dei movimenti sociali

di Chiara Bodini

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) e People's Health Movement (PHM)

Le disuguaglianze alla prova del Covid-19

È uscito da pochi giorni, all'inizio di ottobre, un rapporto di Medici Senza Frontiere che – a Parigi – ha realizzato un'indagine sull'impatto dell'epidemia da Sars-CoV-2 sulle persone più povere. In 10 centri di accoglienza, il tasso di positività ha raggiunto il 50,5%, contro il 27,8% nei siti di distribuzione alimentare e l'88,7% nelle case dei lavoratori migranti. L'epidemiologo di Epicenter Thomas Roeder ha sottolineato: "Queste proporzioni, le troviamo solo in India, nei bassifondi del Brasile [...] e ancora, siamo piuttosto a 40, 50%". In Francia il tasso di positività della popolazione generale oscilla tra il 5 e il 10%. Secondo gli autori, l'esposizione al virus potrebbe essere avvenuta nel luogo stesso dell'accoglienza e del confinamento, dove regnano promiscuità e densità di popolazione. Il determinante principale viene dunque identificato con la situazione di precarietà in cui le persone vivono, che correla con una maggiore esposizione e rende alcuni gruppi di popolazione più disuguali di fronte al virus. La gestione pubblica della situazione, orientata più a proteggere la popolazione generale (togliendo le persone dalla strada per ammassarle in centri di accoglienza sovraffollati) che non i soggetti in condizioni di vulnerabilità, si è rivelata controproducente per la salute collettiva e per l'equità (Roeder et al. 2020).

Che il Sars-CoV-2 non fosse un virus democratico (a dispetto delle superficiali considerazioni di alcuni) è apparso subito chiaro a chi ha familiarità con una lettura della salute e della malattia informata dalla lente dell'equità. Studi realizzati negli Stati Uniti (Basset et al. 2020, Krieger et al. 2020), nel Regno Unito (Wright et al. 2020, Marmot e Allen 2020) e anche nel nostro Paese (Marra e Costa 2020, Di Girolamo et al. 2020) hanno presto dimostrato l'impatto disuguale del Covid-19 nei gruppi di popolazione in condizioni di maggiore svantaggio.

Allargando lo sguardo al contesto globale, e ai più ampi determinanti della salute, un recentissimo rapporto di Oxfam e Development Finance International (DFI) ha analizzato le politiche di 158 paesi relativamente ai servizi pubblici, al fisco e ai diritti dei lavoratori, tre aree strategiche per ridurre la disuguaglianza e superare l'emergenza coronavirus. Prima dello shock pandemico, solo 26 dei 158 paesi analizzati destinavano un livello di risorse adeguate alla sanità pubblica, stimabili nel 15% della spesa pubblica totale. Inoltre, agli inizi della diffusione globale della pandemia, in 103 paesi almeno un lavoratore su tre non godeva di diritti e tutele essenziali come l'indennità di malattia.

Prendendo il caso emblematico degli Stati Uniti, con una situazione peggiore di quella di paesi a basso reddito come Sierra Leone e Liberia in merito a legislazione sul

lavoro a causa di politiche anti-sindacali e livelli eccezionalmente bassi del salario minimo legale (Oxfam e DFI 2020), l'epidemiologa sociale Nancy Krieger fa una lucida analisi di come, alla radice delle disuguaglianze tanto di salute (malattia) che sociali esacerbate dalla pandemia, vi sia una situazione di profonda e radicata violenza strutturale che affonda le radici nella storia coloniale del Paese e procede lungo la direttrice mai risolta di un razzismo pervasivo (Krieger 2020).

Una questione di sistema

Di fronte al fatto che pochi governi al mondo negli ultimi anni si sono impegnati realmente a contrastare le disuguaglianze economiche e sociali e a tutelare adeguatamente le persone più vulnerabili, la pandemia ha peggiorato una situazione già molto compromessa. Milioni di persone si sono impoverite, si è aggravata la problematica della fame e centinaia di migliaia di persone hanno perso la vita (Oxfam e DFI 2020). In questo scenario, le persone migranti – generalmente relegate o confinate a lungo tra le fasce di popolazione più svantaggiate – si trovano particolarmente colpite.

Come giustamente ci indica la Krieger, il Covid-19 non fa che mettere in luce la matrice profondamente diseguale e disegualizzante delle nostre società, sia nei paesi che tra i paesi. Molto è stato scritto in proposito, e troppo poco è stato fatto, così che il famoso *know-do gap* – ovvero il divario tra le conoscenze su una situazione e cosa andrebbe fatto, e ciò che viene effettivamente messo in pratica – va continuamente ingrandendosi (WHO 2005). E, come ha sottolineato Iona Heath in un famoso editoriale, nel campo delle disuguaglianze l'inazione assume connotazioni anche morali, tanto che continuare a denunciarla senza concretamente agire in

senso di contrasto equivale a versare "lacrime di coccodrillo" (Heath 2010).

Solo un'analisi dei fattori strutturali alla base della riproduzione delle disuguaglianze ci può consentire di comprendere a quale livello un'azione di contrasto può essere maggiormente efficace. Ancora una volta il caso degli Stati Uniti torna utile perché presenta in modo macroscopico fenomeni altrove meno evidenti, per esempio la saldatura di potere economico e politico che antepone gli interessi di pochi al benessere della maggioranza. Gli stessi personaggi e gruppi animano e supportano movimenti di negazione del cambiamento climatico, legittimità dell'uso della violenza da parte di privati e polizia nel nome della "libertà", e ultimamente anche manifestazioni contrarie ad ogni misura anti-Covid (Krieger 2020). Tutti processi caratterizzati da un forte squilibrio nelle conseguenze, stratificato in modo drammatico secondo il gradiente sociale (WHO 2008).

Le leve dell'azione

Il già citato rapporto di Oxfam e DFI è molto chiaro sulle azioni da intraprendere: "Servizi sanitari pubblici e gratuiti, solide reti di protezione sociale, efficace legislazione sul salario minimo, sistemi fiscali più equi costituiscono pilastri imprescindibili per la lotta alla disuguaglianza. Trascurarli è una precisa scelta politica che ha conseguenze economiche e sociali disastrose, come il Covid-19 ha ampiamente dimostrato. I governi oggi più di prima devono cogliere l'opportunità per costruire società più giuste e resilienti, garantendo un futuro più equo a tutti" (Oxfam e DFI 2020).

È però importante chiedersi come influenzare le "precise scelte politiche" che riproducono un'organizzazione sociale in cui gruppi di persone – come le persone migranti – sono sistematicamente vittime

delle disuguaglianze. In questo articolo, abbiamo già indirettamente visto come la ricerca e la divulgazione di dati che mettono in luce la situazione e propongono piste di azione siano strumenti importantissimi in una logica di *advocacy*. Tuttavia, da soli non sono sufficienti: per passare dalla conoscenza all'azione servono persone, corpi, che si mobilitino per l'affermazione di diritti.

Molte grandi conquiste nel campo delle tutele sociali si sono avute grazie alle lotte dei lavoratori, delle donne, delle persone omosessuali, che in prima persona hanno abbracciato le istanze e spesso costruito reti di mutua solidarietà attraverso la strutturazione di movimenti sociali. Anche se il panorama oggi sembra meno promettente in questo senso, esistono molte e forti reti anche transnazionali che si sono rivelate importantissime per imporre all'agenda politica alcuni temi e azioni concrete. Penso ad esempio al movimento femminista contemporaneo, rappresentato in Italia da Non Una Di Meno, e più recentemente alle proteste negli Stati Uniti di Black Lives Matter, rispetto alle quali vi è stata e vi è tuttora una solidarietà internazionale molto diffusa. Ancora, l'Assemblea Globale per l'Amazzonia (animata dai movimenti sociali e organizzazioni dell'America Latina) che – in convergenza con i movimenti internazionali per il clima Fridays For Future ed Extinction Rebellion – sta scandendo un'agenda globale di mobilitazioni per il futuro del pianeta.

Quale futuro per la SIMM

Riportando le considerazioni fatte finora al contesto più prossimo del nostro Paese, e di quanto una società scientifica come la SIMM può fare per un'azione di contrasto alle disuguaglianze, troviamo nei trent'anni della nostra storia collettiva molti esempi a cui guardare. Il ruolo di *ad-*

vocacy alla base della nascita stessa della società, volto a fare emergere un ambito allora oscuro all'attenzione istituzionale quale quello della salute delle persone immigrate, si è estrinsecato in diversi e importanti momenti che hanno avuto impatto sulla legislazione e il più ampio sistema dei diritti, tramite azioni di produzione e disseminazione di conoscenza, di mobilitazioni di piazza, di formazione e capacity building.

Pur non essendo un movimento sociale, la SIMM attinge dunque a un repertorio di pratiche che appartengono a quell'ambito e che si sono mostrate storicamente efficaci per agire verso una maggiore giustizia sociale (Bodini 2017 e 2019). Se un auspicio si può formulare, per i prossimi trent'anni (e più?!) di storia associativa ancora tutta da scrivere, è che si riesca a dare voce più direttamente alle istanze delle persone immigrate, portate in prima persona. Se la SIMM riuscirà (anche) a essere tramite per un'emancipazione sociale e culturale di queste voci marginalizzate e spesso silenziate, questo potrà ulteriormente rafforzare l'impatto delle nostre azioni sia come esito sia come processo. È indubbio, infatti, che la sottorappresentazione delle persone immigrate nella nostra società, e soprattutto negli spazi pubblici, è sia indice che concausa di una stratificazione sociale ancora troppo marcata. Il mio augurio per la SIMM è dunque quello di riuscire a farsi canale privilegiato per percorsi ed azioni di *empowerment* in cui siano le persone immigrate stesse a determinare le forme di azione e di lotta per i propri diritti.

Bibliografia

Basset MT, Chen JT, Krieger N. The unequal toll of Covid-19 mortality by age in the United States: Quantifying racial/ethnic disparities.

- HCPDS Working Paper Volume 19, Number 3, 2020.
- Bodini C, Baum F, Labonté R, Legge D, Sanders D, Sengupta A. Methodological challenges in researching activism in action: civil society engagement towards health for all. *Critical Public Health* 2019, Aug 12;1-12.
- Bodini C (a cura di). *Building a Movement for Health*. Cape Town: People's Health Movement, 2017. <https://vivacloud.vivasalud.be/s/btebzYx5Ksi82Yf#pdfviewer>
- Di Girolamo C, Bartolini L, Caranci N, Moro ML. Sociodemographic inequalities in overall and Covid-19 mortality during the outbreak peak in Emilia-Romagna region. *E&P* 2020 [In press].
- Heath I. Crocodile tears for health inequality. *BMJ* 2010, 340:c2970-c2970.
- Krieger, N. ENOUGH: Covid-19, Structural Racism, Police Brutality, Plutocracy, Climate Change—and Time for Health Justice, Democratic Governance, and an Equitable, Sustainable Future. *American Journal of Public Health* 2020, 110 (11): 1620–23.
- Krieger N, Chen JT, Waterman PD. Excess mortality in men and women in Massachusetts during the Covid-19 pandemic. *Lancet*. 2020, 395(10240):1829.
- Marra M, Costa G. Un health inequalities impact assessment (HIIA) della pandemia di Covid-19 e delle politiche di distanziamento sociale. *E&P* 2020 Repository [Preprint].
- Marmot M, Allen J. Covid-19: exposing and amplifying inequalities. *Journal of epidemiology and community health* 2020, 74(9):681-2.
- Oxfam e Development Finance International. *Fighting Inequality in the time of Covid-19: The Commitment to Reducing Inequality Index* 2020. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621061/rr-fighting-inequality-Covid-19-cri-index-081020-en.pdf>.
- Roeder T et al. High seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies among people living in precarious situations in Ile de France. <https://doi.org/10.1101/2020.10.07.20207795> [Preprint]. 2020
- World Health Organisation (WHO). *Bridging the "Know-Do" Gap. Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. WHO, Geneva, 2005. <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf>.
- World Health Organisation (WHO). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. WHO, Geneva, 2008.
- Wright L, Steptoe A, Fancourt D. Are We All in This Together? Longitudinal Assessment of Cumulative Adversities by Socioeconomic Position in the First 3 Weeks of Lockdown in the UK. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 5 June 2020, jech-2020-214475. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214475>.

I determinanti sociali della salute dei migranti

Giulia Civitelli

Caritas Roma, Area Sanitaria; SIMM

Una premessa importante

La salute delle persone è influenzata da diversi fattori economici, politici, culturali, ambientali che a livello tecnico vengono chiamati i “determinanti sociali della salute”.

Diversi sono i modelli concettuali che descrivono il meccanismo di azione dei determinanti della salute. In particolare, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha fatto riferimento: allo schema “ad arcobaleno” di Dahlgren e Whitehead, divenuto il simbolo di questo approccio; allo schema elaborato nel 2001 da Diderichsen, Evans e Whitehead esplicativo dei determinanti e dei meccanismi alla base della diseguale distribuzione della salute nella società; allo schema proposto dalla Commissione sui determinanti sociali della salute (CSDH) nel rapporto “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” e nei documenti successivi.

Tutti questi modelli possono essere letti (e lo sono stati) con particolare riferimento alla salute dei migranti per favorire un approccio più ampio e globale alla promozione della loro salute.

Documenti internazionali

La necessità di avere tale approccio nell’analisi del profilo di salute dei mi-

granti è ribadita da numerosi documenti internazionali, anche molto recenti.

Nel 2016 il documento “Strategy and Action Plan for Refugee and Migrant Health in the WHO European Union” individuava tra le aree strategiche su cui andare ad agire anche quella relativa ai determinanti sociali di salute, sottolineando la necessità di mettere in atto un dialogo efficace sulle politiche, tra tutti gli attori e gli *stakeholders* coinvolti, governativi e non. Tra le azioni suggerite agli Stati si sottolineava l’importanza di valutare come lo stato di salute della popolazione migrante sia collegato ai fattori sociali, economici, ambientali (con particolare riferimento agli aspetti legati al genere, alla nazionalità, alla religione, alle sfide finanziarie e politiche), di identificare i settori e gli *stakeholder* rilevanti che hanno una responsabilità politica nell’influenzare tali fattori e di favorire l’estensione della protezione sociale e sanitaria a tutti i migranti.

Nel 2018 è stato pubblicato dalla Regione Europea dell’OMS il Rapporto sulla salute dei migranti e dei rifugiati, dal significativo sottotitolo “No public health without refugee and migrant health”, che presenta i risultati di un primo *survey* eseguito per valutare l’applicazione del piano strategico precedentemente citato. Tra gli indicatori valutati c’è anche quello relativo ai determinanti sociali di

salute, in particolare alla messa in atto di un approccio multisettoriale per valutare e affrontare tali fattori, riferito dal 62,5% degli Stati membri.

La 72° Assemblea dell'OMS ha discusso nel maggio 2019 il Piano di Azione Globale 2019-2023 relativo alla "Promozione della salute dei rifugiati e dei migranti". Tra le aree prioritarie di azione emerge anche qui la necessità di incrementare la capacità di affrontare i determinanti sociali di salute e di accelerare i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, tra i quali l'assistenza sanitaria universale.

I 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile sono al centro dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile adottata dagli Stati Membri dell'ONU nel 2015 ed è possibile affermare che, con i loro 169 sotto-obiettivi, individuino ambiti di azione sovrapponibili a quelli individuati dall'approccio dei determinanti sociali della salute, con lo scopo di contrastare le disuguaglianze e promuovere una migliore salute e qualità di vita per tutti.

Un cenno alla situazione italiana

Un'analisi puntuale dei fattori che influenzano la salute dei migranti, alla luce degli schemi precedentemente citati, esula probabilmente dall'obiettivo di questa relazione. Gli aspetti sono molteplici, le inter-relazioni ancora maggiori, con dinamiche complesse che possono forse essere analizzate da esperti di sanità pubblica insieme a sociologi, politologi, economisti. Appare anche difficile descrivere brevemente tali fattori, considerando la grande eterogeneità della popolazione migrante, che va dai rifugiati ai migranti lavoratori di livello medio-alto, dagli sfollati interni agli studenti internazionali. Certamente sulla salute dei singoli pesa il motivo per il quale si è lasciato

il proprio Paese di origine (insieme alle condizioni di vita nello stesso prima della partenza), pesa la modalità e il tempo del viaggio e pesano le condizioni nelle quali si viene accolti nel Paese ospite (come ad esempio la possibilità di avere documenti, di avere un'abitazione, un lavoro, di accedere all'istruzione e ai servizi sanitari e sociali, la presenza di una rete sociale, il fatto di subire o meno le conseguenze della discriminazione). Le condizioni di vita vengono poi certamente influenzate dalle politiche nazionali e internazionali relative alle migrazioni.

È sufficiente sfogliare l'indice del Dossier Statistico Immigrazione del 2019 (ed è recentemente uscito quello del 2020) per trovare un elenco, anche parziale, dei determinanti della salute dei migranti in Italia. Si passa dalle politiche che regolano l'ingresso in Italia, gli arrivi via mare e le richieste di asilo, all'organizzazione del sistema di accoglienza, alle conseguenze del Decreto Legge n.113/2018 (cd Decreto Sicurezza e Immigrazione) convertito nella Legge n. 132/2018, legge che è stata definita patogena e dannosa e che ha portato tra le altre cose all'espulsione di molti dal sistema di accoglienza e all'abrogazione della protezione umanitaria. Vengono analizzate le discriminazioni istituzionali verso gli stranieri nell'accesso al welfare o nelle condizioni carcerarie. Sono presentati i dati relativi all'accesso degli stranieri al mercato della casa, con una qualità degli immobili acquistata o presa in affitto più bassa rispetto a quella degli italiani. Si approfondisce la questione lavorativa, evidenziando come gli stranieri, con un tasso di disoccupazione che è quasi il doppio di quello degli italiani, continuino ad essere impiegati in mansioni operaie e in lavori manuali poco qualificati. Per citare solo alcuni esempi.

Ognuno di questi fattori ha un suo

peso nel determinare il profilo di salute dei migranti presenti sul territorio italiano.

Determinanti sociali di salute, migranti e pandemia da Sars-Cov-2

La pandemia da Sars-Cov-2 ci sta mostrando, come in una lente di ingrandimento, quanto i determinanti sociali incidano sulla salute delle persone e provochino le misurabili diseguglianze in salute e nell'assistenza sanitaria. Per gli stranieri presenti sul territorio italiano i primi dati ufficiali (vedi in questi Atti il contributo specifico dell'ISS) hanno di fatto rilevato un ritardo nella diagnosi dell'infezione ed una maggiore gravità clinica, associata ad una maggiore probabilità di ospedalizzazione. Tali aspetti indicano una maggiore fragilità sociale, una presenza di barriere nell'accesso al Servizio Sanitario Nazionale e una non dimestichezza con esso. Particolarmente interessante sarebbe approfondire a livello epidemiologico l'associazione tra l'infezione da Coronavirus e il fattore lavorativo e abitativo nella popolazione straniera. Basti pensare ad esempio alla maggiore esposizione lavorativa correlata alle attività di assistenza o con scarsa tutela, così come alla presenza prevalentemente straniera in abitazioni informali, precarie o tra la popolazione senza dimora. Sarebbe inoltre molto interessante verificare l'andamento dell'infezione tra coloro che non sono regolarmente presenti in Italia e come il possesso o meno di documento influenzi l'esposizione all'infezione e l'adesione alle misure di contenimento adottate a livello nazionale e locale.

Considerazioni conclusive

L'approccio dei determinanti sociali della salute è ampio e complesso e richiede valutazioni approfondite sia

dell'effetto sulla salute dei migranti di ogni singolo fattore sia sulle inevitabili interrelazioni e connessioni che ci sono tra diversi fattori. Si deve in ogni caso considerare che nessuna astrazione concettuale potrà mai descrivere pienamente quello che accade a livello della vita, e quindi della salute. L'astrazione, come quelle citate all'inizio, interrompe in qualche modo il dinamismo che caratterizza la vita, separa, frammenta la catena fluida delle interdipendenze. È dunque importante ma da sola non sufficiente.

Le conseguenze per le azioni da mettere in atto per contrastare le diseguglianze e promuovere la salute dei migranti si muovono necessariamente in un ambito intersettoriale, così come affermato da diversi documenti internazionali. Tali azioni, che si possono intraprendere a livello macro (politico), meso (comunitario) e micro (dei singoli), potrebbero talvolta apparire troppo vaste e irraggiungibili agli operatori che lavorano sul campo, a stretto contatto con la vita delle persone e con le sofferenze e i drammi legati alle problematiche sanitarie, soprattutto là dove queste si intrecciano con problematiche sociali, in particolare nelle popolazioni più fragili. Si potrebbe facilmente provare un senso di impotenza davanti a situazioni non risolvibili nell'immediato, perché legate all'assenza di politiche e percorsi o a diseguglianze strutturali presenti nella società. Proprio su questo scenario, la SIMM ha mostrato nei suoi trent'anni di vita l'importanza e la necessità del lavoro di rete, ad ognuno dei livelli di azione precedentemente citati. Lavoro che si caratterizza per l'ascolto reciproco, la disponibilità, la flessibilità, la creatività e che richiede una preparazione non semplicemente professionale, ma anche personale e in qualche modo spirituale

(nel senso più laico del termine) per essere portato avanti. Se si andasse scientificamente ad analizzare l'impatto che la SIMM, come determinante sociale, ha avuto in questi trent'anni a livello nazionale, regionale e locale sulla salute dei migranti in Italia si avrebbero certamente piacevoli sorprese.

Bibliografia e sitografia

- CSDH (Commission on Social Determinants of Health). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization 2008.
- Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund (mimeo).
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. Challenging inequities in health – from ethics to action. New York, Oxford University Press, 2001.
- Geraci S. Sicurezza, una legge patogena. Scienza in rete, novembre 2018. Disponibile al link: (www.scienzainrete.it/articolo/sicurezza-legge-patogena/salvatore-geraci/2018-11-28) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).
- Idos, Centro Studi e Ricerche. Dossier Statistico Immigrazione 2019. Roma, ottobre 2019.
- Idos, Centro Studi e Ricerche. Dossier Statistico Immigrazione 2020. Roma, Ottobre 2020.
- IOM (International Organization of Migration). Social Determinants of Migrant Health. Disponibile alla URL: (www.iom.int/social-determinants-migrant-health) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).
- Marmot M. La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
- Rinaldi A, Civitelli G, Marceca M, Paglione L. Le politiche per la tutela della salute dei migranti: il contesto europeo e il caso Italia. *Remhu* 2013;21:40, 9-26. Disponibile al link: (www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852013000100002&lang=en) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).
- Rinaldi A, Marceca M. I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute? *Riflessioni sistemiche* 2017; 16: 104-119. Disponibile al link: (www.aiems.eu/archivio/files/fs16.pdf) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).
- UN (United Nations). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Disponibile al link: (www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).
- WHA (World Health Assembly). Promoting the health of refugees and migrants. Draft global action plan, 2019–2023. WHO, 2019. Disponibile al link: (www.who.int/publications/i/item/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants-draft-global-action-plan-2019-2023) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).
- WHO (World Health Organization) Europe. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. WHO, Denmark, Copenhagen 2016. Disponibile al link: (www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc668-strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).
- WHO (World Health Organization) Europe. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. WHO, Denmark, Copenhagen 2018. Disponibile al link: (www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018) (ultima consultazione 4 ottobre 2020).

La salute riproduttiva delle donne migranti in Italia

Serena Donati

Direttore Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva - Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità

Tra le sfide per misurare la capacità di accoglienza dell'Europa e il suo impegno a favore dell'integrazione e dello sviluppo sociale delle popolazioni migranti figura la capacità di offrire a donne e bambini equità di accesso ai servizi per l'assistenza durante la gravidanza, il parto e il dopo parto, senza differenze di provenienza e condizione sociale, con pari dignità e sicurezza. Nel 2019 sono stati registrati oltre 5 milioni di cittadini stranieri residenti in Italia dei quali poco più della metà di sesso femminile, il 59% delle quali in età fertile. Dall'avvio del fenomeno migratorio, la prima causa di ricovero ordinario tra gli stranieri in Italia è legata a gravidanza e parto e, nonostante un decremento negli ultimi 10 anni, il numero medio di figli nelle donne straniere si mantiene superiore rispetto a quello delle italiane (1,98 vs 1,21 nel 2018) sia grazie alla più giovane età materna, sia per la diversità dei rispettivi modelli di fecondità.

La letteratura descrive la gravidanza e il parto come un periodo di vulnerabilità per le donne immigrate. Gli indicatori di qualità dell'assistenza alla nascita e gli esiti materni e neonatali sono complessivamente peggiori rispetto a quelli delle donne e dei neonati italiani, verosimilmente per le più frequenti condizioni di deprivazione sociale, le barriere linguistiche e culturali, le difficoltà di accesso e

fruizione dell'assistenza e la mancanza di una rete familiare di sostegno.

Nel rapporto CedAP 2017, il 21% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Il fenomeno è più diffuso nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera, ovvero al Centro-Nord, dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia-Romagna e Lombardia dove il 31% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate nel nostro Paese sono l'Africa (27,7%) e l'Unione Europea (24,4%), seguite dall'Asia (18,1%) e dal Sud America (7,5%). L'età delle madri e l'età al primo figlio è in media inferiore tra le donne straniere - 30,4 e 28,5 anni - rispetto alle italiane che registrano rispettivamente 33 e oltre 31 anni di età. Anche il livello di istruzione e l'occupazione delle madri presentano delle differenze per cittadinanza, il 43,7% delle italiane ha una scolarità medio alta contro il 45,6% di scolarità medio bassa registrata tra le donne straniere; il 61,9% delle neo mamme italiane ha un'occupazione lavorativa mentre il 51,5% delle straniere è casalinga. Entrare in contatto con un professionista sanitario entro il primo trimestre di gravidanza è un indicatore di qualità assistenziale riconosciuto a livello internazionale. Nel rapporto CedAP del 2017, il 2,5% delle italiane, l'11,8% delle straniere

ma anche il 12,9% delle donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo si è sottoposto tardivamente alla prima visita in gravidanza. Il ricorso al taglio cesareo permane più frequente nelle donne con cittadinanza italiana (34,3%) rispetto alle donne straniere (27,6%) verosimilmente a causa di una minore medicalizzazione dell'assistenza al percorso nascita caratterizzata da un maggior ricorso ai consultori familiari e da un minor numero di ecografie e di interventi medici.

Il recentissimo rapporto sull'uso dei farmaci in gravidanza, curato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, dedica un capitolo all'analisi dei farmaci prescritti alle donne straniere in gravidanza in 8 regioni Italiane (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Puglia e Sardegna) distinguendo le donne italiane, da quelle con cittadinanza di paesi a sviluppo avanzato (PSA) e dalle donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM). I profili prescrittivi delle tre popolazioni prese in esame presentano delle differenze che delineano diversi profili di salute e confermano diverse opportunità di accesso all'assistenza in epoca perinatale. Le donne provenienti da PFPM, nate all'estero e in Italia, sono più spesso pluripare e ricorrono meno frequentemente a esami prenatali invasivi e a procreazione medicalmente assistita (PMA). Le donne dei PFPM ricevono una maggiore proporzione di prescrizioni di preparati a base di ferro, di farmaci per contrastare i disturbi della secrezione acida, antinfiammatori, antiipertensivi e antidiabetici a conferma della maggiore prevalenza di anemia sideropenica e di patologie croniche. Le donne dei PSA che presentano un profilo socio-economico simile alle italiane, sono prime solo per consumo di gonadotropine, utilizzate prioritariamente per le tecniche di PMA. Le donne italiane ricevono

invece il maggior numero di prescrizioni di progestinici, spesso per inappropriata indicazione in caso di minaccia di aborto nel I trimestre di gestazione; antimicrobici, prescritti al 30% della coorte nonostante il crescente problema del fenomeno della antibiotico resistenza; preparazioni tiroidee; eparina e psicofarmaci.

L'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, coordina attività di sorveglianza e di ricerca in ambito perinatale in 12 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) che rappresentano il 91% dei nati in Italia.

I progetti prospettici population-based che l'ItOSS coordina, in collaborazione con le regioni aderenti al *network*, hanno evidenziato un maggior rischio per le condizioni di grave morbosità materna prese in esame tra le donne di cittadinanza straniera rispetto alle italiane. Dal 2014 al 2016 le regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Sicilia, che rappresentano il 49% dei nati del Paese, hanno segnalato prospetticamente tutti i casi incidenti di emorragia grave del post partum; rottura d'utero; placentazione anomala invasiva e isterectomia peri partum permettendo di stimare, per la prima volta nel Paese, i rispettivi tassi di incidenza e di evidenziare le criticità assistenziali e organizzative suscettibili di miglioramento. Tra i fattori associati al rischio di isterectomia nelle donne che hanno avuto un'emorragia del post partum figurano la cittadinanza straniera (RR=1,25 IC95% 1,01-1,54) e il basso livello di istruzione (RR=1,53 IC95% 1,21-1,93). Analogamente, anche il secondo progetto prospettico population-based sui near miss ostetrici, coordinato da ItOSS negli anni 2017-2019 in collaborazione con le regioni Piemonte,

Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia che rappresentano il 77% dei nati del Paese, ha evidenziato una maggiore prevalenza di eclampsia e di sepsi materna tra le donne di cittadinanza non italiana rispetto alle italiane. Rispettivamente nel 45,9% e nel 29,5% dei casi i professionisti sanitari che hanno assistito le emergenze eclamptiche e settiche hanno riferito che la lingua ha compromesso la comunicazione con la paziente. Le barriere linguistiche appaiono ancora più drammatiche se vissute in occasione di eventi morbosi gravi che sono spesso caratterizzati, nelle loro fasi di acuzie, da un senso di morte imminente che richiede una pronta ed esperta comunicazione tra donna e clinici.

La partecipazione di ItOSS al progetto multicentrico Global Maternal Sepsis Study (GLOSS), coordinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità a livello globale per studiare le infezioni in gravidanza che hanno richiesto una ospedalizzazione, ha permesso di raccogliere dati di popolazione nella regione Lombardia dove le donne di cittadinanza non italiana sono risultate avere prevalenze significativamente maggiori di infezione rispetto alle donne lombarde (48% vs 29,8%).

Il sistema di sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni che ha permesso di evidenziare un 60% di sottostima del rapporto di mortalità materna (MMR) in Italia, nel periodo 2006-2015 ha rilevato 9 morti materne ogni 100.000 nati vivi. La cittadinanza non italiana e il basso livello di istruzione sono risultati, ancora una volta, associati a un rischio relativo grezzo di morte materna aumentato e pari rispettivamente a 1,28 (IC 95% 1,00-1,63) e a 2,95 (IC 95% 2,25-3,87) rispetto alle cittadine italiane e alle donne con diploma pari o superiore alla scuola media superiore.

Prendendo in esame il MMR delle donne di cittadinanza straniera per Paese di provenienza, rispetto alle italiane le donne asiatiche presentano un MMR significativamente più alto (16,9 per 100.000 nati) in linea con l'MMR di 15 per 100.000 nati vivi riportato dal sistema di sorveglianza del Regno Unito negli anni 2014-2015 per le donne di etnia asiatica. La quasi totalità delle morti materne rilevate nelle donne di origine asiatica è ascrivibile a donne di cittadinanza cinese che, nel nostro Paese, ricorrono poco e tardivamente ai servizi sanitari in occasione della gravidanza.

Anche il progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale SPltOSS, coordinato dall'ISS in collaborazione con la regione Lombardia, Toscana e Sicilia, ha evidenziato un maggior rischio di morte in utero (RR = 1,29 IC 95% 1,11-1,48) e di morte neonatale per i nati ≥ 28 settimane di gestazione (RR = 1,47 IC 95% 1,18-1,82) tra le donne di cittadinanza straniera rispetto alle italiane.

Inevitabilmente le disuguaglianze che colpiscono le donne migranti riguardano anche la salute dei loro bambini. Prendendo in esame i risultati del Sistema di Sorveglianza 0-2 anni, coordinato dall'ISS per studiare i determinanti di salute della prima infanzia, sono cinque gli indicatori per i quali le donne nate all'estero presentano una diversità significativa rispetto alle italiane. Le differenze penalizzanti riguardano la più frequente inappropriata assunzione di acido folico in epoca peri-concezionale e la mancata lettura di libri ad alta voce ai figli di età pari o superiore ai 6 mesi di vita. La nascita in un Paese estero è invece risultata significativamente protettiva per quanto riguarda l'allattamento esclusivo fino al sesto mese di vita del bambino, il minor consumo di bevande alcoliche durante l'allattamento e le minori difficoltà riferite nell'utilizzare

il seggiolino per i bambini in auto rispetto a quanto riferito dalle madri italiane.

Il sistema di sorveglianza OKkio alla salute, coordinato dall'ISS e condotto in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, descrive lo stato ponderale, gli stili alimentari, l'abitudine all'esercizio fisico e i comportamenti sedentari nei bambini della terza classe primaria (8-9 anni di età). Nel 2018, su 45.000 genitori intervistati il 51,2% di quelli stranieri rispetto al 40% degli italiani ha riferito che i bambini in un normale giorno di scuola passano oltre 2 ore davanti alla TV o a giocare con videogiochi/computer e il 55,4% dei genitori stranieri ha riferito che i loro figli consumano bevande zuccherate o gassate più di una volta al giorno rispetto al 33,5% dei genitori nati in Italia.

Questa rapida sintesi di una selezione di indicatori di salute relativi alle donne che affrontano il percorso nascita e ai loro bambini evidenzia la persistenza di differenze riconducibili al Paese di origine e/o alla cittadinanza delle donne e delle coppie. Coerentemente con il mandato costituzionale, basato sul principio di inclusione sanitaria, la popolazione di cittadinanza non italiana non dovrebbe presentare differenze nell'accesso ai servizi sanitari per l'assistenza al percorso nascita né maggiore morbosità e mortalità materna e perinatale. Le attività di sorveglianza e ricerca coordinate dall'ISS evidenziano aree di criticità suscettibili di miglioramento che devono essere incluse nelle priorità di intervento del Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia

Legge 405/1975, Legge 194/1978, DM Ministero della Sanità, 6 marzo 1995 e succes-

sive modificazioni e integrazioni – Decreto sostituito dal DM Ministero della Sanità, 10 settembre 1998 (accesso alle cure per le migranti).

ISTAT – Rapporto annuale 2019: (www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2019/Rapportoannuale2019.pdf) (ultimo accesso 06/04/2020).

Schetter CD. Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issue. *Annual Review of Psychology* 2011; 62:531–558. (<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727> PMID: 21126184).

Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).

Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine* 2009;68:452–461.

Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H;ORAMMA team. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS One*. 2020 Feb 11;15(2):e0228378.

Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2017 Rosaria Boldrini, Miriam Di Cesare, Fulvio Basili, Irene Messia e Antonella Giannetti. Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica – Ufficio di statistica del Ministero della Salute

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in gravidanza. Rapporto Nazionale. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020.

Maraschini A, Lega I, D'Ajola P, Buoncristiano M, Dell'Oro S, Donati S, et al. Women Undergoing Peripartum Hysterectomy Due to Obstetric Hemorrhage: A Prospective Population-Based Study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 Feb;99(2):274-282.

Donati S, Maraschini A, Lega I, D'Aloja P, Buoncristiano M, Manno V, et al. Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018, 97:1317-1324.

- Donati S, Maraschini A, Dell'Oro S, Lega I, D'Aloja P, the Regional Maternal Mortality Working Group. The way to move beyond the numbers: the lesson learnt from the Italian Obstetric Surveillance System. *Ann Ist Super Sanità* 2019 | Vol. 55, No. 4: 363-370.
- Dell'Oro S, Maraschini A, Lega I, D'Aloja P, Andreozzi S, Donati S (Ed.). Primo Rapporto ItOSS. Sorveglianza della Mortalità Materna. *Not Ist Super Sanità* 2019;32 (Suppl. 1, n. 1-2). 69 p. (www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/ItOSS.pdf). Last accessed 7 August 2020.
- WHO Global Maternal Sepsis Study (GLOSS) Research Group. Frequency and management of maternal infection in health facilities in 52 countries (GLOSS): a 1-week inception cohort study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(5):e661-e671. doi:10.1016/S2214-109X(20)30109-1.
- Sorveglianza ostetrica ItOSS (www.epicentro.iss.it/itoss) (ultimo accesso 26.09.2020).
- OKkio alla Salute Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria (www.epicentro.iss.it/okkioallasalute) (ultimo accesso 26.09.2020).
- Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia (www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni) (ultimo accesso 26.09.2020).
- Sorveglianza della mortalità perinatale SPi-tOSS (www.epicentro.iss.it/itoss/SorveglianzaMortalitaPerinatale) (ultimo accesso 26.09.2020).

Promozione e tutela della salute mentale dei migranti. Stiamo andando nella giusta direzione?

Massimiliano Aragona

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

In trent'anni l'immigrazione è cambiata, prima era prevalentemente per lavoro, oggi sono più gli italiani che emigrano in cerca di occupazione degli stranieri che arrivano, e questi ultimi sono in prevalenza richiedenti asilo. Sono spesso migranti "forzati", cioè costretti a lasciare il Paese fuggendo da eventi traumatici. Sono mutati: a) i principali paesi di provenienza; b) le caratteristiche sociodemografiche e culturali; c) il tipo di push factor; d) le modalità di viaggio e arrivo; e) il tipo (quando c'è) di progetto migratorio; f) il profilo psicopatologico. Anche le risposte dei servizi sanitari sono cambiate, sia perché con il tempo il fenomeno è diventato di più vasto interesse, sia perché cambiando le domande di salute cambiano anche le risposte. Infine, è cambiato anche il contesto di accoglienza.

In generale, in Italia abbiamo una popolazione straniera, regolarmente residente, strutturata intorno all'8% della popolazione. Il numero è tale che se in contesti urbani almeno un paziente su dieci è di origine straniera, i Dipartimenti di Salute Mentale devono attrezzarsi affinché le competenze transculturali di base siano diffuse tra tutti gli operatori, lavorando anche attivamente per ridurre le barriere di accesso. Poi ci sono categorie di pazienti più specifiche ma molto meno numerose (es. richiedenti asilo vit-

time di violenza intenzionale), per i quali ha senso individuare percorsi multidisciplinari sovraterritoriali (ma in stretta connessione con il territorio) specificamente dedicati alle problematiche post-traumatiche.

In questo breve contributo mi faccio portavoce dei colleghi del terzo settore, dei servizi pubblici e dell'università, consultati in corso di stesura, per focalizzare l'attenzione su alcuni punti fondamentali per il futuro.

Cambiamenti epidemiologici

Trent'anni fa i rifugiati erano una minoranza e i migranti di regola arrivavano per lavoro, studio o motivi religiosi. Tutti soffrivano inizialmente di una "sindrome da transculturazione" (Mazzetti, 2018), quadro reattivo di shock culturale che si risolve da sé man mano che la persona inizia a comprendere meglio il nuovo contesto nel quale vive e opera una buona mediazione tra il suo mondo di provenienza e quello di arrivo. Alcuni casi invece andavano male, o perché avevano alla base rigidità tali che rendevano difficile l'adattamento al nuovo contesto, o perché provati dalle difficoltà vitali (tipica la sindrome depressiva delle badanti). Poi c'erano i casi che entravano in una dinamica di marginalizzazione sociale più grave, per cui finivano in carcere, in strada, in luoghi

di occupazione insalubri, con problemi come psicosi, depressione, alcolismo e uso di sostanze. Nel complesso, però, valeva il cosiddetto "effetto migrante sano": le persone avevano un buon funzionamento cognitivo e relazionale e nel tempo si integravano bene, senza sviluppare problemi mentali. Per un verso oggi è ancora così sui grandi numeri, la popolazione straniera è in gran parte regolarmente residente da anni e ben integrata, e quando fa emergere bisogni di salute mentale si tratta per lo più di problematiche simili a quelle della popolazione autoctona. Ciò che è cambiato è che la crisi economica ha comportato perdita di lavoro, inversione dei ruoli familiari (es. mariti licenziati in edilizia che si ritrovano a gestire la casa mentre la moglie continua a lavorare), peggioramento delle condizioni di vita, con conseguente aumento delle reazioni ansioso-depressive. Ma del resto se si stratifica la popolazione italiana per livello socioeconomico la situazione non differisce granché. È invece diverso che in una parte della popolazione di origine straniera vi era e vi è la possibilità di rilevanti fraintendimenti culturali sui bisogni di salute, utilizzo di specifici "idioms of distress" e costruzione culturalmente fondata di quadri psicopatologici non presenti tra gli italiani. Su questo il contributo del movimento etnopsichiatrico è stato fondamentale per fornire interpretazioni calzanti e dispositivi di cura idonei. Tra gli "idioms of distress" va sottolineata l'elevata prevalenza (un paziente ogni quattro) di somatizzazioni tra i migranti che vanno in ambulatori di medicina di base dedicati (Aragona et al., 2012a), per cui occorre considerare questa possibilità prima di prescrivere antidolorifici dal possibile effetto iatrogeno.

Le cose sono molto cambiate per quanto riguarda i nuovi arrivi, che riguardano prevalentemente persone esposte a

rischi per la propria vita nel corso di guerre, repressioni governative, scontri interetnici, diatribe religiose o economiche, discriminazioni per l'orientamento sessuale o lo stile di vita, etc. Non che manchi l'immigrazione economica, ma essa è sottotraccia rispetto alla quota di persone che riferiscono di aver subito violenze intenzionali. Non sorprende che i dati disponibili siano concordi nel dire che la gran parte delle sindromi psicopatologiche riscontrate nei richiedenti asilo e rifugiati in Italia siano costituite da quadri reattivi, essendo il principale il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), seguito da Depressioni reattive, Disturbi dell'Adattamento, Disturbi d'Ansia. Le prevalenze variano a seconda delle popolazioni studiate (nei primi giorni dopo lo sbarco, in ambulatori medici o di salute mentale, nel sistema dell'accoglienza) ma in generale si può stimare che un buon 20% dei richiedenti asilo e rifugiati sviluppino un PTSD e che questo quadro sia spesso associato a fenomeni come disturbi dell'umore, abuso di sostanze a scopo "autocurativo", difficoltà cognitive, cefalee e altre somatizzazioni, etc. (Aragona et al., 2010 and 2012b; Firenze et al., 2016; Crepet et al., 2017; Nosè et al., 2018a; Petta, 2019; Mazzetti & Geraci, 2019; Kiaris et al., 2020).

Un'altra problematica è il cambiamento socioculturale in atto. Fino al 2011 la Libia accoglieva migranti economici poco scolarizzati sia dall'Africa subsahariana che dall'Asia, mentre in Europa arrivavano quelli che avendo una maggiore scolarizzazione aspiravano a migliori condizioni socioeconomiche. Dopo la caduta del regime la Libia è diventato un posto troppo pericoloso per fermarsi, e ciò ha comportato l'arrivo di un maggior numero di persone analfabete o con scarsa istruzione. Ciò comporta nuovi rischi psicopatologici, perché livelli bassi di istruzione e difficoltà

nell'apprendimento linguistico peggiorano le capacità di coping nei confronti delle richieste della società ospitante, creando più facilmente quadri di disadattamento.

Un altro dato è l'aumento dell'incidenza di psicosi riscontrato nelle minoranze etniche anche in Italia (Jongsma et al., 2018), cui si associa l'osservazione che tra i migranti provenienti dalle zone da cui arrivano i richiedenti asilo sono in netto aumento i tassi di ricovero per psicosi a partire dal 2011 (Mazzetti et al., 2017). Intendiamoci, in termini numerici assoluti le psicosi non sono le problematiche più frequenti in questa popolazione (come visto, la gran parte dei casi sono di PTSD e altre sindromi reattive), e i tassi sono comunque più bassi in Italia che in Nord Europa, però l'aumento sia dei tassi di incidenza che dei ricoveri in SPDC è significativo.

L'ambiente italiano è patogeno?

Un pregiudizio comune è che essendo il PTSD causato dall'esposizione ai traumi pre-migratori, il problema ci riguarda come popolazione che accoglie ma non abbiamo responsabilità sulle cause. Ciò non è vero per almeno due motivi.

Il primo è che oggi una gran parte della traumatizzazione avviene nei paesi di transito, tra i quali la Libia che è uno dei posti di passaggio più pericolosi al mondo (Colosimo et al., 2020). Visto che l'Italia è parte attiva (anche tramite ingente supporto economico) per fermare i migranti in Libia, gli italiani hanno una responsabilità politico-morale su quanto succede lì. Quotidianamente ascoltiamo storie di persone con PTSD traumatizzate per la prima volta in Libia.

Il secondo motivo è legato al concetto di "ritraumatizzazione": è noto che le persone gravemente traumatizzate hanno una probabilità di subire nuove traumatizzazioni più alta della popolazione

generale. Questo sia perché chi è stato traumatizzato una volta è più facile che continui a vivere in contesti poco protettivi che li riespongono a eventi successivi (emarginazione, vittime di tratta, etc.), sia per una sorta di "sensibilizzazione". Infatti, può capitare che persone precedentemente traumatizzate ma che fino a quel momento non avevano manifestato sintomi post-traumatici, possano svilupparli (esordio del PTSD) in seguito a ritraumatizzazione, che a volte è costituita da eventi non necessariamente drammatici ma che ricordando il trauma iniziale lo ripresentificano. Per molti migranti l'esordio del PTSD è dopo l'arrivo in Italia, sia perché è il primo momento in cui non essendoci più un rischio di morte imminente la mente può divagare lasciando spazio ai pensieri intrusivi, sia perché esposti a difficoltà di vita post-migratorie che hanno un possibile effetto ritraumatizzante. Insomma, viene da più parti rilevato che i problemi legati alla non soluzione di questioni sociali (precarietà dell'accoglienza, mancata/ritardata iscrizione ai vari servizi pubblici) e al mostruoso protrarsi del processo di definizione dello status legale, abbiano capacità di pregiudicare le possibilità di recupero funzionale e quindi di riabilitazione sul piano della salute individuale. Ciò in linea con i vari studi che mostrano che il rischio di sviluppare un PTSD aumenta parallelamente all'aumentare delle difficoltà vitali post-migratorie (PMLD) (Aragona et al., 2012b). Ciò non vale solo per il PTSD ma è un fattore generale che vale per tutte le sindromi psicoreattive summenzionate, ed in modo ancora più forte per i Disturbi dell'Adattamento, per cui anche in assenza di PTSD la persona sta comunque male perché è preoccupata (per la difficoltà ad ottenere il permesso di soggiorno e quindi a immaginare il proprio futuro, per la mancanza di lavoro,

per le condizioni precarie dei familiari rimasti nel paese d'origine, etc.). Anche in questo caso potremmo fare interventi concreti di prevenzione migliorando la qualità dell'accoglienza. Purtroppo negli ultimi anni le cose sono andate in direzione opposta: è infatti peggiorato il rapporto utente operatore dei centri, i CAS non forniscono più attività fondamentali tra cui la valutazione e il supporto psicologico (che erano fondamentali sia per la diagnosi precoce, che per la compliance e il supporto dei pazienti e degli operatori) e la formazione linguistica e professionale. Inoltre, la riduzione dei fondi per l'accoglienza ha comportato una maggior difficoltà di accesso alle cure, sia per la maggior difficoltà di individuare e segnalare i casi (spesso arrivano all'attenzione sanitaria tardi e in condizioni più gravi, perché si riesce a prestare attenzione solo ai casi che danno problemi più visibili), sia per l'impossibilità di acquistare i farmaci, addirittura in qualche caso per l'impossibilità di dare all'utente il biglietto dell'autobus necessario a raggiungere il luogo di cura. Ne consegue che le psicoterapie, che hanno bisogno di una frequenza più assidua, sono state le prime a farne le spese.

Rispetto alla difficoltà a far emergere il fenomeno, è un dibattito non concluso quello tra i promotori di test di screening a tutti gli ospiti dei centri e quello di chi ritiene che la via migliore sia attraverso la formazione degli operatori dell'accoglienza a riconoscere i cosiddetti "sintomi sentinella" (fenomeni magari vaghi come i problemi di sonno, la difficoltà ad apprendere l'italiano, oppure la cefalea tensiva, ma facili da rilevare). In entrambi i casi l'esito è l'invio dei casi "positivi" a un approfondimento diagnostico con lo specialista (entrambe le metodiche, infatti, hanno ampi rischi di falsi positivi). Per i detrattori del primo metodo c'è la preoccupazione

del possibile effetto ritraumatizzante del sollecitare la persona a pensare ai traumi e alla sofferenza che hanno provocato, mentre i secondi sottolineano la facilità di raggiungere possibili casi anche in situazioni alloggiative nelle quali il rapporto operatori ospiti è troppo basso per consentire la rilevazione del disagio. Entrambe le ragioni appaiono valide, ma in entrambi i casi è bene non dare false aspettative rilevando una problematica se poi non si è in grado di offrire una risposta. In questo momento sono in via di sperimentazione interventi preventivi di auto-aiuto a bassa intensità sviluppati dall'OMS per rispondere alle crisi umanitarie, soprattutto nei campi profughi (Nosè, 2018b), ma che potrebbero tornare utili anche nel contesto italiano, soprattutto se continua a deteriorarsi come è successo nell'ultimo anno e mezzo. Ovviamente però il Servizio Sanitario Nazionale deve ambire a rendere diffusamente disponibili, oltre al livello basale di intervento, centri specializzati per la cura del trauma, sul modello delle linee guida ministeriali, con interventi multidisciplinari integrati complessi.

Infine, occorre segnalare la vera emergenza dei nostri giorni: con l'abolizione dei permessi per motivi umanitari, l'uscita dai centri delle persone con quelle tipologie di permesso arrivate a scadenza di progetto, le difficoltà di iscrizione all'anagrafe, etc., si è creata un'ondata di marginalizzazione sociale che ha spinto molte persone per strada. Insomma, qualunque fosse l'intento del legislatore, ciò che è accaduto è un aumento della marginalità di cui stanno facendo le spese soprattutto i soggetti più vulnerabili, esposti non solo alle insidie climatiche, ma anche a maggior rischi di essere vittima di violenza, a entrare nelle dinamiche dell'abuso di alcool e sostanze, della depressione e della psicosi. Immaginare interventi tera-

peutici in queste condizioni appare estremamente difficile, per cui anche i meritori interventi di supporto medico ed orientamento ai servizi che si stanno facendo appaiono largamente insufficienti, mentre i comuni hanno sempre più difficoltà a fare progetti di housing per le persone senza dimora.

Se questa situazione di contesto non viene corretta al più presto, l'operatore della salute mentale rischia di essere una mera pedina, colui che deve intervenire a valle, senza strumenti adeguati, per mitigare gli effetti patogeni prodotti dal sistema.

I servizi di Salute Mentale

In tutto questo, la risposta dei servizi di salute mentale, pubblici e del privato sociale, presenta un quadro variegato. Infatti da un lato non c'è dubbio che negli anni le cose siano migliorate sia per quanto riguarda la conoscenza dei fenomeni migratori e la disponibilità a visitare migranti, sia per l'acquisizione di competenze transculturali di base, sia per la disponibilità a interessarsi e formarsi rispetto alle problematiche post-traumatiche. Essendo il panorama della salute mentale delle migrazioni cambiato di molto, anche i servizi sono chiamati ad adeguarsi per dare risposte nuove a problemi sinora inediti. Il terzo settore è stato senz'altro l'apripista in questo campo, assieme ad alcune esperienze pubbliche o di collaborazione servizio pubblico-terzo settore. Anche la possibilità di usare i mediatori culturali, che agli inizi erano veri alieni sul pianeta salute mentale, è ormai presente in vari contesti, anche pubblici. Tuttavia ciò è ben lungi dall'essere sufficiente, innanzitutto perché non esiste una messa a sistema sul territorio nazionale ma solo esperienze locali, con il risultato di avere luoghi con numerose possibilità di cura e altri che spiccano per la totale assenza. Poi

perché anche laddove il ministero ha fatto la sua parte pubblicando linee di indirizzo nazionali (es. Ministero della Salute, 2017) e le regioni le hanno adottate (quelle virtuose), spesso questo non ha avuto grandi ricadute pratiche sull'organizzazione delle singole aziende sanitarie, le quali "faticano" molto ad attivarsi. In terzo luogo, sebbene una formazione base degli operatori sia stata fatta, mancano o sono rari programmi formativi organicamente strutturati. Il gap formativo si fa sentire molto anche per quel che riguarda le reazioni psicotraumatiche, il che espone gli utenti a seri rischi di errori diagnostici e terapie inappropriate. Quarto elemento, il ricovero in emergenza resta la porta principale di ingresso perché i servizi territoriali sono a volte trincerati dietro procedure complesse o requisiti difficilmente presenti nei migranti più fragili. Ad es., se negli anni '80 vedere in ambulatorio i residenti nel proprio territorio aveva senso rispetto a una psichiatria che voleva essere vicina al cittadino, oggi, che molti utenti rimangono senza documenti, richiedere come criterio di accesso la residenza appare un modo per respingere proprio quella popolazione la cui marginalità sociale implica rischi elevati di sviluppi psicopatologici. Non è infrequente constatare esempi di resistenza anche in uscita dagli SPDC, con i colleghi dell'ospedale che a volte faticano a farsi dare un appuntamento al CSM per la visita post-dimissione. Quinto, anche laddove vi è la disponibilità dei mediatori, non tutti gli operatori dei CSM sono informati delle procedure per attivare il servizio e non sono sufficientemente preparati su come istruire e supportare il mediatore nel lavoro in questo specifico setting.

Insomma, un quadro in miglioramento rispetto ad alcuni anni fa ma con lacune; luci ed ombre ben descritte in un recente

studio che ha monitorato i servizi di Roma su vari indici (qualità della comunicazione tra centri di accoglienza e servizi di salute mentale; tempi di attesa; disponibilità ed empatia del personale; disponibilità di mediatori culturali; appropriatezza della prestazione; livello di formazione in psicopatologia delle migrazioni; disponibilità nella presa in carico dell'utente), riscontrando livelli buoni per i servizi pubblici dedicati ai migranti e per quelli del privato sociale, intermedi per gli SPDC e mediamente insoddisfacenti per i CSM (Petta, 2019).

Problemi clinici in ricovero e in post-dimissione

Occorre inoltre discutere il rischio di interventi iatrogeni. La prima questione è che tra le reazioni post-traumatiche vi possono essere agitazione psicomotoria, allucinazioni, soliloquio, idee persecutorie e di riferimento. E tra le sindromi di possessione culturalmente determinate ci sono regolarmente sentimento di imposizione dall'esterno di vissuti personali, intrusioni nella psiche di elementi estranei, allucinazioni, etc. Ciò richiede una diagnosi differenziale fine, che in un pronto soccorso affollato e magari senza avere un mediatore non è agevole. Ne consegue un forte rischio di errori di inquadramento diagnostico, con casi di PTSD e di sindromi culturalmente determinate trattati come psicosi. Ora, saltare addosso a un traumatizzato, immobilizzarlo, fargli di forza una terapia iniettiva, sono pratiche su cui dovremmo interrogarci considerando la probabile ritraumatizzazione secondaria. Eppure gli studi ci dicono che proprio i migranti con meno competenze linguistiche sono quelli che più spesso ricevono contenzioni (Tarsitani et al, 2013), il che è ancora più problematico considerando quanto discusso sopra circa l'ab-

bassamento della scolarizzazione nei più recenti flussi migratori. Stesso problema con le possessioni su base culturale, nelle quali i dispositivi di cura vanno tarati sulla problematica, mentre l'usuale approccio psichiatrico appare inadeguato. Il rischio in entrambe le condizioni è di eccesso di medicalizzazione, trattamenti antipsicotici inefficaci e/o iatrogeni, mancato avvio di un percorso terapeutico appropriato. Il consiglio ai clinici, quindi, è di mantenere la consapevolezza dei limiti della propria comprensione, senza chiudere precocemente l'interpretazione diagnostica e usando i farmaci strettamente necessari a gestire l'emergenza. In particolare, gli antipsicotici vanno somministrati con parsimonia e i long-acting non vanno inseriti precocemente, altrimenti nel post-dimissione sarà difficile modificare l'impostazione e si rischia di dare un destino da psicotico a chi non lo è. Studi futuri dovranno approfondire questa questione analizzando più a fondo cosa c'è in quella "Psicosi non specificata" che è la diagnosi di dimissione più frequente per i giovani che provengono dai paesi da cui partono i migranti forzati.

Gli effetti della pandemia sulla salute mentale dei migranti in condizioni di vulnerabilità

Come noto, l'improvviso rendersi conto della vulnerabilità dell'essere umano di fronte a un virus imprevisto ed ignoto è stato fonte di angoscia per la maggior parte delle persone, con effetti psicologici molto diversi a seconda del carattere del singolo e dei codici culturali usati per dare senso all'esperienza. A questo si sono aggiunti i lutti che hanno colpito molti, le modalità in cui ciò è avvenuto (ad esempio il morire in solitudine e, per i parenti, il non poter dare un ultimo saluto al congiunto), gli effetti stressanti del lockdown

(si pensi a chi viveva in case o centri sovraffollati e insalubri, oppure a chi viveva in strada e si è trovato solo ed esposto), la chiusura di molti servizi di supporto sociale, le problematiche di accesso ai servizi sanitari, etc. Infine, il blocco delle pratiche burocratiche e la crisi economica con la perdita di lavoro soprattutto in chi già era precario. Insomma, un insieme di fattori molto stressanti che in molti hanno segnalato potessero colpire di più la popolazione vulnerabile, e in particolare i pazienti già affetti da disturbi mentali (Chevance et al., 2020; Yao et al., 2020), gli homeless (Lima et al., 2020), i lavoratori migranti (Liem et al., 2020), i rifugiati e richiedenti asilo (Kluge et al., 2020; UNHCR, 2020). Alcuni studi hanno provato a valutare l'effettiva influenza della pandemia su queste popolazioni fragili, e nell'insieme di quanto al momento disponibile alla mia conoscenza mi sembra si possa sostenere che:

1. L'effetto principale è stato sulla fruibilità dei servizi e la possibilità di continuare le cure già in corso, che come noto erano già una criticità per i migranti vulnerabili. Molti servizi di salute mentale hanno sospeso le attività ambulatoriali routinarie, per cui i colleghi degli ospedali (SPDC) ci hanno riferito di un aumento del ricorso al pronto soccorso in urgenza. A mia conoscenza non c'è ancora un dato che abbia misurato questo rilevante report aneddotico, però uno studio basato sul report degli operatori dei centri stima che vi siano stati un significativo allungamento dei tempi di attesa per le visite e una ridotta accessibilità dei Centri di Salute Mentale e dei Servizi per le Dipendenze (Forgione et al., 2020). Del resto, anche in servizi di salute mentale che hanno continuato a rimanere aperti e disponibili, la restrizione degli spostamenti (ad es. alcuni pazienti non erano autorizzati a uscire

dai centri, altri senza documenti avevano paura dell'aumentato rischio di essere fermati per strada, etc.) ha prodotto una riduzione delle prime visite psichiatriche del 39% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con una caduta drastica dall'inizio del lockdown (secondo semestre di marzo) (Aragona et al., 2020a). Lo stesso studio ha inoltre visto che vi è stata una riduzione del 46% delle visite psichiatriche di follow-up, mentre una survey telefonica ha riscontrato che tra i pazienti già in trattamento, il 32% aveva dovuto interrompere le cure farmacologiche e il 52% quelle psicologiche (Aragona et al., 2020b).

2. Nel complesso i centri di accoglienza hanno retto, applicando il lockdown a volte in modo molto drastico (chiusura totale del centro con impossibilità di entrare e uscire). Ciò ha consentito di limitare il numero di infezioni da Covid-19 (laddove qualche caso si è verificato, la chiusura è stata ancora più stressante con le forze dell'ordine a circondare il centro). Se la chiusura drastica è stata utile in termini di prevenzione delle infezioni, in alcune città (es. Roma) questo è stato un problema enorme per gli homeless che hanno visto bloccata qualunque possibilità di accoglienza anche in centri temporanei, dormitori, etc., rendendo praticamente impossibili i percorsi terapeutici che prevedevano un supporto globale per uscire gradualmente dalla vita di strada! Dall'altro lato, un effetto negativo del lockdown nei centri è stato il ridimensionamento del personale e la sospensione o riduzione drastica delle attività riabilitative, socializzanti, di supporto alla formazione e al lavoro, etc. (Forgione et al., 2020), oltre al blocco dei percorsi per il riconoscimento della protezione internazionale.

3. Non ci sono ancora studi sistematici ma alcuni report aneddotici segnalano che il lockdown ha peggiorato la situazio-

ne di alcuni pazienti ingenerando vissuti ritraumatizzanti (ad es. per la costrizione a rimanere chiusi, circondati dalla polizia, che richiamava alla mente precedenti detenzioni) o stress relazionale (ad es. nelle persone costrette a una convivenza forzata con compagni di stanza problematici o con i quali esistevano precedenti dissapori). Infine non sono pochi i pazienti in lutto per la morte di familiari nei paesi di origine (es. Perù) e/o in angoscia perché desiderosi di tornare a dare una mano alla famiglia ma impossibilitati in quanto il lockdown ha bloccato i voli di rientro.

Conclusioni

La pandemia ha ulteriormente messo in luce e amplificato molte delle problematiche vitali post-migratorie con le quali i migranti già si trovavano a combattere. Tutto ciò ha ulteriormente accentuato le situazioni di fragilità, ha bloccato percorsi evolutivi, ha reso ancora più difficile trovare un lavoro dignitoso. L'aumento delle disuguaglianze sta avendo un impatto sui nostri pazienti di cui ancora non abbiamo misurato gli effetti in termini di peggioramento di salute mentale. Ciò rende ancora più urgenti e necessarie buone politiche e buone pratiche che aiutino le persone a prevenire il disagio mentale in primis, e che gli diano tempestivamente il necessario supporto medico, psicologico e sociale qualora già siano emersi segni di sofferenza psicologica.

Bibliografia

- Aragona M, Catino E, Pucci D, et al. (2010) The relationship between somatization and post-traumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. *Journal of Traumatic Stress*, 23:615-622.
- Aragona M, Rovetta E, Pucci et al. (2012a) Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, 17: 477-491.
- Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, et al. (2012b) Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*, 9:67-74.
- Aragona M, Barbato A, Cavani A, et al. (2020a) Negative impacts of Covid-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health*, 186:52-56.
- Aragona M, Tumiati MC, Ferrari F, et al. (2020b) Reazioni psicopatologiche al lockdown in una popolazione di migranti in condizioni socioeconomiche disagiate, in trattamento presso il Servizio di Salute Mentale dell'INMP. XVI Congresso Nazionale SIMM, Roma.
- Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et al. (2020) Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *Encephale*, 46(35):S3-S13.
- Colosimo F, Mazzetti M, Libertas M. et al. (2020) Rifugiati e psicotraumatologia: effetto patogeno del percorso migratorio. XVI Congresso Nazionale SIMM, Roma.
- Crepet A, Rita F, Reid A, et al. (2017) Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health*, 11:1.
- Firenze A, Aleo N, Ferrara C, et al. (2016) The occurrence of diseases and related factors in a center for asylum seekers in Italy. *Zdrav Var*, 55:21-28.
- Forgione E, Petta AM, Albanese M. et al. (2020) Il sistema dell'accoglienza, i Servizi Sanitari e di Salute Mentale ai tempi del Covid-19. XVI Congresso Nazionale SIMM, Roma.
- Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A. et al. (2018) Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry*, 75:36-46.
- Kiaris F, Petta AM, Begotaraj E. et al. (2020) Profilo cognitivo nei migranti con sintomi post-traumatici. XVI Congresso Nazionale SIMM, Roma.
- Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, et al. (2020) Refugee and migrant health in the Covid-19 response. *Lancet*; 395:1237-1239.
- Liem A, Wang C, Wariyanti Y, et al. (2020) The

- neglected health of international migrant workers in the Covid-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7:e20.
- Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, et al. (2020) The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287:112915.
- Mazzetti M. (2018) *Il dialogo transculturale*. Carocci Editore, Roma.
- Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, et al. (2017) Salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: *Rapporto Osservasalute*. Prex Spa, Milano: 306-307.
- Mazzetti M, Geraci S. (2019) Immigrazione e salute mentale. Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale. In: Perocco F. (a cura di) *Tortura e migrazioni*. Edizioni Ca' Foscari, Venezia: 381-402.
- Ministero della Salute (2017) Linee guida relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. *Gazzetta Ufficiale* n.95 del 24/04/2017.
- Nosè M, Turrini G, Imoli M, et al. (2018a) Prevalence and Correlates of Psychological Distress and Psychiatric Disorders in Asylum Seekers and Refugees Resettled in an Italian Catchment Area. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20:263-270.
- Nosè M, Turrini G, Ostuzzi G. et al., (2018b) Low intensity psychosocial interventions for preventing mental disorders in refugee populations in Europe. VII International Congress on Migration & Mental Health, Brussels.
- Petta AM. (2019) *Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma*. Crossing Dialogues, Roma.
- Tarsitani L, Pasquini M, Maraone A, et al. (2013) Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study. *International Journal of Social Psychiatry*, 59:613-618.
- UNHCR. (2020) Covid-19 will not leave behind refugees and migrants. *Lancet*, 395:1090.
- Yao H, Chen JH, Xu YF. (2020) Patients with mental health disorders in the Covid-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7:e21.

Le persone migranti con disabilità: quali bisogni, quali strumenti di ricerca, quali necessità di tutela?

TOFANI M.^{1,2}, CHIAVAROLI F.^{3,2}, CALACOCI M.^{4,2}, DA RIOL R.M.^{5,2}, LA PLACA S.^{6,2}, MAMMANA L.^{7,2}, MARCECA M.^{1,2}

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ² SIMM - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ³ Unità Operativa Gravi Cerebrolesioni Azienda Ospedaliera-Universitaria Ferrara; ⁴ Università degli studi di Ferrara; ⁵ Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine; ⁶ Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo; ⁷ Dipartimento di Scienze Biomediche e NeuroMotorie Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Le persone con disabilità hanno maggiori probabilità di essere povere, di essere escluse da un'istruzione e da un lavoro qualificato, oltre a dover affrontare emarginazione sociale e una peggiore qualità di vita. Riconoscendo queste disparità, l'Agenda per lo Sviluppo Sostenibile sottolinea la necessità di garantire la salute per tutti, nonché di creare percorsi inclusivi in termini di istruzione, occupazione e riduzione delle disuguaglianze.

La disparità in termini di salute e accesso ai servizi socio-sanitari, appare ancor più evidente se si accosta la disabilità alle migrazioni. Già nel 2016, l'Agenzia dell'UE per i Diritti Fondamentali dichiarava nel complesso una mancanza di procedure formali per identificare i migranti con disabilità, con una ricaduta negativa sulla possibilità di supporto ed assistenza. La raccolta di informazioni risulta quindi decisiva. L'obiettivo del presente lavoro è di analizzare dinamiche epidemiologiche e profili di salute della popolazione migrante con disabilità.

Metodi/Azioni

All'interno della SIMM è stato istituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare che potesse affrontare con una visione globale la complessità del fenomeno. Il GdL ha organizzato differenti riunioni con il fine di analizzare la letteratura a disposizione, identificare gruppi vulnerabili, prevedere strategie operative per la raccolta dati ed attivare adeguati percorsi per la presa in carico sul territorio.

Risultati

Sin da subito è emersa la necessità di diversificare gli approcci in base al tempo di insorgenza della disabilità (prima, durante o successiva al viaggio migratorio). Inoltre, determinanti sociali sembrano poter influire sulla possibilità di accedere alle cure e ad altri servizi socio-sanitari.

Come dimostrano recenti analisi ISTAT, per le disabilità in età evolutiva la situazione italiana dimostra di avere sufficienti informazioni. Differente invece è l'analisi situazionale per i richiedenti asilo, i rifugiati e le persone anziane. In Italia esistono poche e frammentarie evidenze che si traducono in un'inefficace identificazione delle vulnerabilità sanitarie e sociali.

A livello internazionale esistono prove limitate sulla prevalenza della disabilità tra rifugiati e richiedenti asilo, con un tasso di disabilità stimato che varia dal 3% al 10%. Si stima che 1/6 dei rifugiati sperimenti un problema di salute fisica (disordini muscoloscheletrici e/o secondari a malattie croniche non trasmissibili), e 2/3 abbia un qualche problema di salute mentale prevalentemente a causa di traumi vissuti prima, durante o dopo il viaggio migratorio.

Infine, la conoscenza sulle disabilità negli immigrati che ormai vivono stabilmente sul nostro territorio sono parziali. Sono emerse principalmente le disabilità in seguito ad infortuni sul lavoro, cui scarseggiano inevitabilmente dati sul lavoro irregolare, e le disabilità nella popolazione anziana (salute mentale e comorbidità).

Conclusioni

La carenza di strategie adeguate per la presa in carico territoriale, impone una riflessione collettiva su come riuscire ad intercettare i bisogni e le vulnerabilità di persone migranti con disabilità. Il GdL ha individuato come azione prioritaria l'avvio di uno studio sul campo utilizzando 2 questionari standardizzati. I dati raccolti verranno utilizzati per fini di ricerca ed *advocacy*, nonché per migliorare la qualità di vita dei beneficiari.

Contatto: Marco Tofani (marco.tofani@uniroma1.it)

Caratteristiche della patologia diabetica in un gruppo di pazienti bengalesi e palermitani afferenti all'UOC di Medicina Interna del Policlinico di Palermo

CURATOLO C., AFFRONTI M., CITARRELLA R., NIKOLIC D., CHIANETTA R.

AUOP 'Paolo Giaccone' Palermo

Introduzione e obiettivi

Secondo L'International Diabetes Federation Atlas, il 79% degli adulti diabetici vive in paesi a basso e medio reddito dove la rapida urbanizzazione sta determinando un aumento della prevalenza delle patologie croniche definite not communicable disease. Le regioni con la più alta prevalenza sono il Pacifico occidentale ed il Sud-est asiatico. A Palermo, la comunità bengalese è la seconda comunità straniera per numerosità (15%). Per tali ragioni abbiamo deciso di confrontare un gruppo di pazienti diabetici bengalesi, con un gruppo di pazienti palermitani.

Metodi/Azioni

Tramite un'analisi retrospettiva, abbiamo selezionato 37 pazienti bengalesi pervenuti presso l'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni dell'AOUP "Paolo Giaccone di Palermo" e 37 pazienti italiani, affetti da diabete di tipo 2 all'esordio, pervenuti presso l'Ambulatorio di diabetologia nel periodo compreso tra il 2013 ed il 2018. Per entrambi i gruppi è stato stilato un database raccogliendo caratteristiche demografiche, biometriche, parametri biochimici inerenti la patologia, profilo lipidico, indici di funzionalità epatica.

Risultati

I due gruppi presentano delle caratteristiche differenti; il gruppo di pazienti bengalesi conta 30 uomini e 7 donne, rispecchiando probabilmente il disequilibrio fra i generi che caratterizza la comunità bengalese in Italia; il gruppo di palermitani è composto da 18 uomini e 19 donne. La popolazione bengalese in studio vive in Italia da almeno 12 anni.

Utilizzando il software SPSS (Statistical Package for Social Science) e confrontando le caratteristiche attraverso T-Test e Chi-Square Test, le variabili statisticamente significative sono: età, peso, BMI, glicemia a digiuno, colesterolo HDL ed LDL.

Conclusioni

I pazienti diabetici provenienti dal Bangladesh (età media 45 anni) sono più giovani rispetto ai pazienti italiani (età media 60 anni). La patologia nei pazienti bengalesi sembrerebbe meno correlata alla sindrome metabolica rispetto a ciò che si verifica nei soggetti palermitani. Anche se la maggior parte delle caratteristiche depongono verso una forma di diabete di tipo 2, insulino-resistente, la scarsa associazione con la sindrome metabolica fa pensare che altri fattori siano coinvolti nella determinazione della patologia nel campione preso in esame.

Contatto: *mario affronti (marioaffronti@libero.it)*

L'impatto della malattia oncologica nella popolazione migrante nella Provincia di Palermo dal 2007 al 2017

GRAZIANO G.¹, MAZZUCCO W.¹, MAZZOLA S.¹, CUSIMANO R.², VITALE F.¹

¹ U.O.C. Epidemiologia Clinica con Registro Tumori, Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo; ² U.O.C. di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva, ASP di Palermo

Introduzione e obiettivi

Il profilo di salute degli immigrati regolarizzati in Italia si è stabilmente caratterizzato, negli ultimi 15 anni, dal fenomeno della transizione epidemiologica verso le malattie cronic-degenerative. In particolare, nella popolazione straniera proveniente dai paesi a forte pressione migratoria la patologia oncologica si attesta come la quinta causa di ricovero ordinario ospedaliero più frequente negli uomini e la seconda causa nelle donne. I dati di letteratura più recenti riferibili agli studi longitudinali metropolitani in Italia ci indicano come nella popolazione immigrata la mortalità sia maggiore per decessi causati da Linfomi non Hodgkin e Leucemie. Presentiamo i dati relativi all'impatto della malattia oncologica nella popolazione residente, nata all'estero (PNE), rilevati dal Registro Tumori di popolazione della Provincia di Palermo (RTPP) nel periodo 2007 – 2017.

Metodi/Azioni

Sono stati selezionati dal RTPP i nuovi casi di tumore maligno verificatisi nel periodo 2007 – 2017 nella PNE attraverso l'utilizzo dei codici fiscali contenenti nelle ultime 4 cifre un codice alfanumerico riferibile al paese di nascita (Z000). I casi selezionati sono stati distinti per sesso e sede tumorale e presentati in forma di frequenza assoluta e relativa.

Risultati

Il numero di casi di tumore maligno registrati nella PNE della Provincia di Palermo nel periodo considerato è pari a 1314, 498 maschi (37,9%) e 816 femmine (62,1%). Le 5 sedi tumorali più frequenti nei maschi della PNE sono Polmone (64 casi - 12,8%), Colon/Retto (53 casi - 10,6%), Cute (51 casi - 10,2%), Prostata (46 casi - 9,2%) e Vescica (43 casi - 8,6%). Nelle donne della stessa popolazione in studio le 5 sedi tumorali più frequenti sono Mammella (237 casi - 29%), Cute (73 casi - 8,9%), Colon/Retto (67 casi - 8,2%) Tiroide (60 casi - 7,3%) e Utero (43 casi - 5,3%).

Conclusioni

I dati di RTPP nel periodo 2007 – 2017 ci restituiscono un quadro caratterizzato dalla maggiore frequenza nella PNE maschile dei tumori del polmone, colon/retto e cute (compresi i melanomi), mentre nella PNE femminile le sedi tumorali più rappresentate riguardano la mammella, la cute (compresi i melanomi) e il colon/retto.

Contatto: Giorgio Graziano (giorgio.graziano@gmail.com)

Caratterizzazione clinica e epidemiologica del fenomeno dei disturbi cognitivi nella popolazione migrante: risultati preliminari del progetto ImmiDem

CANEVELLI M.^{1,2}, LACORTE E.¹, COVA I.³, SALVI E.⁴, CASCINI S.⁵, ZAMBRI F.¹, BARGAGLI A.M.⁵, GIUSTI A.¹, POMATI S.⁴, PANTONI L.⁶, VANACORE N.¹, IMMIDEM STUDY GROUP

¹ Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ² Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma; ³ Centro per il Trattamento e lo Studio dei Disturbi Cognitivi, OOSpedale Universitario "Luigi Sacco", Milano; ⁴ Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ⁵ Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio, Roma; ⁶ Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche "Luigi Sacco", Università di Milano.

Introduzione e obiettivi

Alla luce dei cambiamenti demografici in atto, gli individui con storia di migrazione sono (e saranno) sempre più esposti all'occorrenza di patologie croniche ed età-relate, con importanti ripercussioni in termini di sanità pubblica. In particolare, l'insorgenza di demenza e disturbi cognitivi in tale popolazione di soggetti può comportare delle complessità aggiuntive dal punto di vista clinico, sociale e assistenziale. Lo studio ImmiDem (GR-2016-02364975) è stato recentemente finanziato dal Ministero della Sanità con l'obiettivo di caratterizzare il fenomeno dei disturbi cognitivi nei migranti in Italia.

Metodi/Azioni

Al fine di fornire una stima delle dimensioni del fenomeno, è stato calcolato il numero di casi di demenza e decadimento cognitivo lieve (MCI) attesi nei migranti in Europa applicando i tassi di prevalenza età e sesso-specifici di tali condizioni ai dati sulla popolazione di migranti internazionali fornita da Eurostat. Sono stati inoltre raccolti dati preliminari sulla numerosità e sulle caratteristiche dei migranti con disturbi cognitivi che si rivolgono ai servizi dedicati sul territorio. È stata infine condotta una survey pilota rivolta a un campione rappresentativo di centri per i disturbi cognitivi e le demenze (CDCD) italiani con l'intento di raccogliere informazioni sul numero di migranti afferenti ai CDCD selezionati, sugli strumenti adottati ai fini diagnostici, sulle risorse disponibili nei servizi (es. mediatore culturale, interprete, assistente sociale), e sulla percezione delle eventuali complessità e criticità. I risultati di tale survey sono stati discussi in due focus group rivolti a operatori sanitari già esposti a tale problematica.

Risultati

Circa 700,000 casi di demenza e 680,000 casi di MCI possono essere stimati nella popolazione migrante residente in Europa al 2018. Il numero di migranti con disturbi cognitivi che si rivolgono ai servizi dedicati in Italia è, invece, ancora molto esiguo e l'accesso sembra per lo più ristretto ai migranti più integrati. Nella maggior parte dei CDCD coinvolti nella survey il numero di soggetti migranti in carico al servizio è stato considerato stabile nel tempo (ultimi 5 anni). L'iter diagnostico nei migranti è stato ritenuto sovrapponibile a quello adottato nei confronti di soggetti nativi nella quasi totalità dei centri. La maggior parte dei servizi ha riportato la possibilità di attivare servizi di mediatori culturali e/o interpreti, mentre solo pochi hanno segnalato la disponibilità di strumenti di valutazione tradotti e/o cross-culturali.

Conclusioni

I dati prodotti dal progetto ImmiDem consentono una caratterizzazione preliminare del fenomeno emergente dei disturbi cognitivi della popolazione migrante. La survey sarà estesa a tutti i servizi per la demenza (CDCD, centri diurni, strutture residenziali) presenti sul territorio. Saranno inoltre condotte attività finalizzate a identificare e promuovere percorsi di cura o good practices dedicate ai migranti affetti da disturbi cognitivi.

Contatto: Marco Canevelli (marco.canevelli@iss.it)

Qualità delle cure primarie a confronto: l'ospedalizzazione evitabile per scompenso cardiaco negli italiani e negli immigrati.

DALLA ZUANNA T.¹, CACCIANI L.², BARBIERI G.¹, FERRACIN E.³, ZENGARINI N.³, DI GIROLAMO C.⁴, CARANCI N.⁴, PETRELLI A.⁵, MARINO C.², CANOVA C.¹

¹ Università degli studi di Padova, dipartimento di scienze cardiologiche, toraciche e vascolari, unità di biostatistica ed epidemiologia clinica; ² Il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio; ³ Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Grugliasco (TO); ⁴ Agenzia sanitaria e sociale regionale, Emilia-Romagna, ⁵ Istituto Nazionale Migrazione e Povertà (INMP).

Introduzione e obiettivi

Il considerevole aumento della popolazione immigrata in Italia degli ultimi decenni ha reso fondamentale il monitoraggio del loro stato di salute e dell'accessibilità del Servizio Sanitario. In particolare, è importante monitorare prevalenza e gestione delle malattie croniche, spesso legate ad abitudini insalubri e a condizioni di disagio socioeconomico. Molto poco si sa sulle differenze di prevalenza e gestione dello scompenso cardiaco tra immigrati e popolazione autoctona in Italia e più in generale nel contesto Europeo.

Le Cure Primarie (CP) accessibili, gratuite e universali, sono uno strumento potenzialmente molto efficace per entrare in contatto con le popolazioni vulnerabili. Per la valutazione dell'accessibilità ed efficacia delle CP si può usare l'indicatore ospedalizzazione evitabile (OE): esso considera i ricoveri ospedalieri per condizioni il cui trattamento ambulatoriale appropriato permetterebbe di evitare il ricovero stesso. Fra queste condizioni, lo scompenso cardiaco è la causa di OE più frequente tra i soggetti adulti. L'obiettivo dello studio è quello di confrontare i tassi di OE per scompenso cardiaco dei cittadini italiani e stranieri in 6 città Italiane.

Metodi/Azioni

Le coorti in studio includono le popolazioni di Bologna, Modena, Reggio Emilia, Roma, Torino e Venezia, appartenenti alla rete italiana degli studi longitudinali metropolitani. Sono stati inclusi i soggetti tra i 18 e i 64 anni ivi residenti per almeno un giorno dal 2001 al 2014. Gli Italiani sono stati confrontati con gli immigrati da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), poi divisi per area geografica di origine. Sono stati calcolati i rischi relativi (RR) di OE per scompenso cardiaco aggiustati per sesso, età e anno di calendario e i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95% tramite regressione binomiale negativa. I RR sono stati valutati complessivamente con una metanalisi ad effetti casuali.

Risultati

Sono stati inclusi nello studio 4.595.984 adulti, il 18,5% dei quali immigrati da PFPM, con 13.194 ricoveri per scompenso cardiaco complessivi. Seppure non statisticamente significative, le stime del rischio di OE per scompenso cardiaco sono più alte sia tra gli uomini da PFPM rispetto agli italiani (RR=1,20; IC95%=0,99-1,47) sia tra le donne (RR=1,26; IC95%=0,77-2,06). Gli immigrati uomini provenienti da Africa ed Europa Centro-orientale hanno rischi più elevati rispetto agli italiani, mentre quelli dall'America Centro-meridionale hanno un rischio inferiore. Nelle donne, solo le subsahariane hanno rischi maggiori delle italiane.

Conclusioni

Nella popolazione adulta immigrata da PFPM si osservano eccessi di ricoveri evitabili per scompenso cardiaco rispetto agli italiani, con marcate differenze per aree d'origine. Possibili spiegazioni potrebbero essere una maggiore diffusione di fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, ma anche uno svantaggio in termini di accessibilità alle CP rispetto ai cittadini Italiani.

Contatto: Teresa Dalla Zuanna (teresa.dallazuanna@studenti.unipd.it)

Il diabetico “invisibile”: nuovo approccio alle patologie croniche nei due ambulatori per stranieri indigenti della provincia di Reggio Emilia

MAZZOCCHI A.¹, MANICARDI V.¹, CAVANI R.¹, DORIGATTI C.¹, BONVICINI D.¹; FRANZINI A.², FORNACIARI R.³, BONVICINI F.³

¹ Ambulatorio Caritas RE; ² Fondazione Guido Franzini; ³ Centro Salute Famiglia Straniera, AUSL RE

Introduzione e obiettivi

Sino a qualche anno fa i pazienti che afferivano ai due ambulatori per indigenti stranieri della provincia di Reggio Emilia (RE), Ambulatorio Caritas (AC) e Centro Salute Famiglia Straniera (CFS), presentavano prevalentemente problematiche acute, che richiedevano una risposta pronta, quasi sempre risolutiva della patologia riscontrata. La popolazione che stiamo assistendo negli ultimi anni è di età sempre più avanzata, le patologie croniche sono più presenti, a volte con quadri già evoluti. È il caso della malattia diabetica.

Fattori genetici comportano un elevato rischio per l'insorgenza di diabete mellito specie nelle popolazioni africana e sud-est asiatica, ma tra i migranti è rara la consapevolezza di questo rischio. Inoltre la mancata conoscenza dei servizi sanitari territoriali li esclude da interventi di prevenzione primaria.

Critica è la condizione degli stranieri irregolari: la perdita del lavoro o del domicilio creano condizioni di incertezza giuridica a volte transitoria, a volte duratura nel tempo. Alcuni tra questi soggetti sono del tutto “invisibili” per il nostro Servizio Sanitario.

I pazienti che afferiscono agli ambulatori AC e CFS sono spesso in questa situazione.

Sulla base di queste considerazioni abbiamo organizzato un servizio per offrire ai diabetici (D) “invisibili” assistenza nei due ambulatori, consapevoli che la presa in carico di questi pazienti richiede disponibilità di strumenti, di tempo ed un'ampia rete assistenziale.

Metodi/Azioni

I due ambulatori AC e CFS, che collaborano attivamente dal 1998, erogano prestazioni di Medicina di Base e Specialistica, utilizzano lo stesso applicativo di refertazione e le diagnosi sono archiviate secondo i codici ICD9.

Nel 2018 presso l'AC abbiamo attivato la specialistica “Diabetologia” per gli utenti dell'AC e del CFS, con 2 medici diabetologi volontari. L'educativo alimentare e terapeutico viene svolto con l'aiuto dei mediatori culturali. Il Servizio Farmaceutico dell'AUSL fornisce i farmaci ed alcuni presidi. Il servizio di Diabetologia dell'AUSL raccoglie il materiale restituito dai pazienti, che viene poi donato all'AC. Per gli “invisibili” tramite la Fondazione Franzini sono possibili approfondimenti diagnostici presso la Casa di cura Villa Verde.

Per valutare l'andamento della prevalenza dei pazienti D e degli accessi associati, abbiamo comparato il 1° semestre dell'anno 2013 con il 1° semestre del 2019.

Risultati

Nel 1° semestre 2013 sono stati visti 51 D (il 2,6% di tutti i pazienti), di età media di 49 anni, 62,7% maschi, mentre nel 1° semestre 2019 sono stati presi in carico 127 D (il 7% di tutti), di età media di 55 anni, 54,3% maschi, con un incremento del 240%. La media degli accessi nel periodo è passato da 2.2 a 4.0 per paziente.

Conclusioni

Nel periodo esaminato, negli ambulatori AC e CFS si è verificato un aumento del numero degli accessi per diabete e della presa in carico per questa patologia cronica, con miglioramento dell'offerta sanitaria e dell'adesione ai percorsi per questa sottopopolazione fragile.

Contatto: Angela Mazzocchi (mazzocchi-a@libero.it)

Infezione da HIV e infezione da HCV. L'esperienza del progetto "Pro-Access 2019": Improve access to sexual and reproductive health services for refugees and asylum seekers who are sexual and gender-based violence (SGBV) and male/female genital mutilation

BELLISSIMO F., LUCIANO N., DI DIO D., SCALIA F., LONGO M., MANULI M., FLORIDIA G., SCALZO S., CEESAY K., SLEEMANKHEL A., BEN DHIAB S., PETRELLI G.

LILA Catania Onlus, Lega Italiana Lotta Aids

Introduzione e obiettivi

Le persone migranti continuano a essere vittime della tratta e dello sfruttamento sessuale anche dopo aver raggiunto l'Europa. Questo favorisce sia l'acquisizione che la diffusione di malattie a trasmissione sessuale, inclusa l'infezione da HIV. Il Progetto "Pro-Access 2019" ha inteso migliorare l'accesso ai servizi di salute pubblica per i migranti affetti da patologie della sfera sessuale e riproduttiva. Obiettivo di questo studio è conoscere la prevalenza delle infezioni HIV e HCV nelle persone migranti che vivono nella provincia di Catania.

Metodi/Azioni

Il Progetto è stato implementato da un team interdisciplinare di medici, psicologici, assistenti sociali, mediatori culturali e operatori LILA. Ha previsto sessioni informative sulla prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle MTS. Previa l'acquisizione del consenso informato, i migranti potevano sottoporsi a test rapido salivare per HIV e HCV. Le sessioni informative sono state svolte presso i centri di accoglienza per persone migranti della Sicilia Orientale, presso strutture della città di Catania che forniscono servizi alle persone migranti e all'interno di un drop-in a bassa soglia, approntato da LILA Catania, i cui servizi venivano promossi nel corso di attività di outreach. Pro-Access 2019 ha avuto una durata di 10 mesi, dal mese di febbraio al mese di novembre.

Risultati

Durante i 10 mesi di progetto sono state effettuate 97 visite in 23 strutture di accoglienza, e 78 aperture del drop-in. Sono stati incontrate 3407 persone migranti, 384 migranti (75% di sesso maschile; età mediana 25 anni; principalmente provenienti dall'Africa Occidentale; 48% richiedenti asilo o ricorrenti) hanno accettato un colloquio con un medico e counseling con lo psicologo si sono sottoposti ai test diagnostici per HIV e HCV. Sono stati osservati 13 test preliminarmente positivi per HIV, di cui 5 confermati al test ematico, e 3 test positivi per HCV. Tutti i casi confermati sono stati avviati a trattamento presso le strutture del SSN. Sono stati distribuiti 2032 condom 2929 materiali informativi sulle MTS.

Conclusioni

Facendo un raffronto tra i dati dei migranti accolti in strutture d'accoglienza e quelli del setting informale (la città) abbiamo osservato che tutti i casi di positività per HIV provenivano dal setting informale, a conferma che vivere in una situazione protetta (centri di accoglienza) protegge da acquisire infezioni. Il diritto alla salute della popolazione migrante rischia di essere messo in discussione (barriere all'iscrizione al SSN, assenza di mediatori culturali, carenza di servizi di salute mentale dedicati).

Marginalizzazione e povertà creano situazioni di vulnerabilità nella quali le infezioni sessualmente trasmesse possono verificarsi più frequentemente per cui la necessità di servizi a bassa soglia per intercettare la popolazione più vulnerabile.

Contatto: Francesco Bellissimo (francescobell78@gmail.com)

Costi per i pazienti e potenziali disuguaglianze associate alla tubercolosi tra i pazienti italiani e migranti a Roma, Italia.

BOLZAN A.; PITTALIS S.; TIMELLI L.; GUALANO G.; PALMIERI F.; GIRARDI E.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani", Roma

Introduzione e obiettivi

I pazienti con tubercolosi (TB) e le loro famiglie possono sperimentare gravi conseguenze economiche e sociali dovute alla malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) raccomanda di effettuare indagini nazionali sui costi sostenuti dai pazienti con TB per stimare la proporzione di famiglie che devono sostenere costi catastrofici. La conoscenza di tali costi è limitata per paesi a bassa incidenza di TB con copertura sanitaria universale come l'Italia.

L'obiettivo del nostro studio è di stimare l'impatto della TB indagando i costi economici (medici e non medici) e sociali attribuibili alla malattia sostenuti da pazienti italiani e migranti.

Metodi

Lo studio è stato disegnato secondo la metodologia WHO Tuberculosis Patient Cost Survey. Da novembre a dicembre 2019 abbiamo intervistato pazienti in trattamento per TB presso l'Istituto per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma (Italia) esplorando i costi medici e non medici dovuti alla malattia, prima e dopo la diagnosi, inclusi l'eventuale perdita di lavoro o di opportunità di lavoro, così come percepiti e riferiti dai pazienti. Per stimare i costi durante il trattamento, abbiamo estrapolato i costi mensili fin qui sostenuti sulla base della durata prevista del trattamento. Per stimare la perdita di guadagno, abbiamo confrontato il reddito del paziente prima e dopo la diagnosi di TB.

Risultati

Dei 63 partecipanti arruolati nello studio, tuttora in corso, 47 (75%) erano uomini; l'età media era di 46 anni (deviazione standard $-DS- \pm 15$); 44 (70%) erano migranti. Ventinove (46%) percepivano stabilmente un reddito, 18 (29%) avevano un lavoro a tempo determinato/precario e 16 (25%) erano disoccupati. Il tempo mediano dall'insorgenza dei sintomi all'inizio del trattamento per TB è stato di 75 giorni [range interquartile (IQR) 23-194] per i migranti e 124 giorni [IQR 63-237] per gli italiani. I costi totali mediani per il trattamento della TB risultavano inferiori per i migranti che per gli italiani (152 [IQR 0-462] e 530 [IQR 116-2005] rispettivamente, $p = 0,026$). Nessun costo è stato sostenuto dai pazienti durante la degenza ospedaliera. Una proporzione rilevante di migranti ha riferito una perdita di guadagno dopo l'insorgenza della TB rispetto agli italiani (rispettivamente 50% e 13%, $p = 0,002$); ha perso il lavoro (41% migranti vs 13% italiani) o opportunità di lavoro (69% migranti vs 38% italiani); ha dovuto cambiare casa a causa della TB (35% migranti vs 18% italiani).

Sia i pazienti migranti che italiani hanno sperimentato lo stigma e la paura dello stigma (rispettivamente 68% e 66%).

Conclusioni

In Italia, i pazienti non devono sostenere spese mediche significative per il trattamento della TB. Tuttavia, i nostri dati suggeriscono che costi rilevanti dovuti alla TB possono essere associati alla perdita di guadagno o di lavoro, e i pazienti colpiti sono soprattutto persone con un lavoro temporaneo e migranti. I risultati dello studio potrebbero contribuire a tracciare un quadro più dettagliato dello stato socioeconomico dei pazienti e suggerire indicatori per definire una soglia per la stima dei costi catastrofici della TB in Italia.

(Ministero della salute - Ricerca Finalizzata RF-2016-02361757).

Tuberculosis among migrant people in Sicily: a real life report

PIPITONE G.¹, PRESTILEO T.^{2,3}, SANFILIPPO A.², DI LORENZO F.², FICALORA A.², DINO O.⁴, CORRAO S.⁵ ON BEHALF OF ITACA (IMMIGRANT TAKE CARE ADVOCACY) TEAM - PALERMO

1) UOC Malattie Infettive, Università della Campania Luigi Vanvitelli; 2) UOC Malattie Infettive adulti, ARNAS Civico - Palermo; 3) Stop TB - Sezione di Palermo; 4) UOS Promozione Salute Immigrati - ASP 6 Palermo; 5) UOC Medicina Interna 2, ARNAS Civico - Palermo

Introduzione e obiettivi

Fra il 2014 ed il 2017, il numero di migranti giunti in Italia mediante le rotte del Mediterraneo ha raggiunto numeri senza precedenti. La maggior parte dei migranti sono stati recuperati nel Mediterraneo Centrale e sono sbarcati in Sicilia. La tubercolosi (TB) rappresenta una malattia sociale e la migrazione, come determinante di salute, aumenta la mortalità correlata alla TB. Nel Maggio 2014 l'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato una risoluzione per chiedere ai Governi nazionali di adottare la "End-TB Strategy": una diagnosi precoce, in particolare fra i gruppi ad alto rischio (come i migranti) è il primo step per raggiungere tale obiettivo. Il nostro studio ha stimato la frequenza di TB attiva e TB latente (LTBI) fra la popolazione migrante afferente ai centri di permanenza di diverse città siciliane, fra il 2011 ed il 2017.

Metodi/Azioni

Il fenomeno migratorio ha mostrato differenti scenari negli anni. Di conseguenza, la presa in carico dei pazienti, le procedure diagnostiche e la registrazione dei dati dei pazienti non sono stati sempre omogenei. Ciò potrebbe rappresentare un bias di campionamento, giustificato dalla natura critica del fenomeno migratorio e la necessità di assicurare correttamente diagnosi e trattamento. La maggior parte dei casi osservati, lo screening è stato effettuato mediante test di Mantoux o Quantiferon fra le 4-6 settimane dall'arrivo in Sicilia, e comunque entro 2 mesi dallo sbarco. Tutti i migranti con un test di screening positivo hanno eseguito una radiografia (Rx) del torace ed esame dell'espettorato. Definizione di caso:

LTBI: positività al test di screening (Mantoux o Quantiferon), in paziente con Rx-torace e esame dell'espettorato negativo.

TB attiva: diagnosi clinica e/o positività all'esame dell'espettorato e/o Rx torace in paziente con positività al test di screening.

Risultati

Dal 2011 al 2017 abbiamo valutato 6.020 migranti, tutti africani. I maschi erano 4.711, donne 1.309 con età compresa fra 16-29 anni. L'infezione tubercolare è stata diagnosticata in 1.304 persone (21,6%); la TB attiva in 185 (3,1%) persone, 50 (0,8%) dei quali positivi all'esame dell'espettorato.

Conclusioni

Nonostante la particolare vulnerabilità del nostro campione, la frequenza di pazienti bacilliferi era inferiore all'1%, dato sovrapponibile ad altri studi italiani.

Contatto: Giuseppe Pipitone(pep2pe@gmail.com)

I risultati preliminari di un programma di screening nell'ambito del Progetto START 2.0 "Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale (RTPI)"

CHIESI S.¹, MAGRO P.¹, VAGNI S.¹, INDELICATO A.¹, ALESSANDRINI L.¹, SCOLARI C.², SIMONINI F.¹, CAPONE S.³, CASTELLI D.¹, ZANOTTI P.¹, EL HAMAD I.^{1,2,3}

¹ Progetto START 2.0, ASST Spedali Civili di Brescia; ² Struttura semplice di Medicina Transculturale e Malattie Sessualmente Trasmesse, ASST Spedali Civili di Brescia; ³ U.O. Malattie Infettive, ASST Spedali Civili di Brescia

Introduzione e obiettivi

Illustrare i risultati parziali di uno screening tuttora in corso per la tubercolosi (TB) e per alcune Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST), offerto ai RTPI da un'equipe sanitaria specializzata nell'ambito del progetto START 2.0.

Metodi/Azioni

L'equipe costituita da medico, infermiera e assistente sanitaria organizza le visite in ambulatorio o in loco tramite l'Unità Mobile, intercettando i pazienti che accedono spontaneamente o tramite segnalazione da parte dei Centri d'Accoglienza. La visita medica viene effettuata avvalendosi al bisogno di un mediatore linguistico-culturale ed ha l'obiettivo di valutare lo stato generale di salute dei RTPI. Vengono proposti gli screening per eventuali patologie diffusibili e consigliati gli interventi di profilassi secondo la normativa vigente. Ove necessario si programmano i successivi follow-up e gli accompagnamenti alle strutture di secondo livello. L'identificazione di una qualsiasi forma di vulnerabilità psico-socio-sanitaria è parte integrante della valutazione di ogni RTPI.

Risultati

La popolazione target è composta sia da soggetti stanziali, che da soggetti di nuovo arrivo nell'area bresciana. Tra i 539 RTPI inclusi nel Progetto nel periodo 01/02/2019 - 31/01/2020, 437 (81%) sono stati presi in carico dall'equipe sanitaria. Di questi, 99 (18,4%) erano donne e l'età mediana era di 26 anni (IQR 22-31). Il 68% degli utenti proveniva dall'Africa Occidentale. I casi di Tubercolosi attiva riscontrati nell'intera popolazione di studio sono stati 8 (1,8%). Dei 105 RTPI di nuovo arrivo che hanno aderito allo screening antitubercolare, 51 sono risultati positivi alla intradermoreazione secondo Mantoux, con un tasso di cuti-positività pari al 48,5%. Tra i 262 pazienti sottoposti a screening per IST, sono stati registrati: 32 HBsAg positività, 6 infezioni luetiche, 4 HIV positività e 1 HCV positività. Il tasso complessivo di positività ad almeno un test per IST è stato pari al 16,4% (43/262).

Conclusioni

Il profilo dei richiedenti asilo nella nostra esperienza è rappresentato da soggetti giovani, soprattutto maschi africani. Le affezioni di natura infettiva sottoposti a screening, pur non rappresentando le patologie prevalenti nei RTPI, necessitano di una specifica attenzione in ottica di tutela della salute individuale e collettiva.

Contatto: Sheila Chiesi (sheilachiesi@gmail.com)

Patologie infettive nel campo profughi di Moria, Lesbo

MAHROOF-SHAFFI S., CHIESA A., ŠIMONEK T.

Clinical director of Kitrinos Healthcare Association, London, UK; Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italy

Introduzione e obiettivi

Nel campo profughi di Moria vivono attualmente 15.000 persone, oltre cinque volte la capienza ufficiale. L'assistenza medica è attualmente offerta da varie associazioni di volontari, tra cui il gruppo Kitrinos. Descriviamo le patologie infettive e il consumo di antibiotici nel campo.

Metodi/Azioni

Per ogni visita effettuata, l'operatore sanitario riporta su un apposito file Excel i dati anagrafici, la diagnosi, il piano terapeutico e la terapia proposta. I dati riportati sono stati analizzati con lo stesso programma.

Risultati

Nel 2019 sono state effettuate 9601 prestazioni mediche, di cui il 23% per patologia infettiva (n=2238). L'apparato più frequentemente coinvolto è stato il respiratorio (1335 casi, 60%), seguito dalla cute (439, 22%), dal gastroenterico (183, 8%) e dal genito-urinario (136, 6%). Sono stati registrati 33 casi di varicella, prevalentemente nel periodo invernale. Per quanto riguarda le vie aeree, il 13% delle infezioni ha riguardato le basse vie con necessità di antibiotico terapia nel 27% dei casi, prevalentemente nei mesi estivi. La scabbia è stata diagnosticata in oltre il 50% dei casi di infezione cutanea. Gli antibiotici più prescritti sono state le penicilline (amoxicillina, amoxicillina/clavulanato, fenossimetilpenicillina) e macrolidi (azitromicina e claritromicina), sporadicamente prescritti fluorochinoloni, cotrimossazolo, nitrofurantoina, fosfomicina e tetraciline.

Conclusioni

Le patologie infettive determinano una quota rilevante di consultazioni mediche, verosimilmente a causa della sovrappopolazione e delle scarse condizioni igieniche del campo profughi di Moria. Tra le principali problematiche identificate vi è la mancanza di mezzi diagnostici che preclude l'impiego della terapia eziologica. Nel campo, in particolare, non sono disponibili strumenti per l'identificazione delle infezioni da HIV, HBV e tubercolosi.

Contatto: Annacarla Chiesa (annacarla.chiesa@gmail.com)

Un anno di sorveglianza delle arbovirosi in Sicilia

¹ GERACI C.², MANSUETO P.³, AFFRONTI A.⁴, COLLETTI P., PIAZZA F.⁵, AFFRONTI M.⁶, VITALE G.

¹ U.O.S. di Medicina dei Viaggi del Turismo e delle Migrazioni, A.O.U.P. Palermo; ² U.O.C. Geriatria, A.O.U.P. Palermo; ³ U.O. Gastroenterologia, Ospedale Cervello Palermo; ⁴ U.O. Malattie Infettive, A.O.U.P. Palermo; ⁵ U.O.S. di Medicina dei Viaggi del Turismo e delle Migrazioni, A.O.U.P. Palermo; ⁶ CRR Malattie trasmesse da artropodi

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi anni in Europa e in Italia si è assistito ad un aumento di casi di Arbovirosi, zoonosi virali trasmesse da vettori artropodi. Attualmente si contano più di 100 tipi di arbovirus responsabili di infezioni autoctone o da importazione e per questo motivo è richiesta una maggiore attenzione, sia in caso di viaggio che in casi autoctoni. In Italia sono soggette a sorveglianza speciale le seguenti arbovirosi: Dengue, Chikungunya, Zika, West Nile, Encefalite da zecche (TBE) e infezioni neuro-invasive da virus toscana (TOSV). Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le Regioni, coordinano in Italia le attività di sorveglianza epidemiologica, virologica ed entomologica per identificare i casi di Arbovirosi, al fine di attuare misure per ridurre il rischio di trasmissione del virus.

Metodi/Azioni

I campioni a noi giunti, provenienti da diversi ospedali regionali, sono stati inviati per sospetto clinico in: pazienti con disturbi del SNC; pazienti febbrili provenienti da viaggi in paesi endemici per le arbovirosi; soggetti con sintomi e segni assimilabili alle patologie in studio per confermare o escludere la diagnosi. Le indagini effettuate sono state concordate con l'ISS, ed i casi positivi sono stati trasmessi, come indicato dalle circolari ministeriali.

Risultati

Da gennaio 2019 sono giunti alla nostra osservazione 12 casi di arbovirosi inviati da Enti Ospedalieri Regionali con sospetto clinico: n.6 casi autoctoni di infezioni neuro-invasive da TOSV; n.6 casi da importazione, reduci da viaggi con sospetto clinico e confermato in laboratorio di Dengue, TBE e Chikungunya.

In tutti i casi la diagnosi di laboratorio è stata eseguita su siero e liquor, quando disponibile, e confermata dal Laboratorio di Riferimento Nazionale.

Conclusioni

Negli ultimi anni la diffusione delle Arbovirosi si è espansa ulteriormente diventando un problema di salute pubblica emergente. Considerando l'aumento costante del numero di casi è necessario, al fine di evitare una maggiore diffusione, avere come obiettivi una maggiore consapevolezza da parte dei clinici che porti all'individuazione ed al riconoscimento precoce dei quadri clinico-patologici, implementando la collaborazione con i laboratori di riferimento; attuare prontamente misure di controllo per limitare la trasmissione del virus dalle persone alle zanzare e prevenire la trasmissione mediante trasfusioni ematiche, di organi e tessuti.

Contatto: Cristina Geraci (cristina.geraci.21@gmail.com)

La prevalenza della Infezione Tuberculare Latente e aderenza alla profilassi farmacologica nei richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI): confronto dei dati 2015 vs 2018. Collaborazione AUSL- Caritas Diocesana, Ferrara

ZANOTTI C.¹, RICCI G.¹, MANTOVANI R.², MAZZONI F.², BENINI M.², RASCONI G.¹

¹ Poliambulatorio Betania, Caritas Diocesana Ferrara; ² Ambulatorio Pneumotisiologico, AUSL di Ferrara

Introduzione e obiettivi

Il fenomeno migratorio ha subito nell'ultimo quinquennio importanti cambiamenti soprattutto legati all'evoluzione degli eventi geopolitici nell'area mediterranea, influenzando in Italia l'acoglienza e l'assistenza sanitaria da parte delle organizzazioni cooperanti. L'USL di Ferrara e il Poliambulatorio Betania Caritas Diocesana collaborano nella attività di assistenza e di screening sanitario. Gli scopi del presente studio sono stati quelli di confrontare l'anno 2015 e il 2018, anno di incremento delle presenze nei CAS, i dati ottenuti da: 1) lo screening della Malattia tubercolare (TB) per la ricerca dei soggetti con ITBL, Infezione Tuberculare Latente (report OMS 2018, 23% popolazione mondiale); b) l'applicazione e l'aderenza alla profilassi farmacologica. È stata anche considerata la prevalenza della ITBL in base all'area di provenienza dei migranti da area Sub-Sahariana, Medioriente, Sud-Est asiatico ed Est Europa.

Metodi/Azioni

Sono stati analizzati per gli anni 2015 e 2018, i dati dello screening tubercolare e le relative procedure di follow-up terapeutico per ITBL, secondo le linee guida e raccomandazioni (OMS, ISS-SIMM, 2018), presso le strutture sanitarie di riferimento della provincia di Ferrara nei RTPI. La diagnostica di screening si è basata su procedure standardizzate: TST positivo con diametro ≥ 10 mm, Rx torace standard negativo per lesioni TB attive, Test IGRA (Test a rilascio interferone gamma) positivo. La profilassi farmacologica è stata eseguita con Isoniazide 300 mg (Nicozid® 1 cp/die per 6 mesi) oppure Rifampicina+Isoniazide (Rifinah® 600 mg rifampicina e 300 mg Isoniazide, 2 cp/die per 3 mesi), sulla base dell'oggettività clinico/ematochimica di ogni soggetto esaminato.

Risultati

Dal confronto dei dati si osserva una differenza significativa nei casi esaminati 122 (2015) vs 321 (2018) in linea con le presenze nei CAS. Pressoché sovrapponibili nei due gruppi sono: età 26 ± 6 (2015) vs 25 ± 6 2018, sesso M 106 F 16 (2015) vs M 263 F 58 (2018). Provenienza, >70% dall'area subsahariana. La prevalenza di ITBL accertata è differente nei due gruppi, ma non significativamente, 48.4% (2015) VS 54.1% (2018). Nei casi con ITBL, l'aderenza alla terapia prescritta è stata elevata: 84.7% (2015) vs 81.8% (2018). La profilassi combinata Rifampicina+Isoniazide è stata utilizzata maggiormente nel 2018 (39.4%) vs (11.9%) 2015. L'Isoniazide è stata applicata maggiormente nel 2015, 73% dei casi vs 52% nel 2018. L'aderenza al trattamento è stata elevata sia nel 2015 che nel 2018 10% dei casi (2018) vs 7% (2015) non ha eseguito la terapia.

Conclusioni

Il nostro studio osservazionale ha evidenziato un notevole incremento (200% circa) dei casi esaminati nel 2018 vs 2015. La demografia della popolazione è pressoché sovrapponibile. La prevalenza di ITBL, circa 50%, non presenta differenze significative nei due gruppi esaminati. Nel 2018 è stata maggiormente applicata, laddove possibile, la profilassi duplice, con lo scopo di ottenere una maggior aderenza per la sua durata più breve.

Contatto: Carlo Zanotti (carlozanotti60@gmail.com)

Promozione della vaccinazione tra i migranti

PERROTTI A., BIHIZI J.D.D., THIAM O., BELLARDINELLI A.

Emergency ONG

Introduzione e obiettivi

L'OMS e l'ECDC sottolineano l'importanza di garantire anche ai migranti irregolari, ai rifugiati e ai richiedenti asilo un adeguato accesso alle vaccinazioni nei Paesi ospitanti. Il PNPV 2016-2018 e il PNPV 2017-2019 individuano tra gli obiettivi la promozione di interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni come i migranti marginalizzati o vulnerabili che spesso hanno difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione e che devono essere oggetto di strategie e azioni ad hoc.

Si è avviato quindi un progetto pilota con l'obiettivo di attivare campagne di vaccinazione nei confronti dei migranti della Piana di Gioia Tauro.

Metodi/Azioni

Nel novembre e dicembre 2016, si sono arruolate le persone che hanno fatto accesso nell'ambulatorio Emergency di Polistena (RC) con:

1. età \geq di 18 anni;
2. permanenza sul territorio per un periodo non inferiore a 8 mesi (tempo di completamento del ciclo primario);
3. anamnesi vaccinale negativa e/o assenza di documentazione scritta come prova di avvenuta vaccinazione.

Gli arruolati hanno partecipato a incontri informativi con infermiere e mediatore sulle malattie per le quali si proponeva la vaccinazione.

Venivano quindi raccolte adesioni e generalità dei soggetti coinvolti che venivano trasportati tramite automezzo Emergency c/o Servizio Vaccinazione di Polistena e di San Ferdinando ASP 205 (RC) in giorni dedicati.

Risultati

Tra novembre e dicembre 2016 sono stati arruolati 30 pazienti (27 maschi e 3 femmine) con età media di 29,2 anni. Nella maggior parte dei casi provenivano da paesi dell'Africa sub-sahariana.

Tutti i pazienti a seguito del councilig informativo hanno deciso di aderire al progetto.

Il 100% è stato sottoposto alla prima dose del ciclo primario, il 26,6 % alla II dose e solo il 6,6% ha completato il ciclo primario.

Conclusioni

L'esperienza brevemente portata avanti evidenzia il grande vantaggio derivante dalla collaborazione tra ente pubblico e terzo settore per abbattere la scarsa propensione della popolazione immigrata all'accesso alle strutture sanitarie. Il semplice councilig effettuato presso l'ambulatorio Emergency ha permesso di conquistare la loro fiducia e di ottenere l'adesione di tutti alla vaccinazione.

I principali ostacoli al completamento del ciclo primario previsto sono stati di due tipi

1. Socio-culturali: • i pazienti davano priorità alle giornate di lavoro a loro offerte e che prevedevano, in alcuni casi, lo spostamento sul territorio regionale e/o nazionale; • irreperibilità telefonica
2. Organizzative: • assenza del personale sanitario c/o i servizi di vaccinazione Asp; • mancanza di vaccino per epatite B per diverse settimane.

Si è evidenziata la necessità di informatizzare i dati sullo stato vaccinale dei migranti in modo tale che gli stessi possano accedere c/o servizi presenti su tutto il territorio nazionale al fine di: • effettuare il ciclo primario; • effettuare i richiami necessari; • evitare la sovra vaccinazione.

Contatto: Alessia Perrotti (alessia.perrotti@libero.it)

Smart video: Progetto Rosemary

FORNACIARI R.¹, GEMMI MC.¹, MAZZIERI F.¹, BONVICINI F.¹, BERTANI D.¹, SALSI S.¹, CASTRONUOVO S.², AMADEI G.³, FERRI S.³, ZANNI B.³, TINCANI E.⁴

¹ Operatori dell' Ausl di Reggio Emilia - IRCS; ² Comune di Reggio E.; ³ Coop Sociale Caleidos; ⁴ Coop la Quercia

Introduzione e obiettivi

Dal 1997 il progetto Rosemary del Comune di Reggio Emilia, insieme alla rete Aziendale della Ausl (progetto Eva Luna) svolge attività di prevenzione socio-sanitaria rivolta a persone coinvolte nei mercati della prostituzione. Il progetto fa parte della rete Regionale denominata "Oltre la Strada". Finalità prioritarie sono il monitoraggio del fenomeno, il contatto con il target, la promozione del benessere, la prevenzione, l'accesso ai servizi e l'accoglienza.

Metodi/Azioni

Il progetto si struttura attorno a due macro aree:

- prostituzione su strada con Unità di strada;
- prostituzione sommersa/indoor con un progetto specifico chiamato "Progetto Invisibile" basato su raccolta degli annunci/inserzioni on-line e successiva telefonata di presentazione dell'operatore e del servizio.

Si tratta di fenomeni in costante mutamento che necessitano di interventi di prossimità anche innovativi. Nel 2019 quindi il progetto investe sulla realizzazione di alcuni video di breve durata (da 90 a 180 sec) relativi a MST e accesso ai servizi.

L'azione principale è l'informazione intesa come leva per il coinvolgimento e l'attivazione delle persone a tutela della salute e dei diritti attraverso uno strumento multimediale

Obiettivi del progetto video sono: - presentazione progetto.

Risultati

Il prodotto realizzato per le persone coinvolte nei mercati della prostituzione ha le seguenti caratteristiche: • fruibilità: materiale non solo da leggere, ma da ascoltare e vedere; • contemporaneità: facile da consultare; • sintesi: con riferimenti chiari dei servizi a bassa soglia; • diffusione: di facile scambio tra popolazione target; • aumento della credibilità: garantisce concretezza ad un progetto basato inizialmente solo su un'interazione telefonica, non ancora mediato da una relazione di fiducia e prossimità; • rafforzamento del messaggio grazie alla figura del mediatore.

I video sono prodotti in lingua (pidgin english, cinese, italiano e rumeno) e le informazioni grafiche che riassumono i concetti chiave esposti sono stati realizzati in un formato da poter essere facilmente divulgate attraverso le piattaforme di messaggistica (Whatsapp, WeChat, Messenger etc.) ed eventualmente sui social network.

Conclusioni

Non ci sono ancora esiti riguardanti l'eventuale "passaparola" da parte delle sex workers però alla richiesta di feedback effettuata dagli operatori in strada è emersa l'utilità, la facile fruibilità dello strumento e la dichiarata diffusione dei video ad almeno un'altra sex worker.

Indicatori di risultato in fase di valutazione e quantificazione:

- comprensione del messaggio;
- aumento del passaparola e consapevolezza della presenza dei servizi sul territorio;
- aumento degli accompagnamenti ai servizi citati;
- autonomia nell'accesso;
- maggior confronto con il target sui temi MST presso il CSFS e in strada.

Contatto: Lisa Castronuovo (Lisa.Castronuovo@municipio.re.it)

Interventi psicosociali a bassa intensità per la prevenzione di patologie psichiatriche in popolazioni di richiedenti protezione internazionale in Europa

TURRINI G.¹, NOSÈ M.¹, ACATURK C.², BIRD M.³, CARSWELL K.⁴, CHURCHILL R.⁵, CUIJPERS P.⁶, KOESTERS M.⁷, OSTUZZI G.¹, PURGATO M.¹, SUIBRANDIJ M.⁶, TEDESCHI F.¹, VALIMAKI M.⁸, WANCATA J.⁹, WHITE R.¹⁰, VAN OMMEREN M.⁴, BARBUI C.¹

¹ Dip. di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Sezione di Psichiatria, Centro OMS, Università di Verona; ² Department of Psychology, Koc University, Istanbul, Turkey; ³ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support/Danish Red Cross, Copenhagen, Denmark; ⁴ Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization Geneva, Switzerland; ⁵ Centre for Reviews and Dissemination and Cochrane Common Mental Disorders Review Group, University of York, York, UK; ⁶ Department of Clinical and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute Vrije Universiteit Amsterdam; ⁷ Department of Psychiatry II, Ulm University, Ulm, Germany; ⁸ Faculty of Medicine, University of Turku, Turku, Finland; ⁹ Department of Psychiatry and Psychotherapy, Division for Social Psychiatry, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; ¹⁰ Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, UK.

Introduzione e obiettivi

RE-DEFINE (Refugee Emergency: DEFining and Implementing Novel Evidence-based psychosocial interventions) è un progetto finanziato, che si propone di testare l'efficacia di un nuovo intervento psicosociale, in un campione rappresentativo di migranti richiedenti protezione internazionale con disagio psicologico in Paesi ad alto e medio reddito. Tale intervento ha come obiettivo quello di migliorare il disagio psicologico evitandone l'evoluzione in patologie psichiatriche conclamate.

Metodi/Azioni

Il progetto prevede l'adattamento, la valutazione e l'implementazione del Self Help Plus (SH+), un nuovo intervento psicosociale preventivo di auto-aiuto sviluppato specificamente dall'OMS per rispondere alle crisi umanitarie. L'intervento è stato condotto da non specialisti a gruppi di massimo 30 partecipanti. Il rapporto costo-efficacia di SH+ sarà valutato attraverso due grandi studi multicentrici randomizzati, il primo condotto in Italia, Germania, Finlandia, Austria e Regno Unito e il secondo in Turchia. Il piano di divulgazione includerà attività strutturate come una meta-analisi di dati sui singoli partecipanti di tutti i dati disponibili sul SH+, al fine di identificare predittori specifici degli effetti dell'intervento che ne facilitino la diffusione e l'attuazione a lungo termine in Europa e in Paesi extra Europei.

Risultati

L'intervento psicosociale SH+ è stato tradotto e adattato culturalmente in 4 lingue: Arabo, Urdu, Dari e Pidgin English. In ogni centro sono stati effettuati corsi di training per formare il personale delle diverse culture a condurre i gruppi con i partecipanti. Successivamente sono stati reclutati i partecipanti e randomizzati all'interno del trial, per un totale di 459 partecipanti in Europa e 642 in Turchia. I principali paesi di provenienza dei partecipanti erano: Afghanistan, Iraq, Nigeria, Pakistan, Palestina, Siria, Somalia, Sudan, Yemen, Libano. Sono state effettuati incontri regolari di supervisione sulla conduzione dei gruppi e sulle problematiche emerse in base alle caratteristiche delle realtà locali e della popolazione target. Tutti i gruppi di intervento sono stati conclusi.

Conclusioni

L'attuazione di strategie preventive efficaci rappresenterà un passo cruciale per ottimizzare la capacità di risposta dei sistemi sanitari alle emergenze umanitarie e, a lungo termine, per la promozione dell'accessibilità degli interventi psicosociali basati sull'evidenza per popolazioni vulnerabili.

Contatto: Giulia Turrini (giulia.turrini@univr.it)

Promozione della salute. L'esperienza dell'Associazione Camminare Insieme di Torino con un gruppo di uomini stranieri

MARINO M., FERRANDO C., CISSE M., DIARRA M., RAU M.

ASSOCIAZIONE CAMMINARE INSIEME

Introduzione e obiettivi

L'Associazione Camminare Insieme nasce nel 1993 per fornire assistenza medica qualificata e gratuita a tutti coloro che non possono usufruire del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel corso degli anni, in connessione con le attività dell'ambulatorio ostetrico ginecologico, è nato il Centro Salute Mamma e Bambino per il sostegno sociale e la promozione della salute in area materno infantile.

L'approccio è quello di un coinvolgimento attivo delle donne secondo il modello della promozione della salute proposto dall'Oms, come "processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla" (Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, 1986).

Dai percorsi con le donne è scaturita l'esigenza di avviare un percorso simile anche con gli uomini.

Metodi/Azioni

Il metodo è quello di incontri di piccoli gruppi di uomini (10 – 12) che affrontano e discutono un argomento inerente la salute di loro interesse, con la supervisione dell'ostetrica, la stessa che segue le donne, e di una mediatrice culturale, provenienti dall'Africa.

L'approccio è interattivo con l'utilizzo di materiali video, discussioni, simulazioni, giochi di ruolo.

Ad oggi sono stati realizzati tre cicli di cinque incontri ciascuno. Con il 2020 è stato avviato il sesto ciclo di incontri.

Risultati

Ad ogni incontro hanno partecipato in media 12 uomini, dai 20 ai 40 anni di età. Circa la metà è rappresentata dai mariti delle donne che seguono le attività di promozione della salute e che sono anche papà. I paesi di provenienza sono Nigeria, Marocco, Camerun e Senegal.

I temi trattati: la conoscenza del corpo maschile e femminile, gli apparati riproduttivi e il loro funzionamento. Il percorso nascita. La prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Vita di coppia e educazione dei bambini. Dai primi incontri ad oggi la partecipazione attiva degli uomini è andata crescendo, proponendo essi stessi gli argomenti da trattare nel gruppo.

Conclusioni

Si tratta di un'esperienza innovativa e sperimentale, che stiamo costruendo insieme ai beneficiari. Il fatto che circa la metà dei partecipanti assista costantemente agli incontri oppure: prenda parte con costanza agli incontri è un altro segnale di interesse ed utilità dell'iniziativa.

Una criticità è rappresentata dalla difficoltà linguistica di alcuni dei partecipanti, limite che si supera grazie all'intervento della mediatrice culturale, utile non solo per gli aspetti linguistici, ma anche per la prossimità e conoscenza delle culture di appartenenza dei partecipanti.

Contatto: Cristina Ferrando (c.ferrando@camminare-insieme.it)

Manuale per gli operatori sanitari: come approcciare al paziente in un'ottica dei determinanti sociali della salute

MAFFEI R., PENNONE R.

Gris Campania

Introduzione e obiettivi

Nell'ottica di un impegno al contrasto alle disuguaglianze in salute è fondamentale recuperare la relazione medico-paziente a partire da un'anamnesi socio-sanitaria che tenga conto dei fattori ambientali, sociali, economici e culturali che incidono sulla salute di persone e comunità. Tale compito spetta soprattutto alle cure primarie che sono il punto di accesso al servizio sanitario e hanno il ruolo di conoscere il paziente e di accompagnarlo nel percorso di cura e prevenzione. Da questi presupposti nasce l'idea di creare uno strumento di consultazione per approcciare al paziente e di somministrare un questionario ai medici di Medicina Generale sui Determinanti Sociali, con l'obiettivo di valutare quanto questi temi siano presenti nella pratica clinica e stimolare un dibattito su come contrastare le disuguaglianze in salute.

Metodi/Azioni

Abbiamo raccolto in un manuale sinottico le principali nozioni su determinanti sociali, disuguaglianze in salute e anamnesi, con focus sul paziente migrante. Parallelamente, per avere una percezione di quanto sia importante per gli operatori un approccio socio-sanitario, abbiamo intervistato 21 medici. Il questionario proposto è suddiviso in un quesito sui fattori che determinano la salute e sulla descrizione di due casi clinici. Ai medici veniva chiesto di attribuire un punteggio ai fattori che ritenevano più importanti per la salute.

Risultati

Dall'analisi dei risultati è emerso quanto segue:

Da cosa dipende la nostra salute? Il 33% dei medici ha risposto che per il 50% dipende dalla genetica, 28% accesso alle cure, 23% stili di vita, 4% ambiente.

Per ogni caso clinico, ordina i fattori che incidono maggiormente sulla salute del paziente e scrivi che strategie metteresti in campo. Nel primo caso clinico i fattori considerati più importanti sono le sue patologie. Sono considerate di minore rilevanza l'istruzione, il reddito, il lavoro ed i fattori psicosociali. Nel secondo caso clinico i fattori considerati più importanti sono: situazione abitativa, ipertensione, BPCO, professione svolta.

Conclusioni

Le risposte sui casi clinici riflettono che l'approccio al paziente è centrato sulla malattia e sugli stili di vita, poiché è predominante il modello biomedico su quello psicosociale. Per ottenere una maggiore diffusione dell'approccio basato sui determinanti sono necessari interventi di formazione per le professioni sanitarie e una riforma delle cure primarie, che parta dai bisogni dell'assistito e che aiuti un approccio multidisciplinare. Immaginiamo che il manuale proposto possa essere un punto di partenza per avvicinarsi alla tematica dei determinanti e iniziare a fruirne nella pratica clinica quotidiana.

Contatto: Rita Maffei (Rita.maffei87@gmail.com)

“Il Servizio Sanitario si prende cura di te”: promozione interculturale degli screening oncologici in 12 lingue nelle regioni Marche, Campania, Liguria e AUSL di Reggio Emilia

CARLETTI P.¹, CHIARENZA A.², REFE M.¹, PAGANI S.¹, ORAZI N.¹, CIANNAMEO A.², RIBOLDI B.², TORASSO G.³, FORNO P.³, ERICO R.⁴, VICHI S.⁵

¹ Osservatorio Diseguaglianze nella salute, Regione Marche; ² Ricerca & Innovazione Governo Clinico, AUSL RE; ³ ALisa, Regione Liguria; ⁴ DG Tutela Salute, Assistenza territoriale, Regione Campania; ⁵ Associazione Senza Confini Ancona

Introduzione e obiettivi

Gli immigrati rappresentano una percentuale rilevante della popolazione target degli screening oncologici (mediamente in Italia: 11% per la cervice, 7% per la mammella, 5% per il colon retto); la letteratura evidenzia un maggior rischio per gli immigrati di giungere tardivamente alla diagnosi di tumore. Alcuni ostacoli all'adesione agli screening sono: difficoltà ad essere raggiunti dalla lettera di invito, resistenze "culturali", basso livello di health literacy, carenza di mediazione interculturale. L'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute Regione Marche, insieme a Regione Liguria, AUSL di Reggio Emilia, Regione Campania, Associazione Senza Confini di Ancona e con il sostegno dell'INMP, ha realizzato il progetto "Il Servizio sanitario si prende cura di te" al fine di promuovere i programmi di screening oncologici presso la popolazione immigrata e vulnerabile.

Metodi/Azioni

Un gruppo di progetto multidisciplinare (10 operatori sanitari, 28 mediatori di lingua madre di 18 nazionalità, esperti di traduzioni interculturali, grafico e operatore cinematografico) ha prodotto materiali informativi innovativi plurilingue, utilizzando un approccio basato sulla competenza culturale. Le azioni del gruppo di progetto sono state: 1) disamina di materiali informativi esistenti (nazionali ed internazionali), 2) costruzione del messaggio (tecnico-prescrittivo ed empatico) 3) traduzione interculturale da parte di mediatori/traduttori madrelingua, 4) testing della traduzione, 5) condivisione con i grafici e con il regista del video delle modalità comunicative più appropriate, 6) incontri di formazione/azione per operatori sanitari e di informazione/sensibilizzazione per immigrati.

Risultati

I prodotti del progetto sono: 1) creazione e pubblicazione on line di mappe georeferenziate per la conoscenza delle caratteristiche socio-anagrafiche immigrati nel territorio, 2) materiali interculturali informativi sugli screening in 12 lingue (albanese, rumeno, arabo, spagnolo, cinese, inglese, francese, ucraino, hindi, urdu, bengalese, italiano): brochures, locandina, scheda informativa per la ricerca del sangue occulto nelle feci, una APP "Il Servizio sanitario si prende cura di te" ed uno spot video "Il Servizio sanitario si prende cura di te". L'APP, unica in Italia, gratuita, fornisce informazioni generali e specifiche per ogni screening, dove farli (mappa interattiva), indirizzi e numeri di telefono interattivi dei servizi a cui rivolgersi, news, eventi, link, spot video.

Conclusioni

I materiali informativi del Progetto "Il Servizio sanitario si prende cura di te", tradizionali cartacei e innovativi quali l'APP e lo Spot video, sono destinati alla popolazione immigrata e anche a quella italiana e ideati per raggiungere facilmente la popolazione in quanto oggi tutti posseggono uno smartphone e molti consultano i social media. Si ritiene importante che vengano conosciuti dagli operatori dei servizi sanitari che, nell'incontro con l'utenza straniera, possono così avere nuovi strumenti informativi per trasmettere l'informazione tecnica corretta nella lingua di origine e anche per "fidelizzare" le persone.

Contatto: Patrizia Carletti (diseguaglianze@regione.marche.it)

La presa in carico dei migranti per la prevenzione vaccinale nella ASL Roma 4

SINOPOLI M.T.¹, FUSILLO C.¹, MORUCCI L.², BELFIORE G.¹, SERRA M.C.¹, URSINO S.¹, MATERA C.¹, QUINTAVALLE G.¹

¹ ASL Roma 4, Civitavecchia; ² Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Introduzione e obiettivi

L'accesso al Servizio Sanitario e l'effettivo esercizio del diritto alla salute sono i nodi fondamentali della presa in carico dei migranti. Nella ASL Roma 4 la chiusura del CARA di Castelnuovo di Porto (CNP), uno dei più grandi d'Italia, ha condizionato il passaggio da un'assistenza sanitaria svolta all'interno della struttura, con l'ausilio del personale ivi operante, alla necessità di prendere in carico i migranti sparsi sul territorio aziendale composto da 28 Comuni.

Metodi/Azioni

La ASL Roma 4 attraverso il "Piano migrare in salute", la costituzione di una Task Force per la gestione delle malattie infettive nei migranti e l'implementazione del Centro di Orientamento Sanitario (COS), già presente dal 2003, ha creato una rete di professionisti che operano nei vari Servizi aziendali per la presa in carico globale dei migranti volta alla risoluzione dei problemi di salute. Particolare attenzione è stata posta alla prevenzione vaccinale. Tramite l'utilizzo del software di registrazione delle vaccinazioni ARVA Target sono stati analizzati i dati relativi alle vaccinazioni effettuate nella popolazione migrante nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2016 e il 31 dicembre 2019.

Risultati

Tra il 2016 e il 2018, il 98% delle vaccinazioni effettuate ai soggetti migranti sono state rivolte agli ospiti del CARA di CNP. In particolare la stretta collaborazione tra operatori ASL e CARA ha consentito la vaccinazione di oltre 5500 soggetti così come il raggiungimento di alte coperture vaccinali: 99% di vaccinati contro la polio, 96% di copertura vaccinale per i minori, ai quali è stato offerto lo stesso calendario vaccinale previsto per i soggetti italiani di pari età (bisogna tenere però conto di un tasso molto alto di re-location degli ospiti in tutta Europa che ha condizionato il completamento di molti cicli vaccinali). Sono state altresì condotte le campagne vaccinali nei soggetti a rischio, sono state vaccinate il 75% delle donne in gravidanza per difterite-tetano-pertosse ed è stato gestito un focolaio di varicella con la vaccinazione dei soggetti sieronegativi. Con la chiusura del CARA, si è proceduto sia al censimento e al raccordo con i piccoli Centri di accoglienza sparsi sul territorio, sia alla creazione di percorsi facilitati dal COS. L'analisi dei dati mostra una richiesta volontaria di vaccini solo per i minori (112 soggetti), anche in conseguenza dell'ammissione a scuola per la legge dell'obbligo, ma una volta avvenuto l'accesso al Servizio, l'accettazione del Calendario vaccinale è stata completa, così come l'adesione alle vaccinazioni dei genitori. Purtroppo la mancanza di conoscenza del denominatore, dato dalla grande dispersione dei migranti sul territorio, non ci consente di calcolare delle coperture vaccinali.

Conclusioni

La creazione di percorsi facilitati è fondamentale per l'accesso della popolazione migrante ai Servizi Vaccinali.

Contatto: Maria Teresa Sinopoli (mariateresa.sinopoli@aslroma4.it)

La promozione delle vaccinazioni nella popolazione migrante nel progetto europeo EDUVAC (Educating Vaccination Competences)

GRADELLINI C.¹, CAVANI D.², FERRI P.³, LUSETTI S.¹, MECUGNI D.⁴, SAKELLARI E.⁵

¹ Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia/Azienda Unità Sanitaria Locale - IRCCS di Reggio Emilia; ² Corso di Laurea in Infermieristica di Modena, Università di Modena e Reggio Emilia/AOU Policlinico di Modena; ³ Corso di Laurea in Infermieristica di Modena, Università di Modena e Reggio Emilia; ⁴ Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia; ⁵ Nursing Course, University of West Attica (Atene, GR)

Introduzione e obiettivi

La vaccinazione risulta essere lo strumento più efficace di prevenzione che ha portato, nel mondo, a una riduzione di 2.5 milioni di morti l'anno. I tassi di immunizzazione dei migranti, considerati fascia debole della popolazione, risultano nettamente inferiori alla popolazione autoctona per mancanza di informazioni, mancanza di programmi vaccinali nei paesi di origine e per scarsa tracciabilità dei vaccini eseguiti, soprattutto sui richiami. I professionisti della salute risultano figure fondamentali nella gestione delle cause precedentemente riportate ed è per tale ragione che la loro formazione (di base e continua) deve essere adeguata e aggiornata.

Metodi/Azioni

Una risposta a tale esigenza è il progetto Educating Vaccination Competence (EDUVAC) finanziato dalla Comunità Europea, della durata di tre anni. Al progetto collaborano i corsi di laurea in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia e i corsi di Infermieristica e Salute Pubblica di University of West Attica (Athens, GR), Metropolia University of Applied Science (Helsinki, FI), Trnavská Univerzita (Trnava, SK) e Universitat de Vic (ES). Il principale obiettivo del progetto è la promozione della vaccinazione, attraverso la programmazione di un corso E-learning, accessibile gratuitamente e in lingua inglese, perché sia fruibile da tutti i paesi dell'Unione. Sono inoltre previsti due workshop residenziali riservati agli studenti delle sedi partner, della durata di una settimana ciascuno. Tutte le attività didattiche prevedono l'acquisizione di crediti formativi.

Risultati

Al termine del primo anno di lavoro è stata realizzata la prima versione del corso, per ora accessibile solo alle sedi partner. È strutturato in sei moduli di apprendimento in lingua inglese: introduzione alla vaccinazione; procedure; counseling della persona; il contesto vaccinale della popolazione migrante; le vaccinazioni del viaggiatore; analisi e gestione dei gruppi no-vax.

Per quanto riguarda il modulo sulla popolazione migrante questo include:

- 1) Elementi di diritto alla salute ed effetto migrante sano;
- 2) Dati epidemiologici sulle migrazioni e sulle fragilità correlate in contesto di salute;
- 3) Linee guide (ECDC e OMS) relative allo screening e all'offerta vaccinale ai migranti in ingresso nella UE.

Conclusioni

Il corso è stato valutato, dai partecipanti, sia in termini di apprendimento (con questionari pre-post), sia in termini di soddisfazione con questionari di gradimento e focus group, eseguiti sia al termine del corso, sia a distanza di sei mesi. Una valutazione dei contenuti del corso è stata richiesta anche a operatori dei servizi che operano in contesti vaccinali, nei paesi partner.

Il progetto è stato molto apprezzato e riconosciuto nella sua importanza di attività informativa e divulgativa di best practice orientate non solo alla promozione della salute della comunità, ma anche alla tutela della salute migrante, in una più ampia ottica di promozione del diritto alla salute.

Contatto: Cinzia Gradellini (cinzia.gradellini@ausl.re.it)

Una campagna di offerta attiva di vaccinazioni in favore dei gruppi rom, sinti e caminanti a Roma

ROSSO A.^{1,2}, EUGENI E.³, GNOLFO F.⁴, BRANDIMARTE A.⁴, LANDI A.⁴, NAPOLI M.⁴, TONETTI S.⁴, ZAMPA A.⁴, NAPOLI P.A.¹, PERRELLI F.¹, LEOTTA D.⁵, GIAMPAOLO R.⁶, BAGLIO G.³

¹ Azienda Sanitaria Locale Roma 2; ² Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive - Sapienza Università di Roma; ³ Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà INMP; ⁴ Azienda Sanitaria Locale Roma 1; ⁵ Azienda Sanitaria Locale Roma 3; ⁶ Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

Introduzione e obiettivi

Il Piano Nomadi, realizzato a Roma tra il 2008 e il 2012, ha previsto lo smantellamento di diversi insediamenti abusivi, con trasferimento delle famiglie in campi già densamente popolati e perlopiù situati in zone periferiche della città. Gli spostamenti, unitamente al venir meno delle iniziative istituzionali di manutenzione dei campi ufficiali, hanno determinato un peggioramento delle condizioni di vita dei gruppi rom, sinti e caminanti (RSC) con ricadute negative in termini di salute e accesso ai servizi. A fronte del mutato quadro epidemiologico, su mandato della Regione Lazio, le ASL della Capitale hanno sviluppato il "Piano di intervento socio-sanitario in favore delle popolazioni romani a Roma", sotto il coordinamento dell'INMP e in collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, la Comunità di Sant'Egidio, la Croce Rossa e la Cooperativa OSA. Nell'ambito del piano, è stata prevista l'offerta attiva di vaccinazioni direttamente nei campi.

Metodi/Azioni

Gli interventi vaccinali, realizzati da aprile 2018 a ottobre 2019, sono stati rivolti ai minori di 18 anni presenti negli insediamenti di Foro Italice, Monachina, Cesare Lombroso, Camping River (ASL Roma 1), Castel Romano, La Barbuta, Salone, Salviati 70 e Salviati 72 (ASL Roma 2), Candoni e Ortolani (ASL Roma 3). L'impatto dell'intervento sullo stato vaccinale è stato valutato mediante il confronto delle coperture, prima e dopo l'intervento. Le percentuali sono state costruite a partire dai dati di presenza messi a disposizione dal Comune di Roma (e ulteriormente aggiornati nel corso delle uscite) e dalle informazioni desunte dalle anagrafi vaccinali (per le dosi somministrate prima della campagna).

Risultati

Nel corso della campagna, sono state somministrate complessivamente più di 5.500 vaccini (considerando le singole componenti e non le dosi combinate). La percentuale media di scoperta totale si è ridotta notevolmente, dal 31,6% prima dell'intervento (range: 15,4-51,1%) al 14,9% (range: 0-26,7%). La copertura relativa al ciclo vaccinale di base DTP+polio (prime 3 dosi) è passata dal 37,5% (range: 15,0-71,4%) al 45,2% (range: 15,0-82,9%). Per quanto riguarda la vaccinazione MPR, la copertura è aumentata dal 59,9% (range: 45,0-80,0%) al 78,8% (range: 64,6-89,3%).

Conclusioni

La riduzione dei livelli di scoperta in tutti gli insediamenti conferma che l'outreach rimane la strategia di elezione in situazioni di particolare marginalità.

Nonostante i miglioramenti registrati, i valori di copertura rimangono tuttavia lontani dai livelli ottimali, in particolare per il ciclo vaccinale di base DTP+polio e per la prima dose del vaccino MPR. È quindi necessario proseguire le azioni di offerta attiva delle vaccinazioni, favorendo nel contempo l'accesso della popolazione RSC ai servizi territoriali.

Nella lettura dei dati, bisogna infine considerare le criticità riscontrate nell'identificazione della popolazione presente e nella ricostruzione della storia vaccinale pregressa.

Contatto: Annalisa Rosso (annalisa.rosso@aslroma2.it)

Occhi sulla terraferma: progetto di fotografia sociale e partecipativa

SALVUCCI A., COLOTTI C.

Associazione Refugees Welcome Italia - gruppo di Macerata

Introduzione e obiettivi

L'utilizzo della fotografia come strumento espressivo e di mediazione in gruppo è oramai ampiamente diffuso nell'ambito della relazione di aiuto, dove risulta essere un dispositivo di comprovata efficacia nel favorire lo sviluppo di capacità espressive e relazionali dei soggetti coinvolti, l'esplorazione e la conoscenza di sé e del contesto di appartenenza.

"Occhi sulla terra ferma" coniuga l'approccio umano e le tecniche della fotografia sociale a quelle della fotografia terapeutica. Il progetto condotto da uno psicologo e un fotogiornalista ha coinvolto 5 giovani rifugiati tra i 20 ed i 30 anni provenienti dall'Africa sub-sahariana, già inseriti all'interno del sistema d'accoglienza dell'Associazione Refugees Welcome Italia, dando loro l'opportunità di accogliere coi propri occhi l'ambiente sociale nel quale si stanno lentamente inserendo. Un rovesciamento di prospettiva, che li ha visti protagonisti attivi nell'incontro con nuove persone, per la maggior parte giovani coetanei, e che ha contribuito ad innescare negli stessi esperienze emotive e relazionali del tutto inedite.

Metodi/Azioni

È stato elaborato un programma sperimentale fatto di progressive esercitazioni pratiche. I ragazzi, dapprima attraverso l'esperienza in aula e poi a casa, hanno intrapreso un percorso di graduale narrazione per immagini, a partire dal proprio spazio privato, sino a piccole ma significative porzioni della città di Macerata e dei suoi abitanti. Tra novembre 2019 e febbraio 2020 sono stati effettuati 10 incontri a cadenza settimanale della durata di 2 ore ciascuno. Le attività hanno previsto brevi nozioni di fotografia, tecniche di fototerapia, esercitazioni in aula, uscite esterne, discussione in gruppo del materiale prodotto, allestimento di una mostra fotografica.

Risultati

Dall'insieme delle osservazioni effettuate durante il progetto, ma in particolar modo dalle interviste effettuate ai ragazzi nella fase finale, i risultati più significativi sono stati:

Aumento del senso di auto-efficacia: nello sperimentare per la prima volta, sorprendendosi, di saper realizzare delle buone immagini e di contribuire all'organizzazione di una mostra.

Maggiore conoscenza di Sé e degli altri: nell'esprimere e condividere attraverso le foto aspetti del proprio mondo interiore, della propria storia e del contesto di vita attuale.

Maggiore fiducia nelle proprie capacità relazionali: resa possibile sia dal lavoro in gruppo sia dalle uscite esterne quando i ragazzi, fotocamera alla mano, sono entrati in contatto con nuove persone, in particolare coetanei, mitigando timori e lasciando spazio a conversazioni e conoscenza reciproca.

Conclusioni

Attraverso l'utilizzo del medium fotografico ciascun ragazzo ha potuto fare una nuova e arricchente esperienza di sé. Là dove la parola non era sufficientemente efficace, ecco che la fruizione in gruppo di un'immagine ha reso possibile l'emergere di contenuti personali e la condivisione di nuove esperienze emotive e relazionali. Permettendo ad ogni partecipante di accedere creativamente alla propria dimensione espressiva e relazionale, la fotografia si conferma un valido strumento per promuovere un maggior benessere psicologico e sociale anche nei giovani migranti.

Contatto: Salvucci Andrea (andrea.salvucci@yahoo.it)

Per un'epidemiologia del processo migratorio

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA (AIE) - GRUPPO DI LAVORO SALUTE DEI MIGRANTI E NOCIVITÀ DEL PROCESSO MIGRATORIO

Luigi Bisanti, Epidemiologia & Prevenzione, direzione scientifica

Introduzione e obiettivi

I danni alla salute attribuibili al processo della migrazione - vale a dire a tutto ciò che accade durante il trasferimento dal paese di origine a quello di destinazione - non sono stati, fino ad ora, adeguatamente descritti per la scarsa rilevanza che questi eventi hanno avuto nelle migrazioni precedenti il terzo millennio, caratterizzate dalla breve durata degli spostamenti. Le recenti migrazioni sono caratterizzate dai tempi lunghi del processo migratorio che favoriscono il perdurare, l'accumulo e l'interazione di fattori di rischio di varia natura, solo parzialmente noti. A causa della maggiore durata degli spostamenti la popolazione dei migranti (coloro che hanno in corso un progetto migratorio) e quella degli immigrati (quelli tra i migranti che hanno concluso nel luogo di destinazione il processo migratorio) tendono a non coincidere e hanno, verosimilmente, una caratterizzazione epidemiologica differente.

Date le caratteristiche dei recenti processi migratori (tempi lunghi, insufficiente tracciabilità dei migranti all'origine e nelle varie fasi dello spostamento, eterogeneità dei rischi, ampia distribuzione temporale degli esiti di salute) e l'insufficienza delle procedure convenzionali di analisi epidemiologica per lo studio della loro nocività, l'AIE si è data l'obiettivo di elaborare nuove strategie di indagine.

Metodi/Azioni

1. Costruire occasioni (think tank) e strumenti (repository) per la diffusione delle conoscenze già disponibili e per lo sviluppo progettuale del tema. Interlocutori privilegiati sono gli organismi nazionali già attivi sull'argomento (SIMM, INMP, ISS, IDOS, ISTAT, AGENAS). Molto utile, potrebbe essere interagire con gli organismi internazionali che tradizionalmente (WHO, UNHCR, IOM) o recentemente (UCL-The Lancet Commission) hanno interesse alla difesa della salute in ogni fase della migrazione.

2. Costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare per lo sviluppo di nuovi disegni di studio e di analisi statistica applicabili a popolazioni non campionabili e poco assoggettabili a follow up.

3. Avviare un'indagine esplorativa nei centri italiani di prima accoglienza mediante intervista semi-strutturata per identificare in modo realistico gli obiettivi e stimare la fattibilità e la validità di una survey strutturata.

Risultati

Il risultato atteso è l'elaborazione di una proposta di indagine descrittiva della nocività del processo migratorio che ne documenti la validità teorica e la fattibilità o, in alternativa, espliciti le carenze di metodo e di altra natura che ne impediscono la realizzazione, al fine di sollecitare la comunità scientifica all'individuazione delle soluzioni appropriate.

Conclusioni

Lo sforzo collettivo proposto è giustificato dalla convinzione che le informazioni sulla nocività del processo migratorio siano necessarie per stabilire le priorità degli interventi di accoglienza e per sostenere le politiche di prevenzione dei paesi di origine e di transito.

Contatto: Luigi Bisanti (lav.bisanti@gmail.com)

Ambulatorio Popolare INTERSOS24: la partecipazione comunitaria come strumento di individuazione, emersione e sostegno all'autonomia per donne a rischio o sopravvissute a Violenza Sessuale e di Genere (VSG)

TORCHIARO S., MENEGATTI G.

Intersos

Introduzione e obiettivi

L'Ambulatorio Popolare INTERSOS24 (AP I24) è un centro transculturale di cure primarie e promozione della salute (mentale) rivolto a persone sopravvissute o a rischio VSG e/o in condizione di forte esclusione sociale. Situato nel VI Municipio di Roma si propone di: fornire risposte concrete ai bisogni di salute (mentale) della popolazione target; promuovere il diritto alla tutela della salute in sinergia con il sistema sanitario nazionale (SSN); implementare la lettura e i bisogni attraverso analisi sul campo; effettuare *advocacy* istituzionale in sinergia con attori nazionali e internazionali. Nel 2019 è stato avviato un processo di monitoraggio ed emersione di sopravvissuti/e a VSG in tre occupazioni abitative del territorio della ASL RM2.

Metodi/Azioni

La metodologia utilizzata è stata quella della partecipazione comunitaria. I criteri valutati per la scelta dei siti sono stati: N. di nuclei presenti; prossimità al servizio AP I24; N. di donne giovani e/o di adolescenti presenti. Nei primi due mesi di attività è stata effettuata offerta attiva di consulenze mediche e orientamento ai servizi pubblici al fine di valutare i bisogni ed instaurare relazioni di fiducia. Nei successivi sette mesi sono state proposte "assemblee" con le donne, ossia gruppi a partire dai quali si è proposto un approccio complesso al concetto di salute allargando il focus dalla dimensione biomedica a quella globale, da quella individuale a quella collettiva.

Risultati

Il processo è durato 9 mesi. Per ogni sito sono stati individuati almeno N.2 leader di comunità (N.5 donne e N.1 uomo). Sono stati formati N.2 gruppi di comunità, mentre il terzo sito non ha aderito alla proposta. Dei N.2 gruppi iniziati nel corso dei primi due mesi di attività, solo uno ha implementato il processo. Esso è tutt'oggi attivo e di questo si esporranno i risultati. Ad esso hanno aderito N.42 donne, con una media di N.6 donne ad incontro, prevalentemente provenienti da Ecuador (N.9) e Perù (N.8). Al gruppo è stato chiesto di individuare tematiche di particolare interesse da approfondire in autoformazione. Le tematiche scelte hanno riguardato: gestione del primo soccorso, sostegno alla genitorialità, salute sessuale e riproduttiva, gestione dei conflitti nelle relazioni. Delle donne che hanno aderito al processo N.8 hanno iniziato un percorso di psicoterapia individuale presso AP I24 per VSG (due di esse sono adolescenti); N.6 donne esterne, accompagnate da partecipanti al processo, si sono rivolte ad AP I24 per VSG. A partire da tale esperienza e su richiesta delle mamme è attivo da Gennaio 2020 un gruppo parallelo rivolto a giovani adolescenti della medesima realtà.

Conclusioni

Quanto esposto descrive la prima fase di attivazione di un processo di partecipazione, il quale ha portato a risultati in termini di emersione di VSG. La partecipazione comunitaria intesa come strumento di promozione della salute permette di attivare risorse individuali e collettive e garantire la sostenibilità dei risultati ottenuti. La prevenzione, l'emersione e il sostegno per donne esposte a VSG in contesti di marginalizzazione sono facilitati da offerta attiva, multidisciplinarietà e approcci di comunità.

Contatto: Serafina Torchiaro (ambulatorio.roma.italia@intersos.org)

L'assistenza generale a Palermo alla popolazione Cinese residenziale. Indagine conoscitiva sugli aspetti socio-sanitari e culturali

DI FRANCO G.¹, DOURANDISH M.², PACE C.², SALAMONE F.², AFFRONTI M.¹

¹ Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Palermo; ² UOS di Medicina delle Migrazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo

Introduzione e obiettivi

In Italia la comunità cinese è la quarta per numero di stranieri residenti, dietro a quella romena, albanese e marocchina. I cinesi residenti a Palermo risultano 1.456, pari al 19,7 % del totale della popolazione cinese residente nella regione Sicilia e a circa il 3,93% del totale della popolazione straniera totale in Sicilia (200.022). Questo studio ha l'obiettivo di indagare gli aspetti medico-sanitari e sociali dei pazienti cinesi presenti sul territorio metropolitano di Palermo: il rapporto con il Medico di Medicina Generale, le possibili difficoltà assistenziali dal punto di vista relazionale o di integrazione e le patologie più frequentemente riscontrate.

Metodi/Azioni

È stato realizzato un questionario per la raccolta di dati rilevanti sulla popolazione cinese afferente alla medicina generale nel territorio studiato. Il questionario è stato somministrato a cinque medici di medicina generale aventi in carico in totale 327 pazienti cinesi di cui 192 donne e 135 uomini, rappresentanti il 4,53% degli assistiti, pari a 7.213.

Risultati

Tra le patologie a maggiore prevalenza sono state riscontrate: ipertensione arteriosa, malattie allergiche, epatopatie, diabete mellito e malattie intestinali in maggioranza da colon irritabile. La percentuale di incidenza di tali patologie è sovrapponibile alla popolazione indigena. A seguire, le patologie maggiormente rappresentate sono state l'osteoporosi, l'anemia sideropenica e la psoriasi. Sono risultati affetti da Psoriasi 35 pazienti, pari al 10,7% della popolazione cinese del campione considerato, con una netta prevalenza di genere maschile (28 uomini). In 13 pazienti è stata riscontrata una diagnosi di Tubercolosi (TBC), con una prevalenza pari al 3,9% sul totale. Per quanto riguarda la relazione con il paziente cinese, l'integrazione socio-culturale è stata valutata come parziale, la comunicazione è risultata molto spesso difficoltosa ed il maggior limite nella relazione medico-paziente era rappresentato dalle difficoltà linguistiche e culturali.

Conclusioni

La comunità cinese è una presenza consistente, fortemente impegnata in ambito produttivo, ben rappresentata nell'attività lavorativa della nostra città, ma spesso invisibile nell'accesso ai servizi assistenziali. Persistono difficoltà linguistiche e sociali e resta chiara la necessità, soprattutto per gli adulti e gli anziani, di dipendere da un mediatore per relazionarsi correttamente con il personale sanitario. Sarebbe auspicabile, cercare di istituzionalizzare una figura di mediatore interculturale che sia competente dal punto di vista linguistico-culturale e medico, presente almeno in quei luoghi dove la concentrazione di cinesi risulta elevata, così da svincolare gli assistiti dal peso di dover trovar loro un "traduttore". Questo potrebbe essere uno strumento di politica sanitaria per modificare/migliorare efficacemente la propria condizione di salute nel nuovo contesto di vita.

Contatto: Mario Affronti (marioaffronti@libero.it)

Promuovere la partecipazione attiva dei migranti nella ASL Roma 1 in rete con la comunità attiva sul territorio

CONFALONI E., MARCHEGIANI M.P., IANNACE A., TONETTI S., ZAMPA A., GNOLFO F.

ASL Roma 1 UOSD Salute Migranti

Introduzione e obiettivi

La collaborazione con i pazienti e le loro associazioni rappresenta una strategia di avanguardia nell'offerta di servizi sanitari e per il miglioramento della qualità a livello globale evidenziata dall'OMS, sin dal 1978, attraverso Conferenze Internazionali e documenti e invocata dal basso dai movimenti di cittadini. Approccio recepito negli atti aziendali della Asl Roma 1 che richiamano "la partecipazione dei cittadini, delle famiglie, delle istituzioni, delle associazioni, del terzo settore, della comunità". Anche l'obiettivo C del Piano salute migranti e vulnerabili, prevede "la partecipazione attiva dei migranti nella definizione dei bisogni di salute, nella pianificazione di azioni di comunità e di programmi di integrazione sociosanitaria".

La Consulta interculturale, (CI) di recente istituzione, fa sue queste finalità. È composta da rappresentanti dell'Azienda, delle associazioni migranti e del Terzo settore, dei Municipi, di reti regionali che operano a favore delle persone migranti.

Obiettivi secondari sono: rappresentare le istanze dei migranti, diffondere informazioni e linee di attività della Asl, promuovere il dialogo e l'integrazione, in vista della creazione di reti e per favorire l'azione dei cittadini nella pianificazione di azioni di comunità.

Metodi/Azioni

Una metodologia centrata sull'osservazione e la mappatura del territorio della Asl Roma 1 ha identificato la comunità attiva sul territorio, ovvero "l'insieme dei soggetti presenti nel territorio della ASL Roma 1, gli stakeholder che possono sostenere il raggiungimento di una salute equa per tutti i cittadini". Dopo due riunioni semestrali (luglio e dicembre 2019-20) un questionario di rilevazione delle aree di lavoro significative per la Consulta ha evidenziato i focus del diritto alla salute, della salute mentale e della donna come aree tematiche che daranno vita a tavoli di lavoro integrati tra associazioni e servizi sociosanitari, promuovendo modalità partecipative.

Risultati

Il breve arco temporale non permette di valutare le ricadute sulla programmazione dei servizi e la qualità delle cure; un primo risultato è insito nel processo organizzativo che ha istituito la CI, apportando una visione inclusiva verso pazienti, organizzazioni e stakeholder. Inoltre l'attivazione di gruppi di lavoro interroga l'Organizzazione sull'esercizio di modalità comunicative e partecipative reali in vista della co-costruzione dei servizi.

Conclusioni

La CI della Asl Roma 1 è il primo esito di un processo di rimodulazione che identifica nella salute delle persone migranti un terreno di prova della qualità complessiva dei servizi. Il rapporto con ulteriori associazioni di migranti ad oggi non ancora rappresentate, un lavoro costante dei gruppi tematici e delle assemblee, potrebbero consentire, nel prossimo biennio, alla Asl di monitorare la qualità dei servizi e pianificare scelte aziendali con la collaborazione dei cittadini migranti.

Contatto: Filippo Gnolfo (filippo.gnolfo@aslroma1.it)

TRAIN4M & H: un programma di formazione su salute e migrazione per operatori impegnati in prima linea nell'assistenza a migranti e rifugiati in 32 paesi europei

MARCECA M.^{1,2}, DE PONTE G.^{1,2}, RUSSO M.L.^{1,2}, MARCHETTI G.^{1,2,3}, DENTE M.G.^{2,3}, PUNZO O.³, DECLICH S.^{2,3}

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ² Società Italiana Medicina delle Migrazioni; ³ Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

Introduzione e obiettivi

Obiettivo principale del progetto TRAIN4M & H- messo in campo dalla Commissione Europea (CHAFEA) - è stata la produzione di pacchetti formativi rivolti a quattro gruppi di professionisti: professionisti sanitari, operatori di pubblica sicurezza, operatori sociali e coach trainer nel contesto di 32 paesi europei. Tali pacchetti dovevano essere volti a sviluppare e rafforzare le competenze degli operatori che lavorano in prima linea nell'assistenza ai migranti e rifugiati, promuovendo maggiore consapevolezza, maggiore conoscenza e un'attitudine positiva e garantendo un approccio olistico nel lavoro nei territori di arrivo, transito e destinazione. L'ISS e la Sapienza hanno creato un percorso formativo che coinvolgesse professionisti con diversi background professionali e disciplinari, con un grado di conoscenza sul fenomeno salute e migrazione eterogeneo e che operano in contesti legislativi e politici differenti.

Metodi/Azioni

Il mandato della CE prevedeva una cornice piuttosto stringente: una breve durata del corso "finale"; l'uso esclusivo di materiali di formazione preesistenti e validati. Il primo passaggio è stato la creazione di un Expert group, composto da 23 soggetti delle istituzioni partner e di istituzioni esterne, selezionati anche sulla base del loro background professionale, in modo da rispecchiare quello dei quattro gruppi target. Tale gruppo di esperti è stato consultato due volte: una prima in relazione alla validazione del processo di selezione dei pacchetti preesistenti da tenere in considerazione ed una seconda in relazione alla validazione degli obiettivi formativi e dei contenuti definiti dal gruppo di lavoro per i pacchetti formativi.

Risultati

Sono stati prodotti 4 pacchetti formativi rivolti agli operatori identificati dal progetto, caratterizzati da una serie di elementi legati ad alcuni principi metodologici: multiprofessionalità, poiché favorisce l'apprendimento peer-to-peer, lo scambio di conoscenze sulla salute dei migranti e migliora la comunicazione tra settori; modularità, i pacchetti formativi sono stati creati con una struttura modulare, in modo da permettere ai formatori, attraverso una serie di strumenti, di selezionare solamente alcune unità e di adattarle al contesto locale. La formazione è stata concepita come un processo orientato all'evoluzione delle precedenti conoscenze dei discenti, creando una connessione tra i vari argomenti e le loro esperienze personali. Le unità didattiche sono organizzate in modo da fornire messaggi chiave e attività di gruppo. Gli strumenti di valutazione sono stati ideati per verificare sia le conoscenze acquisite e sia l'evoluzione della posizione del discente all'interno di un processo.

Conclusioni

La formazione dei professionisti sulla salute dei migranti è un processo complesso e multidimensionale. Richiede una conoscenza metodologica sulla formazione agli adulti, la necessità di tener conto delle esperienze precedenti dei discenti e un approccio interdisciplinare. Di assoluta necessità, appare anche un impianto costruito sulla logica dell'equilibrio tra le diverse componenti formative, in particolar modo tra tempi a disposizione e contenuti da affrontare, accompagnato dalla consapevolezza che i processi di apprendimento basati sulla partecipazione dei discenti sia elemento essenziale affinché una formazione possa avere un impatto sulle realtà quotidiane dei professionisti, specialmente coloro impegnati in "prima linea".

Contatto: Giulia Marchetti (giulia.marchetti@iss.it)

La formazione dei professionisti socio-sanitari come strumento di governance in sanità

DI PALMA R., MARCECA M., PIZZINI E., RUSSO M. L.

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Introduzione e obiettivi

Il diritto degli individui di accedere alle cure sanitarie sul territorio italiano è un principio che trova il proprio fondamento in una pluralità di fonti normative nazionali ed europee, prendendo le mosse dalla Costituzione oltre che da previsioni di legge ordinaria. I principi costituzionali tutelano la salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività e, in particolare, di coloro che potrebbero non goderne in maniera effettiva. Nonostante ciò, in Italia persistono a tutt'oggi disuguaglianze nella fruizione di tale diritto, in generale a svantaggio dei soggetti più fragili e dei migranti che sommano alle condizioni di vita precarie e rischiose per la salute le differenze culturali che possono costituire ulteriori barriere alla prevenzione e alle cure. Come evidenziato in documenti ufficiali a livello internazionale e nazionale, la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociosanitari, volti a qualificarne l'intervento su questioni associate all'equità, rappresentano un elemento strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni più vulnerabili, e contribuiscono a diffondere tra i professionisti della salute una culturale competence favorevole a una svolta organizzativa.

Metodi/Azioni

L'obiettivo generale del lavoro di ricerca è offrire un contributo al tema delle disuguaglianze di salute e degli approcci adottati per fronteggiarle, prendendo le mosse dall'analisi dell'attuale assetto normativo nazionale sull'accesso alla salute, per approdare a una ricognizione delle strategie messe in atto per il raggiungimento dell'equità, con particolare riferimento all'ambito della formazione come strumento di governance per servizi più equi e accessibili. L'obiettivo specifico consiste nella raccolta, analisi e valutazione dei percorsi formativi per gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale sui temi delle disuguaglianze, della salute multiculturale, del governo clinico al fine di individuare i percorsi maggiormente adeguati e suggerire raccomandazioni a livello nazionale.

Risultati

Nell'ambito della ricerca, pertanto, è stata condotta una ricognizione delle attività di formazione realizzate in Italia dal 2002 al 2018 che hanno trattato il tema della salute delle fasce di popolazione più marginalizzate. A tal fine, ci si è avvalsi della banca dati ECM dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali dopo aver elaborato un set di parole chiave e di criteri per l'archiviazione, la selezione e l'analisi quantitativa e qualitativa delle informazioni raccolte.

Conclusioni

Nei primi 7 anni considerati (2002- 2008) sono state promosse, a livello nazionale, circa 2.200 iniziative formative sul tema della salute delle persone, di cui circa il 90% accreditate e circa il 10% non accreditate; negli successivi 10 (2009-2018), invece, prendendo in considerazione le sole iniziative accreditate, ma allargando l'analisi con ulteriore data set di parole chiave - inerenti la salute globale, la governance, il management, le disuguaglianze, l'equità - sono stati effettuati circa 400 corsi (per gli anni 2009 e 2010 si è in attesa di una verifica da parte di AGENAS). Osservando la distribuzione temporale degli eventi formativi, risulta evidente una crescita costante delle iniziative, molto più marcata nei primi cinque anni presi in considerazione (2009-2013).

Contatto: Raffaele Di Palma (raffaele.dipalma@uniroma1.it)

Esigenze formative dei professionisti sanitari sulla tutela della salute dei lavoratori stranieri

RINALDI A.^{1,3}, SALVATORI L.M.^{1,3}, RUSSO M.L.^{1,3}, PERSECHINO B.², ANGELOZZI A.^{1,3}, CAMINADA S.^{1,3}, MARCECA M.^{1,3}

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ² INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro; ³ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Introduzione e obiettivi

I lavoratori stranieri sono esposti a maggior rischio di infortuni sul lavoro e malattie professionali. L'importanza della tutela della salute e sicurezza sul lavoro (SSL) è rilevante nel settore agro-zootecnico. Il progetto multidisciplinare Livingstone, finanziato dall'INAIL (BRIC 2016 – ID 45/2016) e promosso da varie Università italiane, mira a sviluppare strategie innovative per la tutela della SSL degli immigrati. L'obiettivo dell'unità facente capo al dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza era quello di rilevare i livelli di conoscenza dei professionisti sociosanitari rispetto ai rischi professionali dei lavoratori stranieri e indagare le necessità formative degli stessi operatori sul tema.

Metodi/Azioni

È stato somministrato un questionario ad hoc di 33 item agli operatori socio-sanitari (OpeSS) e medici di medicina generale (MMG) diviso in 4 sezioni: dati anagrafici; caratteristiche socio-demografiche dei pazienti; percezione del rischio lavorativo a cui sono sottoposti i lavoratori stranieri; bisogni formativi dei professionisti sanitari sul tema. È stata eseguita un'analisi descrittiva dei dati.

Risultati

Su 240 questionari somministrati hanno risposto 68 MMG (34.8% femmine, età media 66 anni (DS +/- 7.8)) e 172 OpeSS (76.3% femmine, età media 45 anni (DS +/- 14), di cui 59.4% medici).

Entrambi i gruppi affermano di ritenere inadeguata la loro formazione sull'argomento (92.6% OpeSS, 64.7% MMG) sebbene la maggior parte degli OpeSS abbia già partecipato a corsi di formazione sulla medicina delle migrazioni (65%, di cui il 74% nell'ultimo anno) e sulla tutela della SSL (52%, di cui il 53% nell'ultimo anno). La maggior parte dei MMG invece non ha mai partecipato a corsi né di medicina delle migrazioni (87%) né di tutela della SSL (51,5%).

Il 72.8% degli OpeSS ritiene che la formazione specifica sul tema sia molto importante, rispetto al 68.4% dei MMG.

Le formazioni di tipo frontale e partecipativa sembrano essere quelle ritenute più utili da OpeSS e MMG, a discapito della formazione a distanza. Per gli OpeSS risultano efficaci: momenti di confronto tra colleghi (88.9%), corsi di formazione frontali (82.7%), convegni (82.4%), seminari (79.6%), incontri per discutere case-studies (72%). Le tipologie di formazione che i MMG ritengono più frequentemente utili sono invece: momenti di confronto tra colleghi (80%), convegni (69.6%), lezioni frontali (73.7%), seminari (67.9%).

Il 74.7 e il 73.3% rispettivamente degli OpeSS e dei MMG ritiene che una programmazione più aderente al reale bisogno formativo possa incentivare la partecipazione ai corsi.

Conclusioni

La tutela della SSL dei lavoratori stranieri è una problematica avvertita da molti professionisti sanitari ed emerge quindi la necessità di intervenire efficacemente sulla loro formazione. La maggiore conoscenza della problematica e la condivisione di esperienze tra colleghi potrebbe favorire lo sviluppo di una continua e proficua presa in carico del paziente.

Contatto: *Alessandro Rinaldi (alerinaldi84@gmail.com)*

Capacity building multidisciplinare e multiprofessionale per la promozione della salute dei migranti

CELMI R., CITTERIO F., DI RIENZO F., LAURINI S., ZADDACH I.M.

Organizzazione Internazionale per le Migrazioni

Introduzione e obiettivi

MIG-H Training e TRAIN4M&H sono due progetti europei implementati tra il 2018 e il 2019 e finanziati da DG SANTE per la formazione di operatori in prima linea nell'assistenza ai migranti. In entrambi i casi l'OIM Roma ha coordinato l'implementazione delle attività formative in Italia, con il supporto scientifico della SIMM.

Metodi/Azioni

Le due azioni sono state caratterizzate da una comune metodologia che, a partire da un pacchetto formativo sviluppato a livello europeo da un team di esperti, lo ha testato in una fase di formazione dei formatori (ToT), lo ha adattato al contesto nazionale di implementazione e lo ha sperimentato a livello locale in eventi formativi a cascata (Roll out) sui territori. Le tematiche trattate si sono focalizzate nel primo caso su salute mentale e malattie trasmissibili, nell'ottica di un intervento emergenziale. Nel secondo tender, invece, il focus è stato ampliato includendo ulteriori tematiche relative all'assistenza sanitaria, tematiche transculturali e una sessione di inquadramento del fenomeno migratorio. Un punto di forza di entrambe le esperienze formative è stato la costruzione di un ambiente d'aula multidisciplinare e multiprofessionale che, accanto agli operatori sanitari, ha visto la partecipazione degli operatori dell'accoglienza (solo per TRAIN4M&H) e, soprattutto, dei funzionari di pubblica sicurezza, con l'obiettivo di co-costruire uno spazio di dialogo e collaborazione che potesse poi sperimentarsi nel lavoro quotidiano. Un ulteriore elemento metodologico ha previsto la realizzazione dei corsi di formazione in contesti diversi, caratterizzati ciascuno da una peculiare espressione del fenomeno migratorio. MIG-H è stato implementato a Palermo; TRAIN4M&H a Reggio Calabria, Genova e Napoli.

Risultati

I risultati dei due tender sono stati caratterizzati dalla sostenibilità e replicabilità del modello. È stato prodotto un insieme di materiali formativi, adattati al contesto italiano, che risulta facilmente utilizzabile per future iniziative di formazione, anche grazie al carattere modulare. I team di formatori che hanno partecipato ai ToT hanno consolidato un insieme di competenze spendibili in futuro. Il coinvolgimento di numerosi stakeholders apre la prospettiva a future collaborazioni per l'ampliamento della formazione ad altri operatori e ad altri territori. La risposta all'offerta formativa ha evidenziato ovunque come gli interventi di capacity building siano necessari per assicurare la qualità della presa in carico e l'efficacia dell'accesso ai servizi.

Conclusioni

La messa in relazione degli operatori dell'ambito sanitario con quelli della Pubblica Sicurezza sul tema della salute dei migranti rappresenta un'esperienza inedita e di successo, per la quale è auspicabile prevedere una replicazione. La creazione di team di formatori esperti costituisce una buona pratica di sostenibilità delle esperienze e la messa in dialogo dei punti di vista professionali favorisce la creazione di un meccanismo che facilita e promuove il lavoro in rete.

Contatto: Rossella Celmi (rcelmi@iom.int)

Il progetto InformaSaluteSuStrada – Banco della Salute a Roma: dati qualitativi di un laboratorio di promozione della salute in ambito transculturale

LIDDO M.¹, CIVITELLI G.¹, GIANNINI D.¹, GUERRINI D.¹, LACOPO S.¹, GNOLFO F.², TONETTI S.², LANDEO M.L.¹, CASTRO CEDENO G.¹, GERACI S.¹

¹ Caritas di Roma, Area Sanitaria; ² Asl Roma 1

Introduzione e obiettivi

Nel Nuovo Mercato Esquilino (NME) da quasi 8 anni il progetto InformaSaluteSuStrada dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma – potenziato con la Asl territoriale (Asl Roma 1) nel Banco della Salute - è impegnato settimanalmente in attività di outreach, confermandosi punto di osservazione stabile e contesto formativo strategico per una sanità pubblica di prossimità. Macro obiettivi del progetto sono: orientamento socio-sanitario soprattutto in ambito preventivo per facilitare l'accesso a servizi e strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i gruppi più fragili e hard to reach; formazione di giovani volontari e studenti di diverse facoltà (medicina, professioni sanitarie, scienze umane e sociali, lingue orientali, discipline politiche e giuridiche, antropologia, medici in formazione specialistica in sanità pubblica) all'approccio transculturale alla salute, al lavoro in equipe multidisciplinare e ad interventi di cura basati sulla relazione.

Metodi/Azioni

La metodologia scelta è quella dell'offerta attiva di informazioni per l'accesso al SSN, di attività di prevenzione primaria e secondaria di malattie croniche metaboliche, cardiovascolari e oncologiche (promuovendo in particolare i programmi di screening regionali), con particolare attenzione alla salute della donna. Queste azioni hanno favorito l'ideazione di: percorsi di tutela della salute in sinergia tra pubblico e privato sociale; strategie per l'empowerment della comunità del mercato, (esercenti italiani e stranieri, cittadini e associazioni, oltre al partner Co.Ri.Me A.G.S. che gestisce il NME) generative di un clima di reciprocità e solidarietà. I dati delle persone contattate vengono raccolti in una scheda che registra la situazione socio-anagrafica e amministrativa. Il compilatore ha anche a disposizione un campo di "note" per riassumere brevemente la storia e le problematiche emerse durante il colloquio. Inoltre, i giovani partecipanti al progetto vengono stimolati a tenere un diario nel quale riportare in modo narrativo gli incontri particolarmente significativi.

Risultati

Dal 2013 al 2019 sono state incontrate 3.221 persone, in 255 uscite. L'analisi qualitativa delle note e dei diari dei partecipanti mostra il valore dell'approccio relazionale nel trasferimento di competenze di health literacy per l'autogestione della propria salute (counseling motivazionale per le malattie croniche) e dei percorsi socio-sanitari.

Sono stati 95 i giovani coinvolti nel progetto, beneficiari dell'esperienza formativa, custodi di un patrimonio di incontri e vissuti atto a diffondere una narrazione positiva del contesto e delle storie di vita (mediazione indiretta dei conflitti delle periferie esistenziali).

Conclusioni

Il progetto è un laboratorio che predispone all'acquisizione di competenze in salute di prossimità per i giovani, così come per gli operatori, si fa moltiplicatore di una visione di salute globale che tiene conto della complessità del lavoro su strada, adoperando l'imprescindibile approccio relation centered.

Contatto: Marica Liddo (marica.liddo@caritasroma.it)

A sq©uola di salute

MONICI L., SEVERI C., BONVICINI F., ARACELI B., FABBRI A., GUIDI L., MOZZANICA S., CASONI C., FORNACIARI R., PERILLI C.
Azienda Ausl di Reggio Emilia - IRCS

Introduzione e obiettivi

Le scuole di alfabetizzazione in lingua italiana per stranieri, offrono la possibilità di coniugare aspetti linguistici e di contenuto in un clima di intensa partecipazione. Dal 2011 la normativa sull'immigrazione ha introdotto una stretta correlazione fra l'ingresso/permanenza in Italia, la conoscenza della lingua italiana e l'educazione civica. Ciò prevede una verifica del livello di conoscenza della lingua sia per l'ottenimento del permesso di soggiorno per lungo periodo che per la conferma del permesso per coloro che l'abbiano ottenuto per la prima volta. I corsi costituiscono pertanto per i migranti una necessità che si è pensato di far coincidere con l'opportunità di approfondire temi di interesse come quello della tutela della salute e in particolare della prevenzione, ambito in cui è difficile coinvolgere questi cittadini attraverso i normali canali di informazione.

Metodi/Azioni

Sono stati contattati i referenti di alcune scuole di alfabetizzazione, Centri Provinciali Istruzione Adulti, (CPIA) dei comuni della provincia a maggiore incidenza di cittadini immigrati residenti. Con loro sono stati realizzati incontri info-educativi con la presenza, quando richiesta, di mediatori linguistico culturali. Sono stati coinvolti nel progetto diversi operatori sanitari: assistenti sanitari, infermieri, ostetriche, dietiste e medici dei vari distretti provinciali. Sono state programmate lezioni frontali con consegna di materiale in lingua e, laddove possibile, si sono visitate le strutture sanitarie locali durante l'orario scolastico.

I temi proposti:

- Percorsi per l'accesso ai servizi sanitari
- Prevenzione malattie infettive
- Salute donna
- Alimentazione
- Sicurezza sul lavoro e prevenzione infortuni domestici
- Stili di vita
- Cura della persona e ambienti di vita

Risultati

Alcuni incontri si sono svolti presso le Case della Salute ed è stata offerta l'opportunità ai partecipanti di effettuare test tubercolinici o stick glicemici.

Dal 2009 al 2019 sono stati effettuati 200 incontri a cui hanno partecipato 4846 persone. Gli incontri si sono estesi a tutta la provincia arrivando a coinvolgere nel 2019 19 scuole in 15 comuni della provincia.

Conclusioni

L'attività svolta nei CPIA ha permesso di raggiungere un'utenza numericamente rilevante intercettando sia migranti arrivati da poco, per i quali la comunicazione su questi tipi di rischi è necessaria, che le donne la cui consapevolezza conferisce concretezza e solidità alle pratiche del benessere e cura della famiglia. La realizzazione degli incontri da parte di operatori sanitari "locali" ha favorito non solo la conoscenza dei servizi ma anche la conoscenza degli operatori che in quei servizi lavorano.

La presenza dei docenti durante gli incontri ha garantito autorevolezza alle informazioni fornite e ha permesso di avere un feed back di gradimento dell'argomento.

Contatto: Lucia Monici (lucia.monici@ausl.re.it)

Aggiungi un posto “al TAVOLO”

SEVERI C., NEGRI E., GENTILI M., FERRARI M., FORNACIARI R., CAPORUSSO M.

Ausl di Reggio Emilia – IRCS Comune di Reggio Emilia

Introduzione e obiettivi

Sul territorio del Comune di Reggio Emilia da circa 10 anni è operativo un gruppo di lavoro che si occupa di accoglienza per persone in condizione di grave marginalità, che ha visto diverse evoluzioni.

Dal punto di vista lessicale, si è passati dall'emergenza freddo, all'accoglienza invernale, all'accoglienza e anche i partecipanti al gruppo di lavoro sono man mano aumentati. Ad oggi sono presenti molte realtà operative sul territorio, sia pubbliche (Comune e azienda USL), sia private (Caritas e diverse cooperative sociali).

Anche i destinatari delle azioni si sono modificati e ad oggi diverse delle persone accolte o candidate all'accoglienza presentano sia condizioni sociali di estrema fragilità (irregolarità, senza fissa dimora di lungo corso, mancanza di reddito, esclusione sociale) sia condizioni sanitarie complesse (cronicità, comorbilità, uso di sostanze, disturbi mentali).

Metodi/Azioni

Il gruppo di lavoro ad oggi si compone di due sottogruppi con funzioni distinte ma interconnessi: uno progettuale composto dai responsabili di servizi e cooperative, l'altro tecnico composto da operatori. I gruppi si ritrovano a cadenza periodica durante il corso dell'anno, incrementata durante il periodo invernale (1/12-31/3).

Tutti gli appartenenti al tavolo tecnico intercettano persone da candidare; le accoglienze sono di due tipologie: una ordinaria coordinata da Caritas, con possibilità di accesso in dormitorio, case di accoglienza, parrocchie, alcune famiglie; l'altra a “bassa soglia d'accesso” coordinata da Sert e cooperativa Papa Giovanni XXIII, per consumatori attivi, che prevede anche un posto è dedicato alle dimissioni ospedaliere.

Risultati

Con l'aumentare della complessità sociosanitaria e al fine di agganciare a servizi sanitari specialistici (prevalentemente Sert e CSM) persone che vivono in strada e per i quali si intravedono problematiche specifiche, all'interno della Casa Albergo Comunale sono stati previsti 2/3 posti di Accoglienza Temporanea Integrata (con compartecipazione alla spesa Comune/Ausl).

Conclusioni

Oltre ad una sempre maggior conoscenza del territorio e delle persone che lo abitano, l'integrazione sociosanitaria e pubblico/privata sta raggiungendo buoni livelli di attivazione (anche in emergenza) e presa in carico condivisa. Le crescenti complessità stanno però interrogando molto gli operatori e la rete dei servizi, che necessita di essere potenziata ed ampliata per far fronte a bisogni personalizzati. Inoltre tra gli operatori della rete è emersa l'esigenza di una formazione congiunta sui temi dell'etnopsichiatria, antropologia ed etnopsicologia, per affrontare con maggiore competenza gli aspetti culturali, che sono imprescindibili per una comunicazione efficace con l'utente.

Contatto: Carla Severi (carla.severi@ausl.re.it)

Cura Comunitaria Integrata: dal Brasile agli spazi sociali del Centro Storico di Napoli

BAUR J., CANCELLLO S., D'URSO G., DE VITA B., DI CESARE M., HASSAN M., FORTUNATO L., MABILIA A., MAFFEI R., NERI M., PAURA R., VERLEZZA V., PITOCOCCO A., PERRI M.

Presidio Salute Solidale Napoli

Introduzione e obiettivi

Nel contesto delle attività promosse dal Presidio di Salute Solidale, collettivo di operatori sanitari e non, che opera all'interno di Santa Fede Liberata, Bene Comune della città di Napoli, è iniziato un esperimento di medicina comunitaria.

La partecipazione comunitaria e l'empowerment di comunità vengono definiti dall'OMS come obiettivi e metodi nel contrasto alle disuguaglianze in salute.

Agire con le comunità significa prendere consapevolezza del proprio contesto (determinanti sociali della salute), favorire l'autonomia e il controllo del proprio stato di salute (empowerment individuale) e la capacità di dotarsi di beni e risorse collettive (empowerment di Comunità).

Abbiamo deciso di utilizzare la metodologia di intervento della Cura Comunitaria Integrata di A. Barreto, nella quale la parola, attraverso l'ascolto attivo, diventa medicina e rimedio, sia per colui che ascolta, sia per colui che parla.

Metodi/Azioni

Gli incontri di cura comunitaria si svolgono mensilmente da settembre 2019, all'interno di Santa Fede Liberata. Dopo un momento iniziale di presentazione/accoglienza/ristoro, si passa ai tre momenti della cura: il primo dove si invita a condividere un momento felice, il secondo dove si condivide un disagio, una preoccupazione, una tristezza e un terzo dove si sceglie una delle tematiche emerse e si invita a condividere esperienze simili a riguardo. L'incontro prevede un moderatore e delle regole: il parlare in prima persona, non giudicare né dare consigli, il rispetto delle esperienze di tutti/e. Ogni settimana dopo l'incontro di cura comunitaria il collettivo si confronta sulla scelta del moderatore, sul ruolo svolto negli incontri da differenti persone, sulle difficoltà riscontrate e sui possibili miglioramenti.

Risultati

Gli incontri fino ad ora realizzati (6) hanno visto la partecipazione volontaria di un gruppo eterogeneo, mediamente composto da 20 persone.

Le tematiche emerse più frequentemente riguardano i problemi familiari, relazionali, di dipendenza e di lavoro.

Sia per la natura della sperimentazione che per il poco tempo trascorso è prematuro fare valutazioni esaustive. Quello che emerge dalle persone chiamate a condividere una loro valutazione è un senso di soddisfazione per aver trovato uno spazio in cui poter parlare e ascoltare in maniera diversa da quanto avviene nella vita quotidiana.

Conclusioni

Costruendo reti di solidarietà e di inclusione sociale, mobilitando le risorse locali e le competenze culturali degli individui, delle famiglie e delle comunità, si rafforzano i legami tra le persone nel rispetto delle specificità di ognuno/a e si scoprono opportunità di integrazione. Si impara a pensare insieme e si accresce così il repertorio di risorse personali e comunitarie per affrontare il presente e il futuro.

Contatto: Rita Maffei (Rita.maffei87@gmail.com)

Emergenza della violenza sessuale di genere nelle persone migranti. L'esperienza del progetto "Pro-Access 2019. Improve access to sexual and reproductive health services for refugees and asylum seekers who are sexual and gender-based violence (SGBV) and male/female genital mutilation (M/FGM) survivors"

LONGO M., LUCIANO N., DI DIO D., SCALIA F., MANULI M., FLORIDIA G., SCALZO S., CEESAY K., SLEEMANKHEL A., BEN DHIAB S., PETRELLI G., BELLISSIMO F.

LILA Catania Onlus, Lega Italiana Lotta Aids

Introduzione e obiettivi

È stato ampiamente dimostrato che le persone migranti subiscono violenze sessuali sia nei loro paesi di origine che nel loro tentativo di raggiungere l'Italia. Inoltre, il numero di donne e ragazze vittime della tratta e dello sfruttamento sessuale è aumentato drasticamente negli ultimi anni. Anche uomini e ragazzi sono vittime di SGBV durante il viaggio, sebbene l'identificazione sia estremamente difficile, poiché la maggior parte di questi casi non viene né segnalata né ricercata. Di estrema preoccupazione è che un gran numero di persone migranti, maschi compresi, anche dopo aver raggiunto il porto sicuro dell'Italia, continuano a essere vittime della tratta, dello sfruttamento sessuale e del mercato illegale di droghe sia come spacciatori che come consumatori. L'obiettivo generale del "Progetto Pro-Access 2019" era facilitare l'emersione della violenza subita e migliorare l'accesso alle terapie alle persone migranti sopravvissute a violenza sessuale e di genere (SGBV) sintomatiche.

Metodi/Azioni

Il Progetto, implementato da un team interdisciplinare di medici, psicologici, assistenti sociali e mediatori culturali e operatori LILA, ha previsto sessioni informative sulla violenza sessuale di genere e colloqui psico-sociali volti all'emersione della violenza subita, con particolare attenzione ai sintomi sentinella di possibili disturbi psicologici (stati depressivi, stati d'ansia, irritabilità, senso di colpa, ritiro sociale, paura diffusa).

Le sessioni informative sono state svolte presso i centri di accoglienza per persone migranti della Sicilia Orientale, presso strutture della città di Catania che forniscono servizi alle persone migranti e all'interno di un drop-in a bassa soglia, approntato da LILA Catania, i cui servizi venivano promossi nel corso di attività di outreach.

Pro-Access 2019 ha avuto una durata di 10 mesi, dal mese di febbraio al mese di novembre.

Risultati

Durante i 10 mesi di progetto sono state effettuate 97 visite in 23 strutture di accoglienza e 78 aperture del drop-in. Sono stati incontrate 3407 persone migranti, sono stati effettuati 1430 sessioni di counseling. 144 persone hanno ricevuto supporto psicologico. 10 sono stati inviati all'igiene mentale.

Conclusioni

Questo progetto ha ribadito l'importanza di strutture a bassa soglia per favorire e migliorare l'accesso ai servizi pubblici di salute alle fasce di popolazione vulnerabile.

Nello specifico della SGBV occorre implementare servizi di prossimità che scongiurino esiti di ri-traumatizzazione e possano costituire valenza terapeutica per autodeterminarsi in un progetto di vita.

Da considerare, inoltre, come la comorbidità psichiatrica possa favorire, nelle popolazioni vulnerabili non intercettate dal servizio pubblico, l'abuso di sostanze (auto-medicamento e volano di fuga da frustrazione ed impotenza a causa di marginalizzazione).

Contatto: Francesco Bellissimo (francescobell78@gmail.com)

Progettazione di uno strumento per l'accesso alle cure degli ospiti di un CAS

SCOTTI S., SPALENZA S.

Fondazione Progetto Arca Onlus, Milano

Introduzione e obiettivi

Nei Centri di accoglienza straordinari (CAS) l'equipe si trova a dover valutare il sostegno economico richiesto dagli ospiti per le spese sanitarie. La risposta a tale richiesta deve essere obiettiva, articolata e condizionata da fattori socio-educativi e sanitari.

Obiettivo: trovare una modalità per la scelta oggettiva e ponderata della distribuzione delle risorse, il rischio è di incorrere in decisioni non riproducibili e che non diano la possibilità di fornire opportunità eque agli ospiti.

Metodi/Azioni

Lo strumento considera tre aspetti: la priorità di visita specialistica o esame diagnostico prescritto che può essere: con priorità segnalata dal medico di base o di PS entro le 72 ore (15 punti), oppure con priorità "B" (5 punti), "D" e "P" (0 punti). Secondo aspetto, la tipologia di accertamento richiesto e quesito diagnostico: accertamento utile per porre diagnosi di riacutizzazione di patologia cronica o malattia acuta in atto che necessita di intervento immediato (20 punti); accertamento per porre diagnosi di patologia cronica (20 punti); accertamenti per procedere con una diagnosi medico-legale utile e necessaria al riconoscimento dello status di rifugiato (20 punti); accertamento per porre diagnosi di patologia invalidante, ma che non mette a rischio di vita l'ospite (15 punti); accertamento per la possibilità di utilizzo di metodi contraccettivi (10 punti); accertamento per porre diagnosi per patologia che non richiede una cura specifica, ma un trattamento sintomatico (5 punti); accertamenti di medicina estetica o altri non considerati nei precedenti item (0 punti). Terzo aspetto, caratteristiche specifiche di ogni ospite: fragile o vulnerabile (20 punti); minore straniero non accompagnato (20 punti); pediatrico, di età inferiore ai 18 anni accompagnati da un maggiorenne (10 punti); in stato di gravidanza (10 punti); che non appartiene a una delle popolazioni sopra elencate (0 punti). Per quanto riguarda i farmaci si considera la tipologia: farmaco salvavita (20 punti); terapia preventiva per malattia che interessa la sanità pubblica (20 punti); legati a patologia (15 punti); sintomatico (10 punti); contraccettivo (10 punti); Integratori (0 punti). La durata di terapia è suddivisa in: cronica (20 punti); acuta (15 punti); statim (20 punti).

Risultati

Il risultato numerico ottenuto permette di stabilire la necessità di sostegno economico da parte dell'ospite, il punteggio massimo è 60, se il punteggio ottenuto è superiore o uguale a 20 è fortemente consigliato l'intervento dell'ente gestore per permettere l'accesso alle cure. Il valore di soglia 20 è posto equivale a tutte le condizioni che mettono l'ospite in uno stato di incapacità di provvedere a sé o che corre gravi rischi per la propria salute. La valutazione e compilazione dello strumento è pensata da equipe multidisciplinare composto da medico, infermiere, assistente sociale, educatore e componente con competenza sulla gestione economica e di risorse di un servizio.

Conclusioni

Equo utilizzo delle risorse economiche per garantire accesso alle cure.

Contatto: *Silvia Scotti* (coord-infermiere-ambulatori@progettoarca.org)

Il lavoro di rete tra servizi di prossimità per la promozione della salute sessuale e riproduttiva di donne migranti sex workers

¹ ARENA CHARTRoux C., RUGGERI V., ² FLORIO G., PITTINI L.

¹ Centro Donna Giustizia – Progetto Luna Blu; ² Caritas Diocesana di Ferrara e Comacchio

Introduzione e obiettivi

Il progetto Luna Blu – Unità di strada prostituzione e Invisibile nasce nel 2001 all'interno del Centro Antiviolenza di Ferrara e viene finanziato attraverso fondi sanitari stanziati dalla Regione Emilia-Romagna con la partecipazione del Comune.

Obiettivi: la tutela e la prevenzione sanitaria per persone che si prostituiscono in strada o al chiuso. Inserito nel Piano regionale di prevenzione in luce delle azioni di promozione della salute per target considerati a rischio.

L'approccio operativo è caratterizzato da un'attenzione specifica ai bisogni dei e delle sex workers attraverso la promozione di un modello di servizi in grado di operare in contesti caratterizzati da un livello elevato di complessità senza favorire atteggiamenti vittimizzatori.

Metodi/Azioni

- a) Uscite/telefonate di contatto finalizzate a stabilire una relazione di fiducia con il target;
- b) azioni di secondo livello (accompagnamenti presso i servizi, colloqui individuali ecc.);
- c) lavoro di coordinamento con le altre unità di strada operanti sul territorio regionale e nazionale; con gli assessorati di riferimento; con le FF.OO. Lavoro di mediazione sociale con la cittadinanza;
- d) definizione di protocolli con le strutture sanitarie del territorio (Anagrafe Sanitaria, Consultorio, Reparto Malattie Infettive, Igiene Pubblica, Ambulatorio Betania della Caritas).

Risultati

La definizione di protocolli dedicati permette di fornire servizi efficaci che siano in grado di rispondere alle richieste delle sex workers. Il lavoro di rete favorisce la diffusione di una competenza multidisciplinare che è da ritenersi ad oggi la più idonea nell'interfacciarsi con popolazioni migranti provenienti da contesti culturali altri. Ciò permette la co-costruzione di percorsi terapeutici idonei e favorisce l'adesione ai percorsi di follow up.

L'ambulatorio Caritas rappresenta un esempio di buone prassi indispensabile all'operatività di progetti che si relazionano con vulnerabilità sociali. La garanzia di accesso anche per persone che non hanno una regolare iscrizione al SSN e la rapidità nella programmazione di appuntamenti permette di rispondere in maniera efficace alle richieste agevolando la promozione dei programmi di prevenzione.

Conclusioni

L'azione di progetti di riduzione del danno e prevenzione sanitaria rappresentano un esempio di buona spesa pubblica vista l'ingerenza della mancata informazione preventiva nella diffusione di malattie infettive e patologie croniche correlate alla salute sessuale e riproduttiva. Il progetto contribuisce a rendere effettivo il diritto alla salute per un target considerato ai margini o escluso sul piano sociosanitario e a garantire la tutela della salute di comunità, grazie ad un'azione che ricade indirettamente sul cliente e, dunque, sulla popolazione in generale.

Offrire un servizio efficiente in questo campo significa stabilire un metodo di prevenzione su larga scala che può contribuire a ridurre l'insorgenza di patologie e malattie infettive nonché a favorire la diffusione di una buona educazione a prevenzione e sessualità consapevole.

Contatto: Chiara Arena Chartroux (chiararenachartroux@gmail.com)

Esperienza dell'Unità mobile "Medicina di Strada" dell'associazione NAGA su insediamenti informali di stranieri a Milano

SABBATINI F., MANCUSO A., MELACARNE A., FRACASSO G., AIOLFI E., QUARETTI C., PUDDU M., MARIANI C., JUCKER S., TOMASELLI V., MAILLARD E., CAMERA P., VITALI N., PESSI E., CAPRIOLI S.,

Unità di Medicina di Strada, NAGA ODV, Milano

Introduzione e obiettivi

Il Naga, associazione di volontariato laica ed indipendente che opera gratuitamente a Milano dal 1987, offre assistenza sanitaria, legale e sociale alle persone straniere, Rom, Sinti, rifugiate e richiedenti asilo avvalendosi anche di un'unità mobile.

Il presente lavoro è dedicato alla descrizione delle condizioni socio sanitarie e demografiche delle persone incontrate durante le uscite con l'unità di Medicina di Strada (MDS), presso alcuni insediamenti informali della città.

Metodi/Azioni

Dall'ottobre 2015 al giugno 2017 il camper attrezzato dell'unità Mobile del Naga MDS, ha effettuato circa 80 uscite a cadenza settimanale in due insediamenti informali situati alla periferia Sud di Milano. Ogni uscita prevedeva la presenza di un'equipe formata da un medico, un autista ed una o più persone addette al servizio di accoglienza; le prestazioni offerte erano di medicina di base, i casi più gravi venivano accompagnati o indirizzati al SSN.

Risultati

I due insediamenti si organizzavano su grossi stabili abbandonati e fatiscenti sprovvisti dei servizi di base come acqua e luce; sono state effettuate 224 visite mediche. La netta maggioranza degli utenti era giovane (età media 29 anni), di sesso maschile (219/224), proveniente dal Marocco; gli utenti sono risultati nella totalità dei casi senza dimora e per la maggior parte privi di regolare titolo di soggiorno. Le diagnosi riscontrate sono state classificate secondo il codice ICD-9: nessun caso di patologie gravi è stato riportato. 60/224 affezioni delle prime vie aeree; 8/224 casi di cefalea; 27/224 diagnosi di patologie infiammatorie o post traumatiche del sistema osteo-muscolare. 23/224 visite dovute a medicazioni di ferite. 19/224 utenti visitati per affezioni dell'apparato digerente. 8/224 infezioni delle vie urinarie; 33/224 lamentavano odontalgia; 28/224 visite hanno riguardato patologie dermatologiche di varia natura: 4 casi di sospetta scabbia; 13/224 pazienti lamentavano la presenza di sintomi psichici di diversa entità.

Conclusioni

Le condizioni morbose descritte sono di entità lieve, e non è stato riscontrato un elevato rischio di diffusione di malattie epidemiche di importazione.

Le condizioni di disagio abitativo e le condizioni di deprivazione materiale e dei servizi elementari sono i principali determinanti delle patologie riscontrate. La popolazione che giunge potenzialmente sana, finisce per ammalarsi in Italia a causa della povertà e delle insalubri condizioni abitative.

Gli insediamenti informali a Milano costituiscono un serbatoio di marginalità escludente dove non sono rispettati i più elementari diritti della persona, come il diritto ad una casa o alla salute. Solo affrontando il problema con politiche sociali adeguate possiamo ambire ad un efficace intervento di sanità pubblica.

Contatto: Francesca Sabbatini (f.sabbatini2016@gmail.com)

Nuovi approcci per il supporto alle prassi di accoglienza dei migranti: alcuni ruoli dell'Intelligenza Artificiale

BANDINI S., SOZZI A.

Dipartimento di Informatica, Sistemistica e Comunicazione (Università di Milano-Bicocca); Società Italiana Psicologia dell'Emergenza (SIPEM SoS)

Introduzione e obiettivi

La migrazione in Europa è un fenomeno che ha attraversato i secoli; tuttavia il massiccio flusso migratorio che si è registrato in tutto il Mediterraneo negli anni 2015/16 ha innescato nuove problematiche di gestione, compresa quella della salute psicofisica dei richiedenti asilo. Le politiche di accoglienza hanno erogato risposte non omogenee per effetto delle diverse politiche nazionali europee, e anche la gestione sul territorio nazionale ha registrato risposte eterogenee, anche se spesso virtuose. Assistiamo inoltre a cambiamenti del fenomeno migratorio, con un incremento importante dei minorenni non accompagnati e delle donne. Il rischio principale per scenari che mutano così rapidamente è quello di non rispondere prontamente ai bisogni e di conseguenza aumentarne la gravità o di erogare risposte tardive. L'Intelligenza Artificiale, allo stato attuale, possiede strumenti che potrebbero potenziare enormemente le capacità di previsione e risposta a molti dei problemi in campo, oltre a supportare l'addestramento e il coordinamento degli operatori (acquisizione e interpretazione di grandi quantità di dati provenienti da sorgenti eterogenee, riconoscimento di immagini, agent-based simulation per lo sviluppo di scenari "what-if" a favore di un ottimizzato smistamento di casi problematici verso punti di competenza specializzati). Obiettivo principale della ricerca è di fornire rapidamente ai decisori istituzionali dati e interpretazioni per una pronta definizione delle priorità, per un miglior impiego delle risorse disponibili e l'ottimizzazione delle risorse stanziare, con particolare focus sulla prevenzione di tensioni e stress nei territori di accoglienza.

Metodi/Azioni

SIPEM SoS (Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza) e il Laboratorio di Intelligenza Artificiale del Dipartimento di Informatica, Sistemistica e Comunicazione (Università Milano-Bicocca) hanno siglato un accordo quadro e hanno avviato attività di sincronizzazione con un *network* di partner europei per creare una piattaforma tecnologica avanzata di previsione e gestione dei flussi migratori che impiega approcci di Intelligenza Artificiale. Lo scopo di questa collaborazione internazionale è quella di individuare indicatori condivisi atti a rilevare le risposte complessive dei territori (sanitarie, lavorative, culturali) che saranno messi in relazione alle domande e al benessere percepito.

Risultati

Gli indicatori individuati saranno fondamentali per le esigenze di risposta agli arrivi, e per le esigenze a medio termine relative alle politiche e alle strategie di integrazione: misure di sostegno sociale /psicosociale, salute, istruzione, sviluppo di competenze, con particolare attenzione ai minori e alle fragilità, oltre che alla preparazione condivisa e internazionale di nuove generazioni di operatori in grado di utilizzare le nuove tecnologie dell'Intelligenza Artificiale.

Conclusioni

I risultati attesi con questo approccio riguardano il miglioramento della salute e del benessere dei richiedenti asilo, il risparmio di risorse derivato dal taglio di sprechi, un maggior benessere delle comunità nelle quali i migranti vengono accolti e la verifica di strumenti innovativi messi in azione.

Contatto: Anna Sozzi (a.sozzi1261a@ordpsicologier.it)

L'confini della salute. Tre anni di assistenza alla frontiera alpina italo-francese

FRANCHI E.², CHIALE F.³, GILI R.³, LUX C.⁵, GILARDI S.⁴, NARCISI P.¹

¹ Rainbow4Africa ONLUS ² Università degli Studi di Pavia ³ Università degli Studi di Torino ⁴ Humanitas Research Hospital, Rozzano ⁵ CTO Trauma Center, Torino

Introduzione e obiettivi

Con l'intensificarsi dei respingimenti dei migranti illegali a Ventimiglia, il percorso privilegiato dall'Italia per altri stati europei è divenuta la cosiddetta "rotta alpina", che attraversa il confine italo-francese, tra l'Alta Val di Susa ed il dipartimento delle Hautes-Alpes. Confine naturale e politico, le Alpi racchiudono l'ambivalenza della frontiera, al contempo luogo di transito nell'Europa della libera circolazione e barriera invalicabile, talvolta mortale, per i migranti. Rainbow4Africa, ONG di cooperazione internazionale in ambito sanitario, ha approntato, in un punto cruciale lungo il percorso, un locale atto ad ospitare e assistere dal punto di vista giuridico e sanitario i migranti di passaggio, in cooperazione con l'ASGI e con altre realtà. L'obiettivo del lavoro è di descrivere le problematiche sanitarie, sociali e giuridiche delle persone in transito, soprattutto rispetto alla condizione di mobilità sfuggente dei soggetti che le incarnano.

Metodi/Azioni

I dati sono stati raccolti in un periodo di tre anni, da dicembre 2016 a dicembre 2019, con interviste anonime ai migranti ospiti da parte degli operatori presenti: un medico o infermiere, un volontario e un assistente legale. Oulx ha una posizione strategica: qui si trova l'ultima stazione ferroviaria utile per accedere ai bus diretti al confine. Il rifugio è operativo ogni notte dalle 7.30 p.m. alle 8.00 a.m., orario che consente di intercettare sia i soggetti in partenza per attraversare il confine di notte, sia quelli in arrivo tardi per tentare la traversata la sera stessa, sia i respinti dalla polizia di frontiera.

Agli ospiti vengono offerte: prevenzione primaria per un percorso climaticamente e geograficamente pericoloso (vestiario adeguato e informazioni sulla gestione delle emergenze in montagna); assistenza sanitaria (primo soccorso ed accompagnamento in strutture del SSN); assistenza legale (informazioni sui diritti in territorio italiano e francese).

Risultati

Gli ospiti del rifugio sono stati 4641 e l'età media è 24 anni (10% minori). I principali paesi d'origine sono quelli dell'Africa subsahariana occidentale. Il 68% dei soggetti è passato dalla Libia.

Sono in aumento i passaggi di stranieri presenti in Italia da più di un anno. Gli utenti sono per lo più in buone condizioni generali, conferma dell'effetto migrante sano. Nei soggetti da più tempo in Italia si nota una nuova comparsa di patologie croniche (ipertensione arteriosa, dermatiti, sintomi gastrointestinali). In acuto prevalgono le infezioni delle alte vie respiratorie (30%) e i sintomi da malattia da congelamento (22%). Evidenti spesso anche segni psicologici di vissuti traumatici, riacuiti dalla condizione di stress di ulteriore passaggio in clandestinità.

Conclusioni

Questo lavoro fornisce evidenze a supporto degli effetti sulla salute di lunghi periodi di povertà e marginalizzazione e permette di evidenziare gli effetti del DL 4 ottobre 2019 n. 113, che induce i migranti che si erano stabilizzati sul territorio italiano ad andarsene, spinti dal mancato rinnovo del permesso di soggiorno e dal clima di intolleranza.

Contatto: *eloisa franchi (eloisafanchi@gmail.com)*

Proposta per monitorare l'accesso di un gruppo fragile ai Servizi Sanitari: il caso della popolazione romani

MOTTA F.¹, D'ELIA A.^{1,2,3}, PETTINICCHIO V.¹, GERACI S.¹

¹ Caritas Roma, Area sanitaria; ² Istituto di Biochimica e Biologia Cellulare, CNR, Roma, Italia; ³ Dipartimento di Scienze, Sezione di Scienze e Tecnologie Biomediche, Università "Roma Tre", Roma, Italia

Introduzione e obiettivi

Nel panorama delle persone fragili che afferiscono alle strutture sanitarie, i gruppi più svantaggiati della popolazione romani possono rappresentare un caso studio paradigmatico. Sono svantaggiati in termini di reddito, condizioni abitative e istruzione, vengono emarginati sia perché ghettizzati in Campi Rom, sia in quanto oggetto di pregiudizi e discriminazioni diffuse, che spesso inducono un meccanismo di "nascondimento" per il quale cercano di non farsi identificare come rom. Di conseguenza i dati sulla salute delle persone rom disponibili in Italia sono limitati, quasi sempre basati su studi specifici realizzati negli insediamenti con una ricerca attiva dei casi, mentre mancano dati sull'accesso alle strutture sanitarie e perciò sulla domanda di salute da parte di questa popolazione. Obiettivo del presente lavoro è quello di individuare un metodo per misurare l'accesso dei rom ai servizi partendo dall'osservazione che l'ambulatorio Caritas di Roma viene utilizzato anche da persone rom.

Metodi/Azioni

I criteri per identificare le persone rom sono il risultato dell'incrocio dei dati socio-demografici, che di routine vengono raccolti al primo accesso nell'ambulatorio, con la situazione abitativa dei rom più poveri nella città di Roma e le loro caratteristiche socio-culturali. Il campione è stato definito con la simultanea presenza in cartella clinica di tre variabili: a) Paese di origine (Romania, Bulgaria, Bosnia, Serbia, Macedonia, Kosovo, Croazia) b) Situazione abitativa (centro accoglienza, edificio occupato, baracca/roulotte/tenda, senza fissa dimora) c) Stato familiare (vive con la propria famiglia). La ricerca delle variabili identificate è stata limitata al data base di coloro che hanno effettuato la prima visita fra il 1 gennaio 2007 e il 31 dicembre 2016. Successivamente il campione emerso è stato rivisto e ripulito da una medica esperta in cultura e salute della popolazione romani per verificarne l'attendibilità.

Risultati

Il risultato dell'estrazione è stato di 286 item riferiti ad altrettanti accessi.

La successiva revisione da parte dell'esperta ha portato all'eliminazione di 21 item, (7%) ritenuti falsi positivi. I dati estratti si riferiscono a 265 (57% femmine e 43% maschi) rom visitati. L'età media dalla prima visita è di 34 anni. Il paese di nascita predominante è la Romania (92,5%), a seguire Bulgaria (1,9%), Serbia (1,9%), Bosnia (1,9%), Croazia (1,1%) e Macedonia (0,8%).

Conclusioni

Il presente lavoro rappresenta la proposta di un metodo per l'individuazione di una popolazione difficile da raggiungere nell'ambito di una raccolta dati routinaria in struttura sanitaria. Questi primi dati suggeriscono che l'identificazione di variabili sociali specifiche del gruppo, usualmente inserite nella cartella, possono permettere di estrarre dai data base gruppi di popolazione rispettandone la riservatezza dei dati. La validazione effettuata dall'esperta, che ha portato ad escludere solo il 7% degli item, conferma la nostra ipotesi.

Contatto: Annunziata D'Elia (annunziata.delia@ibbc.cnr.it)

Valutazione dello stato di salute di una popolazione di richiedenti asilo in un hotspot regionale

RICCERI F.^{1,2}, PRISECARU M.³, COSSU G.³, SCIANNAMEO V.⁴, MONDO L.², PEPE R.R.⁵, SACERDOTE C.⁶

¹ Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino; ² SC Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Grugliasco (TO); ³ Corso di laurea triennale interdipartimentale in scienze strategiche, Università di Torino; ⁴ Università degli Studi di Padova; ⁵ Centro polifunzionale "T. Fenoglio", Croce Rossa Italiana, Settimo Torinese (TO); ⁶ AOU Città della salute e della scienza di Torino e centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte (CPO), Torino

Introduzione e obiettivi

Quello dei richiedenti asilo che arrivano in Italia è uno degli argomenti che anima la discussione politica italiana. La maggior parte dei richiedenti asilo proviene dall'Africa compiendo un viaggio lungo, pericoloso, provante fisicamente e psicologicamente che spesso prevede la sosta in campi profughi dalle condizioni igienico sanitarie precarie. Di conseguenza, malgrado siano per la maggior parte giovani adulti e presumibilmente in buone condizioni fisiche al momento della partenza dai paesi di origine, molti arrivano in Italia con una o più patologie, identificate e curate al loro arrivo negli hub regionali. Inoltre, la loro situazione psicologica è spesso compromessa e questo favorirà lo sviluppo di malattie nei mesi successivi.

Obiettivo di questo lavoro è descrivere le principali patologie di cui sono affetti i richiedenti asilo al momento del loro arrivo in un hub regionale, identificare quali siano i principali fattori di rischio ad esse associate e valutare quale sia la richiesta di visite specialistiche e ospedalizzazioni necessarie nei mesi successivi all'arrivo in Italia.

Metodi/Azioni

Sono state valutate retrospettivamente tutte le cartelle cliniche, le eventuali visite specialistiche e i ricoveri in ospedale dei richiedenti asilo che sono transitati nell'hub delle regioni Piemonte e Valle d'Aosta, il Centro Polifunzionale "T. Fenoglio", tra giugno 2016 e maggio 2018. Le patologie sono state classificate in accordo con la classificazione ICPC-2 e sono stati costruiti modelli di regressione logistica per valutare il rischio legato al sesso, all'età, all'area di provenienza e al trimestre di arrivo.

Risultati

Dei 13.933 richiedenti asilo arrivati al centro nel periodo di interesse, 3037 (21,8%) manifestavano almeno una patologia all'arrivo. Di questi, 1168 erano affetti da scabbia, 379 avevano patologie digestive e 372 patologie respiratorie, di cui 25 soggetti (0,18%) affetti da tubercolosi. Durante la permanenza al campo 438 soggetti (3,1%) sono stati ricoverati in ospedale e 74 (0,5%) hanno avuto un accesso in pronto soccorso. Le patologie causa di ricovero più frequenti sono state le tubercolosi e i problemi digestivi.

Lo stato di salute era significativamente differente per area di provenienza, peggiore in chi proveniva dall'Africa sub-sahariana e dal corno d'Africa rispetto a chi arrivava dal Medio Oriente, dall'Oriente, dal Maghreb o dall'Africa del Sud. Inoltre, negli ultimi due trimestri vi è stata una riduzione degli arrivi, ma la situazione sanitaria dei richiedenti asilo è risultata più compromessa.

Conclusioni

Uno studio epidemiologico sulla salute dei richiedenti asilo in Italia e il loro ricorso all'uso del sistema sanitario nazionale è fondamentale per organizzare in maniera razionale e efficiente l'assistenza che spesso è il primo passo per un'integrazione sociale e lavorativa.

Contatto: Fulvio Ricceri (fulvio.ricceri@unito.it)

Georgia on my mind

GUATELLI S., FORNACIARI R., COLI G., STEFANINI M. B., DAVOLI A., CEINAR N., SEVERI C., SACCANI M., CASONI C., SIMONAZZI D., DEGL'INCERTI TOCCI E., MALAGOLI E., BRANCHETTI G.

Centro per la Salute della Famiglia Straniera, Dipartimento di Cure Primarie (AUSL di Reggio Emilia)

Introduzione e obiettivi

Il fenomeno migratorio in Italia porta a considerare e ad interrogarsi sui notevoli cambiamenti demografici. In particolare, si può notare come le popolazioni si distribuiscano in modo disomogeneo sul territorio. Dai dati dell'ISTAT del primo gennaio 2020 la popolazione georgiana in Italia rappresenta solo lo 0,3% degli stranieri. In Emilia Romagna sono registrati 2005 georgiani residenti sul territorio, di cui 1252 sono solo a Reggio Emilia, provincia che accoglie 65664 stranieri residenti. I dati del Centro di Salute per la Famiglia Straniera (CSFS) di Reggio Emilia evidenziano che la popolazione di origine georgiana è quella che, nel 2019, rappresenta il 18%, nonché la percentuale maggiore, dei 2500 utenti visitati durante l'anno.

L'obiettivo di questo lavoro è sia valutare i principali bisogni di salute del gruppo target dello studio che analizzarne le dinamiche socio-demografiche.

Metodi/Azioni

La ricerca è condotta attraverso una valutazione retrospettiva dei dati del database del Centro per la Salute della Famiglia Straniera/Caritas.

Risultati

Dai dati si evidenzia che gli utenti di origine georgiana seguiti dal CSFS negli ultimi due anni sono in totale 653 di cui 545 donne; circa il 44% hanno un'età compresa tra i 18 e i 45 anni, e il 50% ha un'età maggiore di 46 anni.

I dati del Centro registrano che il 28% delle visite totali annue hanno una diagnosi che riguarda l'aspetto della salute della donna. I dati riguardanti i georgiani invece, riportano che tra il 2018-2019 sono state eseguite 3628 visite e, nonostante il campione sia composto principalmente da donne e per quasi la metà in età fertile, il maggior numero di diagnosi riguarda patologie del sistema cardiocircolatorio, il 18%, mentre solo l'8% riguarda la Salute della donna.

Dei 653 georgiani totali seguiti dal CSFS, 436 sono stati presi in carico per la prima volta tra il 2018 e 2019. Di questi, 238 utenti erano già presenti sul territorio dagli anni precedenti dal primo accesso in ambulatorio. Non si tratta quindi di un aumento dovuto ad un nuovo flusso migratorio, ma piuttosto di persone già presenti sul territorio che si sono rivolte al CSFS per la prima volta.

Conclusioni

I dati evidenziano una comunità georgiana fortemente presente sul territorio, con una stabilità e una rete ancora sconosciuta ai servizi. Dallo studio emerge la necessità di indagare maggiormente lo stile di vita e i fattori di rischio che influiscono sulla salute di questa comunità e di promuovere gli aspetti di salute legati alla prevenzione in base all'età (salute donna, senologia). Si ritiene di rilevante importanza un approfondimento sulla condizione sociale, in particolare l'aspetto lavorativo e culturale che non emerge dai dati raccolti. Si contatteranno inoltre, per confrontarsi sul fenomeno, altri servizi che potrebbero essere coinvolti nell'assistenza di queste persone come servizi a Bassa Soglia e SerDP.

Contatto: *Rossano Fornaciari* (rossano.fornaciari@ausl.re.it)

Accesso ai servizi sanitari del Lazio dei richiedenti protezione internazionale

CACCIANI L.¹, SANTONE G.², GNOLFO F.³, BACIGALUPI M.⁴, PAGLIONE L.¹, AGABITI N.¹, DAVOLI M.¹

¹ Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, ASL Roma 1; ² UOSD Centro SAMIFO, Distretto Primo, ASL Roma 1; ³ UOSD Salute Migranti, Distretto Primo, ASL Roma 1; ⁴ UOSD Centro SAMIFO, Associazione Centro Astalli

Introduzione e obiettivi

L'Italia è diventata progressivamente meta di flussi migratori di richiedenti protezione internazionale. Secondo la Commissione nazionale per il diritto di asilo, nel 2018 i richiedenti sono stati 53.596. Misurarne l'accesso ai servizi sanitari è sempre più rilevante ai fini di una corretta individuazione dei bisogni di salute e della programmazione dei servizi loro offerti. L'obiettivo dell'analisi è descrivere l'accesso ai servizi da parte delle persone provenienti da Paesi a elevata prevalenza di richieste di protezione internazionale attraverso l'ospedalizzazione.

Metodi/Azioni

Studio trasversale descrittivo che analizza le dimissioni ospedaliere degli assistiti nel Lazio di età 18-55 anni nell'anno 2018, suddivisi in base al loro luogo di nascita: nei 14 Paesi (P-14) dai quali, in base all'esperienza del Centro Salute Migranti Forzati SAMIFO, proviene la maggior parte dei richiedenti protezione internazionale; negli altri Paesi stranieri (P-non 14); e in Italia. Le misure utilizzate sono percentuali e tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per 1000 assistiti (TOS). I denominatori sono desunti dall'archivio dell'Anagrafe degli Assistiti della Regione Lazio che include tutti i residenti a Roma e le persone che hanno avuto almeno un contatto con il Servizio Sanitario Regionale. Grazie a tale archivio è possibile stimare la numerosità della popolazione straniera per Paese di nascita ed età.

Risultati

Nel 2018, gli assistiti nel Lazio dai P-14 erano 62.422, prevalentemente uomini (71%). La maggior parte proviene da Bangladesh (43%), Marocco (14%) e Nigeria (10%). L'età mediana è di 36 anni. Il numero di ricoveri è 6.294, maggiormente a carico delle donne (62%). Tra le principali cause di ricovero emergono, negli uomini, le malattie dell'apparato digerente (17%), del sistema circolatorio (14%) e i traumi (12%); nelle donne si osservano soprattutto ricoveri correlati a gravidanza e parto (68%). Negli uomini i TOS risultano 28 nei P-14 rispetto a 31 nei P-non 14 e negli italiani, mentre nelle donne sono più alti e pari a 88 nei P-14, 62 nei P-non 14 e 55 nelle italiane.

Conclusioni

I TOS degli uomini da Paesi ad alta concentrazione di richiedenti asilo risultano inferiori sia a quelli del resto della popolazione straniera sia a quelli degli Italiani assistiti nel Lazio; viceversa, nelle donne risultano superiori. Nonostante la potenziale sottostima del denominatore ricavato da fonti non anagrafiche, soprattutto nelle fasce di età giovanili, e l'approssimazione nell'identificazione dei richiedenti asilo, è stato possibile stimare l'ospedalizzazione di una popolazione rilevante ma ancora poco indagata e confrontarla con quella della popolazione generale di immigrati e di italiani. L'analisi può essere replicata utilizzando indicatori di accesso ad altri servizi di cura, per esempio il pronto soccorso, e fornire elementi utili al monitoraggio dei bisogni di assistenza sanitaria dei richiedenti protezione internazionale.

Contatto: Laura Cacciani (l.cacciani@deplazio.it)

Insedimenti informali a Roma. Profili socio-demografici e sanitari a confronto: i cambiamenti tra il 2016 ed il 2019.

BARBIERI A., CARRIERO A., CHIACCHELLA G.

Medici per i Diritti Umani Onlus - MEDU

Introduzione e obiettivi

A Roma il progetto *Un camper per i Diritti* di MEDU, con una clinica mobile e un team di medici, psicologi, operatori e mediatori culturali, raggiunge alcuni insediamenti informali per fornire assistenza medica, orientamento sul diritto alla salute e sull'accesso ai servizi socio-sanitari. Nello studio vengono messi a confronto i dati rilevati negli anni 2016 e 2019, anni molto differenti in tema di politiche migratorie e numeri dei flussi. L'obiettivo dello studio è rilevare le trasformazioni che hanno interessato la popolazione degli insediamenti informali, dal punto di vista socio-demografico, epidemiologico e di accesso alle cure.

Metodi/Azioni

I dati, raccolti durante l'attività della clinica mobile, sono stati sistematizzati attraverso strumenti predisposti ad hoc (una scheda socio-anagrafica-clinica e un database). Gli insediamenti analizzati sono stati: Stazione Termini, Stazione Tiburtina, Parco di Colle Oppio, Via Cupa, Tor Cervara.

Risultati

È stato preso in considerazione un campione di 1036 persone nel 2016 e di 979 persone nel 2019. Nel 2016 più del 50% delle persone assistite era giunto in Italia da meno di un mese, il 70% si dichiarava in transito verso altri paesi europei; nel 2019 l'84% dei pazienti era stabile sul territorio, oltre il 50% in Italia da più di 3 anni. A questo dato è da ricollegarsi il cambiamento del profilo giuridico: nel 2016 l'88% delle persone assistite era privo di permesso di soggiorno, per lo più per non aver effettuato la richiesta di asilo poiché solo transigente in Italia, la percentuale dei migranti forzati era residuale; nel 2019 la condizione di irregolarità (45%), prevalentemente dovuta a un mancato ottenimento o rinnovo del permesso di soggiorno, era sovrapponibile a quella dei migranti forzati (43%). Il rapporto uomini e donne resta invariato (9:1), cambiano le nazionalità: nel 2016 il 70% delle persone assistite proveniva da paesi del Corno d'Africa, nel 2019 le principali provenienze erano Africa Occidentale (30%), Orientale (18%), Nord Africa (16%). L'età media risultava nel 2016 27,5 anni (DS=11,7), nel 2019 33,7 anni (DS=12,3). Dal punto di vista clinico, nel 2016 la maggior parte dei sospetti diagnostici riguardava condizioni cliniche connesse alla rotta migratoria (prevalentemente parassitosi cutanee), nel 2019 le condizioni cliniche apparivano connesse alle precarie condizioni di vita in Italia (soprattutto disturbi a carico dell'apparato digerente o respiratorio). In entrambi gli anni la maggioranza delle persone non aveva documentazione sanitaria (rispettivamente 90% e 57%), solo il 4% e il 10% riusciva ad accedere al SSN. Nel 2019, a differenza del 2016, la maggioranza delle persone ha effettuato più di un accesso.

Conclusioni

Nell'arco di tre anni il quadro della popolazione degli insediamenti informali a Roma appare profondamente cambiato. Ciò apre interrogativi sull'impatto di tali trasformazioni e sulle responsabilità che il sistema socio-sanitario e le istituzioni hanno verso situazioni di precarietà sociale.

Contatto: Giulia Chiacchella (giulia.chiacchella@libero.it)

Accesso ai servizi sanitari del Lazio dei richiedenti protezione internazionale

CACCIANI L¹, SANTONE G², GNOLFO F³, BACIGALUPI M⁴, PAGLIONE L¹, AGABITI N¹, DAVOLI M¹

¹ Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, ASL Roma 1; ² UOSD Centro SAMIFO, Distretto Primo, ASL Roma 1; ³ UOSD Salute Migranti, Distretto Primo, ASL Roma 1; ⁴ UOSD Centro SAMIFO, Associazione Centro Astalli

Introduzione e obiettivi

L'Italia è diventata progressivamente meta di flussi migratori di richiedenti protezione internazionale. Secondo la Commissione nazionale per il diritto di asilo, nel 2018 i richiedenti sono stati 53.596. Misurarne l'accesso ai servizi sanitari è sempre più rilevante ai fini di una corretta individuazione dei bisogni di salute e della programmazione dei servizi loro offerti. L'obiettivo dell'analisi è descrivere l'accesso ai servizi da parte delle persone provenienti da Paesi a elevata prevalenza di richieste di protezione internazionale attraverso l'ospedalizzazione.

Metodi/Azioni

Studio trasversale descrittivo che analizza le dimissioni ospedaliere degli assistiti nel Lazio di età 18-55 anni nell'anno 2018, suddivisi in base al loro luogo di nascita: nei 14 Paesi (P-14) dai quali, in base all'esperienza del Centro Salute Migranti Forzati SAMIFO, proviene la maggior parte dei richiedenti protezione internazionale; negli altri Paesi stranieri (P-non 14); e in Italia. Le misure utilizzate sono percentuali e tassi di ospedalizzazione standardizzati per età per 1000 assistiti (TOS). I denominatori sono desunti dall'archivio dell'Anagrafe degli Assistiti della Regione Lazio che include tutti i residenti a Roma e le persone che hanno avuto almeno un contatto con il Servizio Sanitario Regionale. Grazie a tale archivio è possibile stimare la numerosità della popolazione straniera per Paese di nascita ed età.

Risultati

Nel 2018, gli assistiti nel Lazio dai P-14 erano 62.422, prevalentemente uomini (71%). La maggior parte proviene da Bangladesh (43%), Marocco (14%) e Nigeria (10%). L'età mediana è di 36 anni. Il numero di ricoveri è 6.294, maggiormente a carico delle donne (62%). Tra le principali cause di ricovero emergono, negli uomini, le malattie dell'apparato digerente (17%), del sistema circolatorio (14%) e i traumi (12%); nelle donne si osservano soprattutto ricoveri correlati a gravidanza e parto (68%). Negli uomini i TOS risultano 28 nei P-14 rispetto a 31 nei P-non 14 e negli italiani, mentre nelle donne sono più alti e pari a 88 nei P-14, 62 nei P-non 14 e 55 nelle italiane.

Conclusioni

I TOS degli uomini da Paesi ad alta concentrazione di richiedenti asilo risultano inferiori sia a quelli del resto della popolazione straniera sia a quelli degli Italiani assistiti nel Lazio; viceversa, nelle donne risultano superiori. Nonostante la potenziale sottostima del denominatore ricavato da fonti non anagrafiche, soprattutto nelle fasce di età giovanili, e l'approssimazione nell'identificazione dei richiedenti asilo, è stato possibile stimare l'ospedalizzazione di una popolazione rilevante ma ancora poco indagata e confrontarla con quella della popolazione generale di immigrati e di italiani. L'analisi può essere replicata utilizzando indicatori di accesso ad altri servizi di cura, per esempio il pronto soccorso, e fornire elementi utili al monitoraggio dei bisogni di assistenza sanitaria dei richiedenti protezione internazionale.

Contatto: Laura Cacciani (l.cacciani@deplazio.it)

Un anno di esperienza dell' Ambulatorio Medico Popolare: analisi delle caratteristiche degli accessi in un ambulatorio del Nord-Est milanese

MARRO G., RUSSO G., CAPSONI N., GRASSI G., ROSSI M., CROSIGNANI A., LIVIO D., DI STEFANO V., STELLA R., E TUTTI GLI OPERATORI DELL'AMP.

Ambulatorio Medico Popolare (AMP), Via dei Transiti 28, Milano

Introduzione e obiettivi

Il sistema legislativo italiano, con alcune differenze interregionali, rende difficile l'accesso al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e alle cure mediche di base per le categorie più fragili (migranti, indigenti, persone senza fissa dimora). L'ambulatorio medico popolare (AMP) è un'associazione milanese autogestita e autofinanziata che promuove il diritto alla salute per tutti, fornendo dal 1994 assistenza medica di base, farmaci e consulenza a chi non ha accesso al SSN. Questo lavoro si propone di analizzare l'operato dell'AMP in un periodo campione, con lo scopo di mettere in evidenza le caratteristiche e i bisogni delle persone che vi accedono.

Metodi/Azioni

Abbiamo valutato gli accessi registrati da settembre 2016 ad agosto 2017, analizzando le caratteristiche anagrafiche, i paesi di provenienza, il tempo di permanenza in Italia, la situazione socio-economica, la possibilità di accedere al SSN (possesso di tessera sanitaria-TS, permesso di soggiorno-PS, codice per straniero temporaneamente presente-STP) e il motivo dell'accesso.

Risultati

Nei 12 mesi considerati sono stati registrati 540 accessi, l'81% dei quali effettuati da maschi; l'età media era di 38 anni. La metà degli accessi ha riguardato persone provenienti dal Bangladesh, seguiti da africani (21%, di cui 14.8% Nord Africa e 6.1 % Africa subsahariana) e sudamericani (18%). Sottolineiamo che il 5% degli accessi è stato effettuato da europei di cui il 3.6% italiani (soprattutto senza fissa dimora). Il tempo medio di permanenza in Italia delle persone straniere era di 5 anni; nel 50% dei casi non parlavano italiano e nel 62% non avevano un lavoro. Il 71% degli accessi è stato effettuato da persone senza PS, di cui meno della metà in possesso di codice STP. Tra coloro con PS, solo il 46% era in possesso di TS. La maggior parte degli accessi riguardava necessità legate a problemi di salute, soprattutto patologie cardiovascolari (19%) o osteomuscolari (18%).

Conclusioni

La peculiare composizione del gruppo di persone che accedono all'AMP riflette la comunità del quartiere in cui opera (Nord-Est milanese). L'impossibilità in Lombardia di accedere all'assistenza sanitaria di base in assenza di PS costituisce un problema soprattutto per le persone affette da patologie croniche e/o comorbidità che necessiterebbero di una presa in carico da parte di un medico di riferimento; verso questa tipologia di paziente l'AMP svolge gran parte della sua attività medica (con i limiti che derivano però dalla difficoltà ad ottenere prescrizioni di visite specialistiche, esami e farmaci). L'elevata prevalenza di patologie osteomuscolari può essere messa in relazione alla situazione lavorativa e allo stile di vita (lavori di fatica fissi o saltuari, stile di vita poco dinamico). Infine, un numero non trascurabile di accessi viene effettuato da persone che pur avendo PS non accedono all'assistenza sanitaria di base, verosimilmente per carenza di informazione, difficoltà burocratiche, difficoltà di interazione con il Medico di Medicina Generale.

Contatto: Giacomo Marro (giacomomarr090@gmail.com)

Motivi delle prime visite dei cittadini stranieri senza assistenza sanitaria che si sono rivolti al Naga nel biennio 2017 e 2018

SPADA A.¹, MANUELLI E.¹, SABBATINI F.¹, GAROFOLI P.¹, DURANTE A.¹, SIGNORELLI F.¹, DEVILLANOVA C.²

¹ NAGA ODV, MILANO; ² DIPARTIMENTO DI SCIENZE SOCIALI E POLITICHE, UNIVERSITÀ BICOCCA, MILANO

Introduzione e obiettivi

Il diritto alle cure, riconosciuto dalla legge italiana come un diritto di tutti a prescindere dallo status giuridico, spesso rimane sulla carta. Il Naga, associazione del volontariato per l'assistenza socio-sanitaria e i diritti operante a Milano, in collaborazione con l'Università Bocconi, ha analizzato i dati sanitari delle persone straniere senza assistenza sanitaria relativi alla prima visita nel 2017 e 2018.

Metodi/Azioni

Le diagnosi, convertite in formato elettronico e classificate secondo i codici ICD10, riguardano 3.868 persone di cui il 60% uomini, con una età media di 36.7 anni e una permanenza media in Italia di 4.6 anni (35% da meno 1 anno). Le persone provenienti da Perù e Marocco erano le più numerose (15% e 14% del totale).

Risultati

Le categorie con una frequenza >5% (che costituiscono 88.5% del totale) e le diagnosi più frequenti in parentesi sono le seguenti: malattie del sistema respiratorio 11% (rinite, faringite cronica 31%, influenza 30%), malattie del sistema osteomuscolare e connettivo 9.7% (dorsalgia 50%, gonartrosi 37%), malattie dell'apparato digerente 8.8% (dispepsia 34%), traumatismi e altre conseguenze di cause esterne 8.7% (traumatismi braccio e spalla 27%), malattie dell'apparato genitourinario 8.2% (vaginite 18%), malattie della cute e sottocute 7.7% (dermatite allergica 32%), segni e sintomi anormali di esami clinici 6.3% (dolore addominale o pelvico 41%), disturbi psichici e comportamentali 6.2 % (disturbo d'ansia 28%, reazione a grave stress 15%), malattie del sistema circolatorio 5.3% (ipertensione 60%), malattie endocrine 5.1% (diabete mellito 63%), e altri fattori influenzanti lo stato di salute 11.4% (follow up chirurgico 21%, visita generale 20%, misure contraccettive 19%). La frequenza delle malattie infettive e parassitarie era di 3.2%, tra cui le più frequenti micosi superficiali (34 casi), scabbia (30) e HIV (14), dato probabilmente sottostimato poiché l'ambulatorio Naga non possiede i mezzi per identificare malattie sessualmente trasmesse, che sono indirizzate ad altre strutture. Il 19% delle patologie diagnosticate sono croniche (gonartrosi 20%, diabete 19%, ipertensione 17%). Per quanto riguarda la TBC, dei 127 pazienti che si sono recati al Centro Regionale per la Tubercolosi dell'Ospedale Niguarda perché ritenuti sospetti allo screening clinico, 5 (0.13%) sono risultati positivi e posti in terapia. Il 10% dei pazienti richiedeva cure urgenti o essenziali per cui sono stati inviati in strutture ospedaliere.

Conclusioni

Lo studio mostra che i cittadini stranieri senza assistenza sanitaria a Milano rappresentano un gruppo di persone con problemi di salute analoghi alla popolazione italiana, con condizioni di vita e possibilità di accesso ai servizi sanitari che influiscono sulla gestione delle patologie, specie quelle croniche. Prevedere l'iscrizione al medico di base per tutti i cittadini a prescindere dallo status giuridico è un atto di tutela della salute nel rispetto di un diritto.

Contatto: Anna Spada (anna.spada@unimi.it)

Andamento dell'accesso all'assistenza ospedaliera dei residenti in Emilia-Romagna dal 2010 al 2018: un confronto tra italiani e immigrati

BARTOLINI L., CARANCI N., DI GIROLAMO C.

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna

Introduzione e obiettivi

Il fenomeno migratorio verso l'Italia si è modificato sostanzialmente negli ultimi 10 anni, con una stabilizzazione del numero di immigrati residenti sul territorio e un aumento di ingressi legati alla richiesta di protezione. L'obiettivo è di valutare eventuali differenze nell'andamento dell'accesso all'assistenza ospedaliera tra italiani e immigrati residenti in Emilia-Romagna tra il 2010 e il 2018.

Metodi/Azioni

La fonte dei dati è l'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera, che contiene informazioni sui ricoveri ospedalieri avvenuti negli Istituti di ricovero pubblici e privati dell'Emilia-Romagna. La popolazione in studio è rappresentata dai soggetti residenti in Emilia-Romagna di età 0-64 anni, suddivisi in italiani e stranieri a seconda della cittadinanza.

Sono stati esaminati i ricoveri totali e, per le sole donne, quelli per cause ostetriche e interruzioni di gravidanza (IVG). Dopo aver descritto la popolazione e il numero di ricoveri per sesso, età e cittadinanza, sono stati calcolati i tassi standardizzati, applicando la struttura per età della popolazione italiana al 2011.

Risultati

In Emilia-Romagna si contano 251.716 cittadini stranieri residenti di età 65 anni al 31/12/2018 (15,4% della popolazione residente). Dal 2012, il numero degli immigrati residenti è stabile e si è assistito a una femminilizzazione dei flussi migratori. Le prime tre provenienze sono quella rumena, marocchina e albanese, che costituiscono anche le cittadinanze più rappresentate in termini di accesso ospedaliero.

L'andamento della proporzione dei ricoveri degli immigrati sul totale dei ricoveri ricalca l'andamento della proporzione degli immigrati sulla popolazione totale. Il tasso standardizzato rimane stabile nel tempo tra gli immigrati mentre diminuisce tra gli italiani, portando a una riduzione del divario. Al 2018 il tasso di ospedalizzazione (escluse le cause ostetriche tra le donne) è di 65 e 58 ricoveri per 1.000 residenti tra gli uomini e le donne italiane e di 59 e 51 tra uomini e donne stranieri.

Il tasso di ospedalizzazione per cause ostetriche scende sensibilmente tra le italiane nel periodo 2010-18 (42/1.000 nel 2010 vs. 36/1.000 nel 2018) mentre rimane stabile tra le immigrate (circa 60/1.000). Il tasso di IVG diminuisce per entrambe le cittadinanze, dimezzandosi tra il 2010 e il 2018 per le donne immigrate e arrivando ad essere circa il 50% in più delle italiane.

Conclusioni

Nel periodo di osservazione, i tassi di ospedalizzazione diminuiscono tra gli italiani ma non tra gli immigrati. Questo fenomeno potrebbe essere dovuto all'attenuazione dell'effetto "migrante sano" tra gli immigrati residenti e a un accesso differenziale ai servizi di assistenza territoriale fra italiani e immigrati. Nelle donne, i ricoveri per cause ostetriche tra le straniere rimangono stabili mentre il ricorso all'IVG si dimezza; questo risultato potrebbe essere il frutto delle attività messe in atto in termini di promozione della salute riproduttiva nei Consultori familiari.

Contatto: *Letizia Bartolini* (letizia.bartolini@regione.emilia-romagna.it)

Ipotesi di stima del salmon bias nella mortalità osservata tra gli immigrati in Italia

Di NAPOLI A.¹, ALICANDRO G.², PETRELLI A.¹, VENTURA M.¹, ROSSI A.¹, MIRISOLA A.¹, SEBASTIANI G.², MARCHETTI S.², FROVA L.²

¹ Istituto Nazionale Salute Migrazione e Povertà (INMP); ² Istituto Nazionale di Statistica (Istat)

Introduzione e obiettivi

Gli immigrati hanno una mortalità più bassa e migliori condizioni di salute della popolazione del Paese in cui emigrano, fenomeno generalmente spiegato con l'effetto migrante sano, riferito a una selezione dei più sani alla partenza dal Paese di origine. Una parte della spiegazione può essere dovuta al salmon bias, ovvero la mancata rilevazione dei decessi di stranieri tornati nel Paese di nascita per trascorrervi l'ultimo periodo della propria vita. Tale effetto non è stato ancora misurato in Italia. Lo scopo dello studio è stimare la presenza del salmon bias nel differenziale tra i tassi di mortalità osservati tra italiani e stranieri residenti in Italia.

Metodi/Azioni

Per la quantificazione del salmon bias sono stati utilizzati il database longitudinale del Censimento 2011 linkato con il registro nazionale dei decessi (Istat, modello D4, fonte di stato civile) e l'archivio dei cancellati dall'anagrafe di residenza per decesso (Istat, modello P.5: decessi di tutti i residenti, inclusi i deceduti in uno Stato estero). I decessi dei cittadini stranieri presenti al Censimento 2011 e deceduti nel periodo 2012-2016 in uno Stato estero identico a quello di cittadinanza, non rilevati da fonte D.4, ma registrati da fonte P.5 sono stati ipotizzati come salmon bias.

Risultati

Nel periodo 2012-2016 sono stati rilevati 32.077 decessi di stranieri residenti in Italia al censimento 2011 da fonte D.4 e ulteriori 2.996 decessi da fonte P.5, con un incremento del 9% sia del numero assoluto, sia del tasso grezzo di mortalità totale degli stranieri (da 14,9 a 16,3 x 10.000). Il differenziale nel rapporto tra i tassi di mortalità età-specifici, calcolati con o senza i decessi rilevati da fonte P.5, è risultato più alto tra i soggetti con almeno 65 anni, con un incremento di circa il 33% tra gli uomini e il 27% tra le donne. I risultati sono simili per le comunità più presenti in Italia: rumena, albanese, marocchina. I tassi di mortalità età-specifici degli stranieri, anche sommando i decessi da fonte D.5, restano decisamente inferiori a quelli degli italiani.

Conclusioni

L'utilizzo della fonte P.5 dà conto di parte della minore mortalità degli stranieri rispetto agli italiani, calcolata correntemente attraverso la sola fonte D.4 (rapporto tra i tassi standardizzati: uomini=0,45; donne=0,50). Trattandosi di fonti agganciate al Censimento (denominatore certo), si può affermare che la sola D.4 sottostima i decessi degli stranieri. Il differenziale maggiore della mortalità misurata attraverso le due fonti nelle classi di età più anziane, sembrerebbe supportare l'ipotesi di una propensione al ritorno nel Paese di origine negli ultimi anni di vita. Tuttavia, il salmon bias, misurato attraverso il recupero dei decessi da fonte P.5, non basta a spiegare la più bassa mortalità degli stranieri; un miglior stato di salute della popolazione immigrata in Italia, da ascrivere in prima ipotesi ai noti fenomeni di selezione iniziale, sembrerebbe confermato.

Contatto: Anteo Di Napoli (anteo.dinapoi@inmp.it)

INTERSOS - Progetto Capitanata: medicina di prossimità ad approccio multidisciplinare negli insediamenti informali dei lavoratori e lavoratrici nella provincia di Foggia, analisi dei servizi socio-sanitari e advocacy partecipata

VERONA A.¹, COTUGNO S.¹, RIZZI E.²

¹ INTERSOS; ² ASGI (Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione)

Introduzione e obiettivi

La Capitanata (provincia di Foggia) è l'area pugliese più interessata dallo sfruttamento lavorativo. Lavoratori/trici stranieri/e dimorano in insediamenti informali tutto l'anno, aggregandosi in baraccopoli e masserie, in condizione di forte marginalità. Il progetto Capitanata di Intersos, in partnership con ASGI, da Maggio 2018 eroga un servizio di prossimità con unità mobili, fornendo cure primarie e informative socio-sanitarie, legali, lavorative in 8 insediamenti, abitati da lavoratori stranieri, stagionali e stanziali, esposti a sfruttamento lavorativo e sessuale.

Gli obiettivi sono l'aumento: della tutela della salute globale e dell'autodeterminazione della comunità; dell'accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari; quanti-qualitativo delle alternative agli insediamenti e del contrasto allo sfruttamento, attraverso *advocacy* con la Rete locale.

Metodi/Azioni

Il progetto mira a diffondere un approccio di Sanità Pubblica di Prossimità (Baglio, Eugeni, Geraci, 2019). L'outreach vede turni di 6 ore, 5 giorni su 7, per tutto l'anno. Per ogni visita medica è realizzata un'informativa socio-sanitaria, cui si collegano i focus group e le awareness session sanitarie, legali, lavorative. A Luglio 2019 si è siglato il protocollo d'intesa Intersos-Asl Foggia, volto alla mediazione di sistema, operando sul versante dei servizi e della comunità, con suo coinvolgimento attivo. Sono stati sottoposti agli utenti: questionari su accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari (189, e 61 a operatori ASL), 81 su condizione lavorativa, 86 di valutazione progettuale; 2 formazioni alla ASL di Foggia. Si è promossa la Rete di Prossimità della Capitanata, istituita a Marzo 2019, che unisce le azioni del privato sociale operativo sul territorio.

Risultati

Al 31 gennaio 2020 si sono realizzate 674 sessioni di intervento, 5801 sono stati gli accessi totali e 3434 i beneficiari. Dai dati emerge la critica condizione negli insediamenti e sul luogo di lavoro. La popolazione è giovane, 59% 18-29 anni, di cui 34% neo-maggioresani, 93% dall'Africa Sub-Sahariana. Le donne sono il 9.1%. Le patologie osteomuscolari sono le più rappresentate (17.1%), ma qualitativamente rilevanti sono gli ostacoli alla salute femminile, le patologie croniche e la sofferenza psichica, spesso collegata alla perdita del titolo di soggiorno. Le persone interessate dal progetto vanno dalle 2200 (Gennaio), alle 6500 (Agosto), con ampia mobilità, che ostacola l'inserimento nei SSR.

Conclusioni

Negli insediamenti informali l'approccio di medicina di prossimità partecipata con la comunità consente maggiore controllo sui determinanti di salute, e maggiore autodeterminazione. È necessario un approccio multidimensionale, consapevole delle criticità lavorative, di titoli soggiorno e abitative. Attraverso percorsi di *advocacy* in Rete con la comunità degli insediamenti e il privato sociale, serve rivolgersi al SSR per l'adeguamento della tutela socio-sanitaria così come alla governance nazionale per il contrasto allo sfruttamento e per affrontare inoltre il tema della mobilità sanitaria interregionale.

Contatto: Alessandro Verona (alessandro.verona@intersos.org)

Lavoro di cura e diritto alla salute. Una riflessione antropologica sulle lavoratrici moldave a Padova

REDINI V.

Università di Padova, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)

Introduzione e obiettivi

La letteratura sul lavoro domestico e di assistenza ha studiato le condizioni di lavoro, le relazioni all'interno della famiglia e alcune dimensioni specifiche del lavoro domestico e di assistenza, ma pochi studi hanno analizzato anche le implicazioni sanitarie del lavoro domestico e di assistenza. Relativamente esigue sono le analisi che si sono concentrate sulle conseguenze del lavoro di assistenza sulla salute e sull'accesso alle risorse terapeutiche delle lavoratrici.

Sulla base dei risultati di una etnografia condotta nel settore dell'assistenza a Padova, l'obiettivo di questo intervento è focalizzare l'attenzione sull'emergere di episodi di malattia e sull'accesso alle cure delle lavoratrici di cura migranti moldave. Concentrandosi sul vissuto di questa esperienza e sul contesto lavorativo in cui essa prende forma si cercherà di evidenziare il rapporto tra le condizioni di lavoro e i limiti imposti dal rapporto con i datori di lavoro nell'accesso ai servizi di salute da parte delle lavoratrici migranti.

Metodi/Azioni

L'analisi si basa sui risultati di un'indagine condotta con gli strumenti della metodologia antropologica. Si tratta di colloqui informali, osservazione di momenti di vita quotidiana e interviste in profondità a 30 lavoratrici moldave e 10 datori di lavoro.

Risultati

Nelle testimonianze dei datori di lavoro la salute delle lavoratrici non sembra essere messa a tema. Esse sono infatti pensate come soggetti sani che quando si candidano per svolgere il lavoro di assistente familiare devono godere della forma fisica richiesta da tale occupazione.

Nelle testimonianze delle lavoratrici emerge una sottovalutazione della malattia, sia come reazione alle pressioni della società di immigrazione che legittima solo la presenza di attori produttivi, sia perché la malattia ostacolerebbe il progetto migratorio e quindi il senso profondo attribuito alla migrazione. Questo incide nel ricorso ai servizi a cui non di rado esse fanno appello solo in situazioni di emergenza. La sopportazione del dolore viene portata cioè all'estremo fino al completo esaurimento delle risorse psico-fisiche della lavoratrice.

Conclusioni

Le lavoratrici risultano vulnerabili rispetto all'accesso ai servizi sanitari per motivi che attengono alle disuguaglianze e alle diverse fragilità che connotano l'assistenza domiciliare. Qui infatti si intersecano la vulnerabilità degli anziani con un elevato bisogno di assistenza, delle famiglie, delle assistenti domiciliari migranti sottoposte a regimi di lavoro particolarmente usuranti. La distinzione tra pubblico e privato, tra giurisdizione politica e regolamentazione economica degli attuali sistemi di welfare fa quindi entrare in conflitto il diritto alla salute delle lavoratrici migranti la cui presenza sembra essere legittimata solo a condizione di uno stato di "perfetta" salute con gli interessi economici e assistenziali delle famiglie.

Contatto: Veronica Redini (veronica.redini@unipd.it)

Toccate nel midollo: il malessere mentale delle lavoratrici migranti moldave

VIANELLO F. A.

Dip. FISPPA, Università degli Studi di Padova

Introduzione e obiettivi

La letteratura internazionale ha evidenziato come al migrante partito necessariamente sano per poter fronteggiare l'esperienza della migrazione, subentri il migrante esausto dalle condizioni di lavoro precarie, dal disagio abitativo, dall'esclusione sociale, dalla precarietà. Su questa tendenza incidono una serie di fattori: da un lato, il viaggio e il loro livello di inclusione e, dall'altro, le condizioni lavorative a cui i migranti sono sottoposti e che possono arrivare a produrre un mal da lavoro. Tuttavia, l'attenzione rivolta al tema della salute lavoro-correlata dei e delle migranti è ancora scarsa, specialmente per quanto riguarda il versante femminile. Il paper mira ad analizzare le condizioni di salute delle lavoratrici moldave, cercando di individuare eventuali relazioni con le specificità del lavoro che svolgono. In particolare l'obiettivo è studiare se e in che misura vi siano delle differenze tra le condizioni di salute mentale delle migranti impiegate come colf e assistenti familiari e quelle occupate in altri settori.

Metodi/Azioni

Lo studio si basa sui risultati di una survey condotta a Padova su un campione di 173 migranti moldave impiegate in diversi comparti del mercato del lavoro alle quali è stato somministrato l'Hopkins Symptom Checklist-10 (HSCL-10) e su 30 interviste in profondità ad assistenti familiari di origine moldava.

Risultati

Dall'analisi emerge che il 22,73% delle intervistate rischia di soffrire di ansia o depressione. Di queste osserviamo che il 71,43% (p 0,023) lavora presso case private come colf o come assistente familiare. L'analisi statistica non ci permette, tuttavia, di individuare una relazione forte con nessuna delle diverse professioni che rientrano all'interno dell'ampia categoria del lavoro domestico. Ciononostante, notiamo che alcune condizioni di lavoro tipiche del comparto hanno una relazione significativa con la presenza di problemi psichici sui quali incidono positivamente: circa un terzo di chi lavora di notte (31,11% p 0.041), di chi lavora con clienti/pazienti arrabbiati (36,67% p 0,046) e di chi si trova spesso in situazioni emotivamente perturbanti (37,93% p 0.035) soffre di disagio mentale.

Infine, inserendo le variabili suddette in una regressione logit, risulta (con una alta affidabilità del modello p 0.0105) una relazione positiva tra l'essere colpite da disagio mentale e lavorare di notte (p 0.045) e in contesto domestico (p 0,021).

Conclusioni

In conclusione, osserviamo che il lavoro in ambito domestico costituisce un rischio per lo sviluppo di alcune forme di sofferenza mentale che interessa gran parte delle lavoratrici migranti provenienti dall'Europa orientale, poiché tutte o quasi hanno lavorato come colf o assistenti familiari per periodi più o meno lunghi.

Contatto: Francesca Alice Vianello (francescaalice.vianello@unipd.it)

Minori stranieri non accompagnati: indagine conoscitiva

SAVARINO G.¹, SFERRAZZA E.¹, GANDOLFI C.^{1,2}, BRUSSI V.², ENA F.^{1,2}, LO RUSSO V.¹, CALACOCI M.^{1,2}, LA PLACA S.^{1,2}

¹ Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria – GLNBM SIP; ² Gruppo di Lavoro Minore Migrante della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM

Introduzione e obiettivi

Tumaranké nella lingua bambara, parlata in Mali, definisce chi, alla ricerca di un futuro migliore, si mette in viaggio. Negli ultimi anni tra le centinaia di migliaia di persone che hanno deciso di attraversare il Mediterraneo sono stati sempre più numerosi i minori stranieri non accompagnati (MSNA). Arrivare in un Paese straniero senza genitori nè figure adulte di riferimento, è un forte elemento di vulnerabilità. In questo panorama così complesso per i pediatri e gli operatori sanitari coinvolti nei diversi percorsi di accoglienza dei MNA, è necessario conoscerne il profilo non solo di salute ma anche socio-demografico e migratorio.

Metodi/Azioni

Il GLNBM SIP nell'anno 2018 ha avviato un'indagine conoscitiva con l'obiettivo di "scattare una fotografia" dei MSNA presenti in Italia. Nell'ambito delle comunità di accoglienza e ambulatori per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età (Palermo, Roma, Udine), si richiedeva di compilare una scheda elaborata ai fini del colloquio sociale, in presenza del mediatore culturale e del tutore.

Risultati

Attraverso le informazioni preliminari raccolte su 118 MSNA, è stato possibile delinearne il profilo socio-demografico, migratorio, giuridico e di salute, oltre che i progetti per il futuro. Si tratta di MSNA prevalentemente di sesso maschile (77%), tra i 16-17 anni (84%), celibi/nubili (tranne un coniugato) e nella quasi totalità senza figli a carico, non sempre con entrambi i genitori viventi (91% genitori viventi) e una media di 2-3 fratelli. Il 43% di loro nel Paese di origine viveva in area urbana, mentre il 67% in area rurale. La maggior parte dei MSNA proviene dall'Africa Sub-Sahariana (65%), hanno un numero variabile di anni d'istruzione, con conoscenza della lingua italiana insufficiente (42%) o appena sufficiente (25%). Seppur molteplici le ragioni per cui hanno lasciato il paese di origine, studiare (15%) e lavorare (81%) sono le necessità mostrate all'arrivo in Italia, dopo un lungo viaggio (da qualche mese fino ad 1 anno, max 3 anni). Oltre la metà di coloro che sono passati dalla Libia (il 55% del totale, il 92% di quelli arrivati per via mare) sono stati vittime di violenza intenzionale. Quanto allo stato di salute, sebbene prevalgano buone condizioni generali (57%), i disturbi lamentati in Italia erano prevalentemente di natura dermatologica, odontostomatologica, del sonno e dell'umore (42%). Seppur richiedenti protezione internazionale, non sempre risultavano iscritti al SSN (44%). Quanto ai progetti futuri, il 68% vorrebbe rimanere in Italia, il resto vorrebbe migrare in un altro paese (19%).

Conclusioni

Queste informazioni costituiscono una valida premessa per proseguire lo studio in modo sistematico, mediante strumenti di monitoraggio validati dalla letteratura internazionale, al fine di elaborare percorsi di accompagnamento che favoriscano dinamiche di integrazione socio-culturale e lavorativa di questo gruppo particolarmente vulnerabile di migranti.

Contatto: Simona La PLaca (simonalaplaca@gmail.com)

Quali differenze nei determinanti di salute 0-2 anni per la popolazione migrante? Risultati dall'indagine sul percorso nascita in Toscana

BONCIANI M., LUPI B., CORAZZA I.

Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Sant'Anna, Pisa

Introduzione e obiettivi

L'approccio life-course, la cui rilevanza per la salute è fortemente sottolineata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, mette in evidenza come i primi anni di vita siano strategici per la costruzione del potenziale di salute che accompagnerà ciascun individuo nell'arco della sua vita. A livello nazionale, le indicazioni ministeriali promuovono azioni preventive dall'epoca pre-concezionale fino ai 2 anni di vita del bambino e la sorveglianza dei determinanti di salute chiave in questa fase. Data l'importanza che questi determinanti hanno in termini di benefici per la crescita della persona e la prevenzione dell'insorgenza di condizioni patologiche, il presente studio si pone l'obiettivo di analizzarne la caratterizzazione tra le donne italiane e migranti coinvolte nel percorso nascita, per mettere eventualmente in atto interventi che contrastino la trasformazione di svantaggi di carattere socio-economico e culturale in disuguaglianze di salute.

Metodi/Azioni

Lo studio si avvale dei dati dell'ultima indagine campionaria longitudinale sul percorso nascita in Toscana, che ha coinvolto circa 3.900 donne partorienti in uno dei 24 Punti Nascita regionali tra settembre 2018 e marzo 2019. A questa coorte di madri sono stati somministrati 6 questionari web multilingua a tempi predefiniti (dopo la dimissione, a 1, 3, 5, 6 e 12 mesi dopo il parto).

I questionari hanno riguardato molteplici aspetti dell'esperienza delle donne nel percorso nascita e la misurazione dei determinanti di salute 0-2 anni, su cui si focalizza il presente studio. In particolare sono state utilizzate nei questionari le stesse domande di rilevazione del sistema di sorveglianza nazionale, somministrate in diversi momenti di rilevazione all'interno dell'indagine. Il focus di questo studio riguarda il confronto tra donne italiane e donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) che rappresentano l'11% del campione.

Risultati

Le donne PFPM sono più giovani, con titolo di studio più basso, mediamente meno occupate e più frequentemente pluripare rispetto alle italiane. Le principali cittadinanze rappresentate nel gruppo PFPM sono quella rumena (23%), albanese (22%), cinese (9%) e marocchina (5%) ed in larga maggioranza si tratta di donne in Italia da almeno 6 anni. Le donne migranti hanno una probabilità minore di assumere correttamente l'acido folico (almeno un mese prima del concepimento e per 3 mesi dopo) e, pur allattando in proporzione maggiore delle italiane, hanno prevalenze di allattamento esclusivo più basse. Non ci sono differenze significative nell'abitudine a fumare in gravidanza e nel post-parto, mentre le PFPM consumano significativamente meno alcool in entrambi i periodi. È meno diffusa tra le madri PFPM l'abitudine a mettere a dormire i figli a pancia in su, mostrando una differenza significativa con le italiane. Non ci sono invece differenze per le vaccinazioni fatte ai bambini e l'intenzione di vaccinarli in futuro, ma le migranti si sentono più spesso poco o per niente informate a riguardo. Tra le PFPM è meno probabile la lettura precoce al figlio e il rischio di esposizione dei bambini a schermi, sebbene quando avviene il bambino è esposto passivamente e da solo.

Conclusioni

Lo studio mostra che ci sono pattern diversi nella relazione tra cittadinanza ed i determinanti di salute 0-2 anni analizzati. Se per alcuni di essi non ci sono differenze tra italiane e migranti o se rispetto ad alcuni comportamenti a rischio l'essere straniera rappresenta un fattore protettivo, sono invece evidenti alcune disuguaglianze critiche a carico delle donne PFPM. Si evidenzia quindi l'esigenza di rafforzare le competenze delle madri e dei genitori ponendo attenzione alle specificità socio-economiche e culturali, per evitare squilibri negli itinerari di sviluppo di vita e di salute di tutti i bambini.

Contatto: Manila Bonciani (m.bonciani@santannapisa.it)

Interrompere la "trasmissione" delle MGF: un approccio dialettico

CALAMERA F., FORGIONE M., GUALDIERI L.

GrIS CAMPANIA

Introduzione e obiettivi

Nonostante le MGF vengano considerate dalla Legislazione attuale una violenza contro le donne e vietate le pratiche con sanzioni di reclusione, negli ambulatori in Italia continuano a giungere donne con MGF e, soprattutto, giovani madri che intendono mutilare le loro figlie.

Nell'attività del Centro per la tutela della salute degli immigrati della ASL NA1, sono state incontrate negli ultimi anni 227 donne migranti che hanno subito una MGF, si è proceduto alla registrazione dei dati, e soprattutto è stato possibile attivare un approccio transculturale per affrontare le MGF non come residui di rituali tribali, ma vere strategie sociali complesse, ovvero politiche del corpo.

Iniziarsi a queste rappresentazioni culturali, accettare che esiste una codifica culturale da cui scaturiscono rappresentazioni mentali diverse dalle nostre, ha costruito le condizioni favorevoli dove la donna ha trovato lo spazio per esprimersi. L'obiettivo che ha mosso la ricerca era quello di comprendere e resignificare, per affrontare il necessario cambiamento culturale che auspichi un riadattamento e una trasformazione di pratiche sociali ormai radicate.

Metodi/Azioni

Al primo contatto ambulatoriale è seguito un dialogo informativo in diversi steps. Il primo registrava il riconoscimento delle motivazioni della pratica specificatamente al proprio contesto di provenienza. Seguiva la fase della certificazione della motivazione attraverso il confronto o la riflessione e l'analisi colloquiale delle conseguenze. Nel terzo step si discuteva sulla possibilità di perpetuazione della pratica sulle figlie. Il quarto indagava la condivisione sulla circoncisione nell'uomo e le sue motivazioni.

Risultati

Su un totale di 227 donne con MGF, dai 19 ai 51 anni per il 90% nigeriane, il 56% ha subito l'escissione, seguono l'infibulazione e la clitoridectomia. La gran parte delle donne riveste il ruolo di madre e una considerevole percentuale ha praticato la MGF sui propri figli. Il 63% delle contattate rifiuta invece di perpetuare la pratica. Inoltre, nell'area di rilevazione socioculturale sono emerse variabili, attraverso gli items utilizzati, che possono incidere sulla persistenza delle pratiche: la maggior parte delle mutilate non conosce il motivo della mutilazione; in alcuni casi si è guidati dalle paure legate al destino e all'emisfero sessuale. Gran parte delle spiegazioni attengono alla sfera della tradizione.

Conclusioni

Per promuovere una rinuncia a perpetuare le MGF sulle nuove nate si deve realizzare un luogo di dialogo e collaborazione con le persone migranti, tale da poter trattare con loro i vari livelli di codifica culturale dell'essere donna e della rappresentazione della propria identità, del senso che ognuna attribuisce agli eventi che le accadono per giungere a negoziare il livello del fare e auspicare un cambiamento che passi dalla consapevolezza. Il conflitto che investirebbe il ruolo maschile richiede un loro coinvolgimento dialogico.

Contatto: *Michela Forgone (forgione00@gmail.com)*

L'ambulatorio ostetrico-ginecologico del SAMIFO (Salute Migranti Forzati) ASL RM 1: Assistenza alle donne con MGF (Mutilazioni Genitali Femminili)

PATRICELLI S., MARRAS G., GUERRA M., TARENZI S., CARNEVALI R.
UOSD Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati), ASL RM 1

Introduzione e obiettivi

La provenienza delle pazienti rifugiate e richiedenti asilo afferenti al Consultorio del SAMIFO (Somalia, Eritrea, Etiopia, Nigeria ed altri paesi dell'Africa centro-occidentale), ci ha portato ad entrare in contatto con un alto numero di donne sottoposte ad MGF, determinando la necessità di acquisire formazione, competenza e di elaborare una strategia di presa in carico.

Metodi/Azioni

Tramite un'equipe tutta al femminile (ginecologa, ostetrica, infermiera, mediatrice culturale, psicologa e psichiatra), abbiamo elaborato un metodo di lavoro che garantisca alle pazienti un ambiente accogliente e non discriminante.

L'assistenza a queste donne, in accordo con quella offerta a tutte le pazienti del SAMIFO, comprende: visita ginecologica e ostetrica, Pap test, controlli ecografici e un programma di deinfibulazione delle donne gravide. È prevista una visita psicologica o psichiatrica per coloro che manifestano sintomi quali problemi della sessualità, ansia, incubi o altri segni di stress post-traumatico.

Inoltre, nei loro luoghi abituali, vengono realizzati incontri di educazione sanitaria come strategie di prevenzione primaria e secondaria con le donne delle comunità a rischio.

Risultati

Con l'aumentare delle nostre competenze sulle MGF, è cresciuto il numero delle pazienti che si sono rivolte al SAMIFO. Dall'analisi del database interno emerge che nel 2018 sono state effettuate 88 visite a donne con MGF di cui 40 prime visite. Nel 2019 sono state visitate 90 donne con MGF di cui 31 prime visite. La distribuzione per grado di mutilazione riproduce quanto riportato comunemente in letteratura sull'argomento: il 1° tipo è quello più ampiamente rappresentato, seguito dal 2° e infine dal 3° tipo, riscontrato in meno del 10% del totale.

Conclusioni

Le pazienti con MGF dovrebbero essere seguite in un servizio dedicato. Esse hanno bisogno di sentirsi accolte da un'equipe competente e preparata che si approcci con neutralità e rispetto. Non è scontato che la paziente riferisca complicanze legate alla mutilazione, né ne va forzata l'emersione. Vanno invece accolte le richieste di cura sia fisica che psicologica delle pazienti che le manifestano. Il trattamento chirurgico rappresenta per noi un obiettivo in progress per soddisfare la richiesta nelle pazienti con le forme più severe di MGF, da svolgersi attraverso una collaborazione con un servizio ospedaliero in grado di rispondere alle esigenze chirurgiche delle pazienti. Per le donne gravide è necessario un percorso di deinfibulazione pre o intra-parto, che migliori la qualità dell'assistenza al parto sia per le pazienti che per gli operatori.

Tra gli altri obiettivi vi è inoltre l'incremento del numero degli incontri con le comunità sul territorio. Nella nostra esperienza questo tipo di attività rappresenta un valido contrasto alle MGF che potrebbe proteggere le seconde generazioni.

Contatto: *Silvana Patricelli* (s.patricelli@tiscali.it)

Le disuguaglianze sociali nel percorso nascita in Piemonte – Anni 2006-2016

MONDO L.¹, RUSCIANI R.¹, GHIOTTI P.², CASTAGNO I.³, SPADEAT.¹

¹ ScaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 Regione Piemonte; ² Assessorato alla Sanità Area Materno-Infantile Regione Piemonte; ³ Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche Università di Torino

Introduzione e obiettivi

Introduzione: Le disuguaglianze nella salute caratterizzano la vita di un individuo sin dalle sue fasi più precoci: da un lato, lo svantaggio socioeconomico è associato a un maggior rischio di esiti negativi della gravidanza; dall'altro, gli svantaggi di salute sofferti nelle prime fasi di vita tendono a conservarsi, o addirittura amplificarsi, nel corso della vita. I problemi di salute materno-infantile rappresentano dunque un grave danno per la collettività ed è importante monitorarli costantemente allo scopo di mettere in atto strategie e buone pratiche per il contrasto delle disuguaglianze già nelle primissime fasce di età.

Obiettivi: Fornire un quadro delle disuguaglianze socioeconomiche e per cittadinanza nel percorso nascita in Piemonte, per individuare le aree di assistenza e i sottogruppi di popolazione maggiormente a rischio sui quali indirizzare interventi prioritari.

Metodi/Azioni

Dai Certificati di assistenza al parto dei nati in Piemonte negli anni 2006-2016 sono stati ricavati indicatori sull'assistenza in gravidanza (utilizzo del consultorio familiare, numero di visite ed ecografie, indagini prenatali) e sugli esiti neonatali (nato pretermine, ricorso al taglio cesareo elettivo e peso per età gestazionale). I determinanti sociali analizzati sono il livello di istruzione, la condizione occupazionale e la cittadinanza. Sono stati applicati i modelli di regressione multipla di Poisson, aggiustati per età, parità e ASL di residenza.

Risultati

Negli anni in esame si registra una netta riduzione dei nati, dai 36902 del 2006 ai 30526 del 2016, accompagnata dal progressivo aumento della percentuale di cittadine straniere (dal 22,8% al 30,5%). Aumentano le madri laureate, ma si osservano variazioni significative in base alla cittadinanza. Rimane costante la proporzione di donne occupate, mentre aumentano le disoccupate e si riducono le casalinghe, segno di una maggior propensione alla ricerca di lavoro.

Lo svantaggio socioeconomico risulta associato ad indicatori negativi di percorso e di esito, con rischi di intensità variabile. Le donne straniere e quelle non occupate mostrano i rischi più alti di scarsa assistenza in gravidanza (7 visite e >3 ecografie, cesareo elettivo) e di far ricorso alla diagnosi prenatale invasiva non preceduta da screening.

Conclusioni

Risultati più aderenti alle linee guida sembrano essere associati all'utilizzo del consultorio familiare come servizio prevalente di assistenza: l'offerta di ambulatori di qualità e a bassa soglia come i consultori, difatti, va nella direzione di facilitare l'accesso alle cure appropriate per le donne socioeconomicamente svantaggiate, in particolare per le straniere.

Contatto: luisa mondo (luisa.mondo@epi.piemonte.it)

Promozione della salute e presa in carico integrata delle donne straniere e potenziali vittime di tratta

CAVALLO, M., MEKOMBI, C., SEGNERI, M.C., AGRÒ, F., QUINTO, C., BORECHA, B.Y., FIGLIOMENI, I., UKEGBU ASHAMOLE D., SANTARELLI, F., MIRISOLA, C., DIKU, M.

Istituto Nazionale per la promozione della Salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, INMP, Roma

Introduzione e obiettivi

Il sistema italiano di protezione delle vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale prevede una struttura composta di tre fondamentali pilastri di azione – emersione, identificazione e prima assistenza, inclusione sociale – ai quali sono collegati altrettanti interventi. L'obiettivo generale di questo progetto è stato sperimentare presso gli ambulatori dell'INMP un percorso di prevenzione, screening e cura, che per la prima volta mettesse in pratica in ambito sanitario alcune azioni legate ai tre fondamentali pilastri suddetti.

Metodi/Azioni

Il reclutamento inizia con un'accoglienza tesa ad aumentare la consapevolezza delle beneficiarie dopo la quale si accede alla I FASE con una visita ginecologica che indaga anche la presenza degli indicatori fisici della tratta. Si somministra un questionario per rilevare le conoscenze già in possesso prima e dopo un intervento di educazione sanitaria su tematiche specifiche sulla salute della donna e, congiuntamente, misurarne l'efficacia. Durante la seconda visita ginecologica sono somministrati test rapidi per le MST. La II FASE del progetto approfondisce la presenza di altri indicatori della tratta con il colloquio psico-antropologico, valuta la necessità di un supporto e si conclude con gli incontri realizzati dall'assistente sociale e dal legale per la possibile segnalazione della donna alla rete antitratta del Lazio.

Risultati

Il campione raccolto in 17 mesi è di 249 donne, di cui il 92% originarie della Nigeria, con età compresa tra i 21 e i 26 anni e una minorenni. Il loro livello di istruzione è medio-basso, più del 90% ha una qualche forma di permesso di soggiorno (protezione internazionale, ricorrente, protezione sussidiaria o motivi umanitari). 179 donne hanno riferito di essersi rivolte in precedenza ad altri servizi del sistema sanitario nazionale per motivi di salute quali: richiesta di IVG (32%), dolore pelvico (22%), controllo in gravidanza (15%), dolore epigastrico (13%). La diagnosi di MST è stata riscontrata nel 12% delle donne: infezione da Gonococco nel 6%, Chlamydia nel 4,5%, HIV e HPV nell'1% delle donne. 108 donne hanno subito una mutilazione genitale femminile, 44% di I tipo e 56% di II tipo. Delle 180 donne che hanno concluso tutto il percorso progettuale, il 28% sono state pre-identificate come vittime di tratta e il 13% ha beneficiato di una presa in carico sanitaria integrata, avendo già avviato un percorso di emersione presso la rete antitratta.

Conclusioni

Si può confermare che approcci integrati e multidisciplinari, con operatori adeguatamente formati e preferibilmente gender oriented, sono indispensabili in ambito sanitario per una precoce identificazione delle donne straniere potenziali vittime di tratta e grave sfruttamento, così come la successiva attivazione di percorsi di emersione, tutela, sostegno e di empowerment.

Contatto: Marcella Cavallo (marcella.cavallo@inmp.it)

Stato dell'arte del processo di integrazione delle donne bangladesi nel contesto della città di Roma: l'esperienza presso l'Ospedale Generale "Madre Giuseppina Vannini" di Torpignattara

GIANNINI D.¹, REFRIGERI M.², CIVITELLI G.³

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ² Ospedale Madre Giuseppina Vannini, Istituto Figlie di San Camillo; ³ Area Sanitaria, Caritas di Roma

Introduzione e obiettivi

La comunità bangladese rappresenta l'ottava comunità straniera per presenza in Italia. Nel Lazio conta 37.122 cittadini residenti, concentrati principalmente nel territorio romano, in particolare nei quartieri Esquilino e Torpignattara, e sembra andare incontro a una stabilizzazione familiare a lungo termine, come dimostra il progressivo aumento nell'arrivo di donne degli ultimi dieci anni. Grazie alla loro partecipazione quotidiana nelle istituzioni, come la scuola, le donne costituiscono un tassello fondamentale nella creazione della nuova cittadinanza e rappresentano il motore verso l'integrazione della comunità.

L'obiettivo principale dello studio quali-quantitativo è quello di indagare il grado di integrazione socio-sanitaria delle donne bangladesi e di definire caratteristiche e bisogni di una popolazione la cui presenza si fa sempre più forte sul territorio romano, al fine di attivare strategie di *advocacy* nei confronti delle istituzioni locali.

Metodi/Azioni

Sono state sottoposte delle interviste semistrutturate, realizzate ad hoc, da parte di un unico intervistatore, alle donne di origine bangladesi che si sono recate presso il laboratorio analisi dell'Ospedale "Madre Giuseppina Vannini" da ottobre a dicembre 2019. Le informazioni raccolte in sede di intervista riguardavano età, periodo di permanenza in Italia, conoscenza della lingua italiana, situazione amministrativa, familiare e lavorativa, interazione con i servizi territoriali (scuole, strutture sanitarie) e grado di autonomia complessivo. È stata fatta un'analisi descrittiva dei dati raccolti.

Risultati

Sono state intervistate 212 donne di età compresa tra i 18 e 48 anni (96.2% di età inferiore ai 35 anni), di cui il 93% in gravidanza. Per la maggior parte (96%) giunte in Italia da meno di 2 anni e con una conoscenza della lingua italiana per lo più scarsa o nulla per cui non è stato possibile condurre in autonomia l'intervista. La totalità delle donne era sposata e inoccupata. Riguardo la fruizione dei servizi territoriali delle donne con figli a carico (69%) tutte si sono rivolte alle strutture scolastiche, mentre l'accesso alle strutture sanitarie è stato nel 93% dovuto a gravidanza o nel 7% per patologie accertate, mentre nessuna a scopo preventivo.

Conclusioni

Elementi che rallentano fortemente l'integrazione delle donne bangladesi nel tessuto sociale romano sono le difficoltà linguistiche e la totale dipendenza economica dal marito. I principali fattori di spinta sono rappresentati dai figli in età scolare e dalla necessità di tutelare la propria salute in particolari condizioni, come la gravidanza, che determinano la costruzione di relazioni con le istituzioni scolastiche e sanitarie. Queste occasioni di contatto potrebbero essere momenti favorevoli nei quali svolgere attività di informazione, prevenzione e promozione della salute, anche attraverso il coinvolgimento della comunità locale (ad es. genitori di altri bambini a scuola).

Contatto: Dara Giannini (dara.giannini@uniroma1.it)

I "sintomi sentinella" nelle storie delle donne migranti vittime di violenza

GARAVINI C. M.¹, GIRARDI F.², GRAMENZI A.³, LESI G.⁴, ZUCHELLI L.⁵

¹ Regione Emilia Romagna; ² (ex volontaria) Servizio Civile Universale, AUSL di Bologna; ³ DIMEC, Università di Bologna; ⁴ Dipartimento Cure Primarie, AUSL di Bologna; ⁵ (ex tirocinante) U.O.C. Donna Adolescenza e Infanzia, AUSL di Bologna

Introduzione e obiettivi

Al fine di indagare lo stato di salute delle donne migranti vittime di violenza che attraversano, in modi e tempi diversi, il territorio di Bologna, sono state realizzate due ricerche relative ai cosiddetti "sintomi sentinella", ovvero i sintomi sospesi tra la descrizione clinica e le manifestazioni di forte sofferenza che ritornano frequentemente nei racconti, mediati da molteplici sguardi professionali e supporti, delle donne vittime di violenze. Sono donne accomunate dall'essere migranti in condizioni di vulnerabilità (sociale, giuridica, economica) e dall'essere persone "di carta", poiché la ricerca dei dati è stata effettuata in assenza di un contatto diretto con esse. Si tratta, in particolare, di una prima ricerca riguardante le donne trattenute all'interno dell'ex CIE di Bologna tra il 2008 e il 2011 e di una seconda indagine su coloro che si sono rivolte al Centro per la Salute delle Donne Straniere e dei loro Bambini dell'Ausl di Bologna tra il 2015 e il 2019 (le donne che si rivolgono a questo centro sono sia richiedenti asilo ospiti dei centri di prima e seconda accoglienza, sia donne esterne ai percorsi di accoglienza).

Metodi/Azioni

Entrambi gli studi si sono avvalsi di approcci multidisciplinari di tipo quantitativo (indagine retrospettiva) e, per quanto possibile, qualitativo per provare a restituire la complessità del fenomeno nei vari contesti specifici. In particolare, nel primo studio sono state raccolte le informazioni custodite nelle schede personali delle 1068 migranti (di età tra i 18 e i 63 anni, nel 42% dei casi provenienti dall'Africa sub-sahariana), nelle cartelle mediche redatte all'ingresso e successivamente aggiornate e in altri documenti disponibili. Nel secondo caso, invece, la ricerca è stata eseguita mediante lo spoglio delle 1752 cartelle cliniche e successivamente attraverso l'analisi delle 77 cartelle relative ad altrettanti pazienti (di età tra i 17 e i 39 anni, nel 90% dei casi provenienti dal continente africano) con specifici vissuti di violenza.

Risultati

Dalle documentazioni analizzate nel primo studio sono emersi 140 vissuti di violenza; tra questi, come tra quelli delle 77 pazienti al centro del secondo studio, e molteplici "sintomi sentinella", come cefalea, dolori addominali, disturbi ginecologici, vi è una fortissima correlazione.

Conclusioni

La violenza, passata e presente, emerge quale denominatore comune nello stato di salute delle donne allora trattenute nel CIE di Bologna, nonché come una dimensione caratterizzante il vissuto di molte donne immigrate, sia inserite negli attuali percorsi di accoglienza che non. L'attenzione costante verso determinati "sintomi sentinella", congiuntamente ai racconti della donna coinvolta, può costituire un ulteriore elemento di guida per i professionisti implicati nella relazione di cura.

Contatto: Grazia Lesi (grazia.lesi@ausl.bologna.it)

Il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) nei migranti e la necessità di protocolli di formazione rivolti agli attori che partecipano ai percorsi di accoglienza

DALLA COSTA A., PERI D.

Coges Società Cooperativa Sociale; SIC

Introduzione e obiettivi

L'intento dello studio è porre l'attenzione sull'elevata incidenza di questo disturbo nella popolazione migrante proveniente da Paesi con problematiche socio-politiche o da percorsi migratori che hanno innegabilmente in se i criteri scatenanti della patologia. Spesso, soprattutto nel periodo storico sociale e politico attuale, diverse manifestazioni del Disturbo Post Traumatico da Stress vengono fraintese con comportamenti dovuti all'abuso di sostanze o fenomeni di violenza inaudita o immotivata, a volte giustificata con matrici etniche e culturali prive di qualsiasi logico fondamento. Si rende necessario dunque che tutti gli attori che collaborano ai percorsi di accoglienza sappiano identificare tempestivamente i "campanelli d'allarme" in modo da dare alla manifestazione della sintomatologia il giusto significato. La reazione dei professionisti alle succitate manifestazioni, se non accuratamente pensate e pianificate, possono scatenarle ulteriormente e aggravarle; il riconoscimento, al contrario, potrebbe arginare un potenziale fallimento sociale e investigativo. Il lavoro si incentrerà sulla necessità di formazione dei professionisti che lavorano nell'ambito dell'immigrazione, in modo da rendere repentino e sicuro l'intervento sui beneficiari che si troveranno ad avere a che fare con i sintomi o la manifestazione di questa patologia.

Metodi/Azioni

Attraverso dati statistici raccolti dagli studi che prendono in esame la salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati, si evidenzierà l'elevata incidenza del disturbo nella popolazione migrante e la conseguente necessità della conoscenza di tale fenomeno da parte degli operatori che collaboreranno al percorso di accoglienza.

Risultati

I risultati dello studio dimostreranno la necessità di instaurare un percorso di informazione e formazione base riguardo il PTSD rivolto alle categorie che maggiormente vengono a contatto con la popolazione migrante durante il percorso di accoglienza (operatori dei centri di accoglienza, polizia, personale medico, operatori legali, etc.).

Conclusioni

Il lavoro in oggetto propone la creazione di un progetto di formazione sul PTSD vista l'elevata incidenza che questo disturbo ha nella popolazione migrante che intraprende il percorso della richiesta asilo.

L'intento è quello di dare il giusto significato a determinate sintomatologie in modo da creare un protocollo d'azione incisivo ed efficace.

Contatto: Alessandra Dalla Costa (ale.dallacosta@libero.it)

Daara: a scuola di traumi. Due casi di PTSD a confronto nella pratica clinica

ALBANESE M., PERDIGHE C.

Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

Introduzione e obiettivi

Le Daara, dalla parola araba "dimora", sono scuole coraniche dell'Africa Occidentale che assumono un ruolo fondamentale nell'educazione dei giovani musulmani. Si stima che ogni anno circa 500 bambini dai 3 agli 11 anni vengono affidati dalle loro famiglie a un maestro coranico, il Marabout, per motivi generalmente riconducibili non solo a una reale necessità scolastica ed educativa ma, molto spesso, a difficoltà economiche o cause di natura familiare che finiscono con il rendere l'affido di questi bambini a tali strutture dei veri e propri abbandoni. All'interno di alcune di queste scuole però, i bambini passano anni a recitare e a memorizzare il Corano in condizioni disagiate: costretti a mendicare per sopravvivere e consegnare denaro al Marabout, questi bambini, chiamati "talibè", sono vittime di abusi e durissime punizioni corporee. Nonostante dal 2015 il governo del Senegal si stia impegnando nel combattere questa triste realtà, le Daara rappresentano a oggi luoghi di violazione dei diritti umani e dell'infanzia, dalle quali molti bambini, una volta adulti, scappano portando con sé ricordi traumatici che danno generalmente origine ad un Disturbo da Stress Post Traumatico. L'obiettivo di questa presentazione è quello di portare alla luce un fenomeno clinicamente rilevante nel trattamento del PTSD in pazienti migranti che accedono ai servizi, mettendo a confronto due casi clinici che evidenziano come, a partire da una vulnerabilità storica pressoché sovrapponibile e dunque, da episodi traumatici analoghi, possano in realtà prendere origine differenti profili interni dello stesso disturbo e come, di conseguenza, sia necessario un differente piano di trattamento.

Metodi/Azioni

Confronto clinico effettuato in parallelo mediante un'analisi e discussione dei vari punti della formulazione del caso in ottica cognitivo comportamentale (descrizione del problema, profilo interno del disturbo, meccanismi di mantenimento, vulnerabilità storica, trattamento) di due pazienti con diagnosi di PTSD che condividono lo stesso periodo di infanzia all'interno di un Daara, seguiti in due diversi contesti (uno all'interno di un Centro di Accoglienza Straordinaria e l'altro presso il Centro SAMIFO).

Risultati

Nonostante una vulnerabilità storica pressoché sovrapponibile e una medesima diagnosi attuale, i due pazienti presentano un quadro clinico differente in termini di credenze patologiche sviluppate a partire da esperienze comuni e, quindi, un diverso funzionamento attuale.

Conclusioni

I risultati ottenuti da questo confronto suggeriscono l'importanza da parte del clinico, di non fermarsi alla diagnosi in sé per l'impostazione del trattamento, ma di approfondire la specificità clinica del paziente, mettendone in luce significati e credenze, affinché si possa garantire un trattamento efficace e individualizzato che tenga sempre conto della specificità del paziente in quanto "persona".

Contatto: Marzia Albanese (marzia.alb@icloud.com)

Rifugiati e psicotraumatologia: effetto patogeno del percorso migratorio

COLOSIMO F., MAZZETTI M., LIBERTAS M., DA SILVA E., CIAMBELLINI S., CAIZZI C., GERACI S.

Area Sanitaria Caritas Roma, Progetto Ferite Invisibili

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi 15 anni il peso del percorso migratorio sulla salute psichica dei richiedenti asilo si è fatto più rilevante in specie per gli arrivi negli ultimi anni le esperienze psicotraumatiche durante il viaggio sembrano giocare un ruolo determinante.

Metodi/Azioni

Revisione della casistica 2006-2019 di un servizio di cura psichiatrica per migranti vittime di violenza intenzionale a Roma.

Risultati

La casistica comprende 377 pazienti presi in carico tra l'1.1.06 e il 31.12.19. Per questi pazienti, che presentavano nella quasi totalità dei casi una diagnosi di PTSD, sono stati analizzati i dati relativi al luogo in cui sono stati vittime di eventi traumatici.

A partire dall'anno 2006, in cui il trauma è avvenuto nel 77% dei casi nel paese di origine, mai durante il percorso migratorio e nel 38% nel paese di arrivo, il numero di traumi nei paesi di origine si è mantenuto elevato, mentre si è osservato un netto incremento dei traumi avvenuti nei paesi di transito, con un picco dell'81% nel 2018. La grande parte di questi eventi è avvenuta, negli anni recenti, in Libia, dove sono progressivamente cresciuti a partire dal 18% del 2011 fino al 75% del 2018. Gli eventi traumatici avvenuti nel luogo di impianto si sono mantenuti costantemente sotto al 10%, con due picchi nel 2006 e nel 2019 in cui si è superato il 30%.

Conclusioni

I dati evidenziano una netta crescita della pericolosità del percorso migratorio a partire dal 2006. Questa situazione appare in gran parte legata al numero crescente di profughi che sono arrivati attraverso la Libia, che si configura, nella nostra casistica, come il luogo di transito più pericoloso per la salute psichica.

Pur con le limitazioni della casistica, che si riferisce solo agli invii in un centro specializzato in psicotraumatologia, emerge il dato di una grande crescita percentuale del percorso migratorio come momento di elevato rischio per la salute psichica. Questa situazione ha due implicazioni rilevanti. Una di tipo preventivo: una protezione della salute di questi soggetti richiede che vengano rese possibili vie alternative e sicure per arrivare in terra d'asilo, come ad esempio corridoi umanitari sicuri. La seconda implicazione è relativa alla possibilità di ottenere una protezione internazionale: nei casi in cui l'evento traumatico non sia avvenuto nel paese di origine ma in quello di transito è più difficile per il richiedente asilo, secondo la normativa vigente, la possibilità di ottenere lo status di rifugiato o di protezione sussidiaria. È quindi necessario che vengano definite in Italia forme di protezione che agevolino i percorsi di riabilitazione e inserimento sociale dei soggetti in cura. Infine un'ulteriore considerazione è relativa al rischio di subire violenza nei paesi di approdo (Italia o altri paesi europei): esso, per quanto basso rispetto agli altri, è comunque non accettabile. I paesi di asilo devono offrire condizioni tali da azzerare il rischio di violenza nei confronti di persone già molto provate.

Contatto: Francesco Colosimo (colosimo.f@tiscali.it)

Disagio psichico, bisogni e percorsi assistenziali in una popolazione di rifugiati e richiedenti asilo: un'indagine epidemiologica

LOTITO C.¹, NOSÈ M.¹, CUCCHI F.², MASSETTI P.³, ROSELLI V.³, TARSITANI L.³, TEDESCHI F.¹, TODINI L.³, TURRINI G.¹, BARBUI C.¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Sezione di Psichiatria, Centro OMS, Università di Verona; ² Consiglio Italiano per i Rifugiati (CIR); ³ Azienda Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma.

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi anni, in Italia si è assistito ad un progressivo aumento del numero di migranti provenienti da Paesi a basso e medio reddito, con conseguenti implicazioni dal punto di vista sociale, economico, umanitario e di salute pubblica. Lo scopo dello studio proposto è quello di condurre un'indagine epidemiologica sulla frequenza degli eventi traumatici, del disagio psicologico e delle malattie psichiatriche in una popolazione di migranti richiedenti protezione internazionale che risiedono in due città italiane.

Metodi/Azioni

Nei territori di Verona e di Roma, è stato condotto uno screening psicologico e psichiatrico su una popolazione di richiedenti asilo e rifugiati adulti con l'obiettivo di riconoscere, descrivere e valutare la frequenza del disagio psicologico e psichiatrico. Sono stati utilizzati questionari validati e standardizzati per raccogliere informazioni socio-demografiche e cliniche, così come informazioni relative alla storia migratoria. La raccolta dei dati è stata affiancata da mediatori linguistico-culturali.

Risultati

Durante il periodo di studio sono stati reclutati 252 soggetti. La frequenza degli eventi traumatici riferiti è molto elevata (media 4,8). Più di un terzo dei partecipanti (34,5%) ha mostrato disagio psicologico clinicamente rilevante e circa un quarto (22,2%) ha soddisfatto i criteri per una diagnosi psichiatrica, principalmente Disturbo Post Traumatico da Stress e disturbi depressivi. Il numero di eventi traumatici si è rivelato essere un fattore di rischio sia per il disagio psicologico che per i sintomi depressivi. Un buon supporto sociale è emerso come fattore protettivo per il disagio psicologico, mentre una condizione legale indefinita risulta essere un fattore di rischio per la sofferenza psicologica.

Conclusioni

L'elevata prevalenza di disagio psicologico suggerisce la necessità di delineare un modello di valutazione e presa in carico psicologica e psichiatrica in questa tipologia di soggetti, che preveda il riconoscimento precoce del disagio psichico ed un eventuale invio accompagnato ai servizi specialistici e al trattamento specifico.

Contatto: Claudia Lotito (claudia.lotito@univr.it)

Aspettative, desideri, fallimenti e ricostruzioni nell'esperienza di vita degli studenti universitari stranieri. Un progetto di ricerca-azione etnografico e clinico

PENDEZZINI A.

Univerità degli Studi di Torino

Introduzione e obiettivi

Come numerosi studi evidenziano, negli ultimi anni le caratteristiche del fenomeno migratorio stanno profondamente cambiando. Il presente lavoro si concentra su un particolare aspetto connesso a questa transizione socio-demografica, quello della crescente presenza di studenti internazionali negli atenei italiani. La comunicazione intende presentare i risultati del progetto Passi@ Unito che ha indagato la vita, le aspettative, le difficoltà, le crisi degli studenti stranieri presso l'ateneo torinese nel corso di 12 mesi.

Metodi/Azioni

Il progetto è consistito in una ricerca-azione (antropologica e clinica), che ha articolato un lavoro di esplorazione etnografica dei contesti formali ed informali di vita degli studenti (osservazione partecipante, interviste qualitative, focus groups), con l'implementazione di un servizio di counseling psicologico dedicato, basato sul modello etnopsichiatrico. L'equipe del progetto era composta da tre ricercatori con doppia formazione, antropologica e clinica (tra cui il sottoscritto), due mediatori linguistico-culturali (di area cinese e indiana).

Risultati

Un primo nodo emerso riguarda il rapporto con il "mondo morale" dell'istituzione universitaria, che sempre più assimila e riflette il mandato neoliberale di produttività e competitività, spesso applicando procedure amministrativo-burocratiche standard per studenti con backgrounds economici, sociali e culturali eterogenei, configurando episodi di discriminazione istituzionale. Alla richiesta di sempre maggiore produttività cognitiva, alcuni studenti reagiscono con difficoltà di memoria e concentrazione, perdita di interesse, mancanza di energia, ritiro sociale. Una seconda area significativa emersa è quella dell'interazione tra percorsi desiderati, immaginati dagli studenti ed aspettative del contesto sociale e familiare di provenienza. La ridefinizione dei legami familiari appare costantemente implicata in una tensione fra la ricerca di supporto, riconoscimento e la necessità di una presa di distanza per lasciare spazio a inclinazioni e progettualità. Nelle famiglie transnazionali, affetti, alleanze e conflitti prendono forme nuove, si riconfigurano. La rinegoziazione delle relazioni può fallire, i contrasti irridirirsi, i legami sfaldarsi.

Conclusioni

La ricerca avanza un tentativo di comprensione delle esperienze di sofferenza e disagio mentale degli studenti immigrati, esplorando l'intreccio fra soggettività, legami familiari e contesto di vita. A partire dal duplice vertice di osservazione della ricerca etnografica e della pratica clinica, si analizzano le forme della crisi per ricostruirne lo sfondo e mettere in luce la tensione fra desideri personali, mandati familiari, il "mondo morale" del sistema universitario, la persistenza di disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo di servizi sanitari appropriati.

Contatto: Andrea Pendezzini (andrea.pendezzini@unito.it)

Disturbo post-traumatico e depressione in un campione di migranti forzati esposti a traumi complessi

BARBIERI A., CHIACCHIELLA G., DE LUCIA G., MAULUCCI M.L., PAGLIAROLI A., VISCO-COMANDINI F.
Centro Clinico Psychè, Medici per i Diritti Umani (MEDU)

Introduzione e obiettivi

Gli studi che hanno indagato la prevalenza di disturbi depressivi e disturbi correlati ad eventi traumatici nei rifugiati hanno evidenziato rispettivamente percentuali del 20-31%, relativamente alla presenza di una sintomatologia depressiva (Ao et al., 2016; Kleijn et al., 2001; Steel et al., 2009) e del 9-30%, rispetto a sintomi di natura post-traumatica (Fazel et al., 2005; Steel et al., 2009). Studi di comorbidità tra questi due disturbi hanno evidenziato percentuali che variano dal 40 al 70% (Fazel et al., 2005). Tale dato risulta ancora più elevato (80-90%) nel caso di rifugiati esposti a traumi e torture (Carlsson et al., 2006; Buhman et al., 2014).

Alla luce del significativo aumento della popolazione dei migranti forzati nel mondo negli ultimi dieci anni e dei dati epidemiologici sopra menzionati, è fondamentale disporre di efficaci strategie di individuazione e di trattamento di disturbi post-traumatici e depressivi per questa popolazione. L'obiettivo di questo studio è indagare la presenza di sintomi depressivi e post-traumatici in un campione di migranti forzati.

Metodi/Azioni

Il nostro campione è costituito da 41 migranti forzati (38 uomini, 3 donne; età media $28,7 \pm 9,9$ anni) rivoltisi al Centro di salute mentale transculturale Psychè. I pazienti provengono da Paesi Subsahariani (78%), Nord Africa (9,8%), Asia (9,8%) e Sud America (2,4%). Al fine di indagare la presenza di sintomi post-traumatici e depressivi, sono stati somministrati rispettivamente il PTSD Checklist for DSM-5 (Weathers et al., 2013) e Hamilton rating Scale for Depression (Hamilton, 1960). Inoltre i pazienti hanno completato un questionario per identificare il numero e il tipo di traumi a cui sono stati esposti (Nickerson et al., 2016).

Risultati

Le analisi preliminari evidenziano che il 65,9% dei pazienti soddisfa, secondo il DSM-5, i criteri diagnostici per il PTSD ed il 82,9% evidenzia la presenza di una sintomatologia depressiva di grado lieve (41,5%), moderata (31,7%) e severa (9,8%). Il 96,3% dei pazienti con diagnosi di PTSD presentava anche sintomi depressivi con il seguente grado di gravità: 38,5% lieve, 46,2% moderata e 15,4% severa. La totalità dei pazienti è stato esposto ad eventi traumatici ripetuti e/o prolungati di natura interpersonale, con un numero medio di eventi potenzialmente traumatici di 5,2.

Conclusioni

Dalle nostre analisi preliminari emerge un grado di comorbidità tra sintomi post-traumatici e sintomi depressivi elevato, coerente con quanto riportato dalla letteratura riguardante i campioni di rifugiati sopravvissuti a torture e traumi. La rilevanza di questi dati conferma l'importanza di un'individuazione precoce dei disturbi post-traumatici e dei concomitanti quadri clinici depressivi e la necessità di sviluppare percorsi terapeutici adeguati e culturalmente adattati, al fine di intervenire sulla salute del singolo e favorire inoltre il percorso di integrazione nei paesi di accoglienza.

Contatto: Federica Visco-Comandini (federica.visco@gmail.com)

Profilo cognitivo nei migranti con sintomi post-traumatici

KIARIS F.¹, PETTA A.M.², BEGOTARAJ E.¹, LIBERTAS M.², LAI C.¹, SPITONI G.F.¹

¹ Dipartimento di Psicologia dinamica e clinica, Sapienza Università di Roma; ² Associazione Crossing Dialogues, Roma

Introduzione e obiettivi

Negli anni scorsi l'Italia è stata al centro della rotta libica, con l'arrivo di numerosi migranti che hanno subito violenza intenzionale nel proprio paese e/o in Libia. Molti di essi sviluppano un "Disturbo da Stress Post-Traumatico" (PTSD) tra i cui sintomi "ufficiali" include difficoltà della concentrazione. Su eventuali difficoltà cognitive non ci sono ricerche sistematiche, ma in persone con PTSD non migranti si è visto che l'esposizione ad eventi traumatici ha un impatto su memoria di lavoro, funzioni esecutive e attenzione. Lo scopo del presente studio è di estendere la valutazione di queste funzioni su un gruppo di richiedenti asilo con PTSD.

Metodi/Azioni

Partecipanti: 24 maschi richiedenti asilo (età media $26,75 \pm 4,31$; scolarità $9,25 \pm 4,79$ anni di studio), tutti provenienti dall'Africa.

Procedura: valutazione psichiatrica con somministrazione dei seguenti strumenti: Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), Dissociative Experiences Scale (DES-II), List of Migration Experiences (LiMEs). Valutazione neuropsicologica con: TrailMaking Test, Wisconsin Card Sorting Test, Test delle carte del BADS, Torre di Londra, Matrici di Raven, Visual Search, Figura di Rey, Test di Corsi.

Analisi dei dati: misurazione di accuratezza e tempo di esecuzione. Analisi multivariata per testare il ruolo di PTSD, dissociazione e numero di traumi sulla prestazione ai test neuropsicologici.

Risultati

Emergono difficoltà nella flessibilità cognitiva e nel controllo inibitorio (test delle carte del BADS), un terzo dei soggetti ha difficoltà nel Visual Search (inefficienza della capacità di selezione attentiva del target e nella velocità di scansione visiva), più della metà ha difficoltà ad analizzare problemi nuovi utilizzando un ragionamento logico (Matrici di Raven).

L'analisi della varianza ha mostrato un effetto principale a carico del fattore NUMERO DI TRAUMI: i soggetti con più traumi impiegano maggior tempo nell'eseguire i test. L'analisi mostra anche un'interazione significativa tra numero di traumi e presenza di dissociazione: questa interazione indica un effetto di rallentamento esecutivo e la tendenza alla perseverazione nell'errore.

Conclusioni

Questo studio preliminare suggerisce che i partecipanti abbiano difficoltà in numerosi domini cognitivi: problemi di ragionamento astratto e scarsa flessibilità cognitiva, lentezza nell'esecuzione di compiti e difficoltà di attenzione. Dunque, le esperienze traumatiche impatterebbero sul funzionamento cognitivo, e ciò è da considerarsi sia nella fase degli inserimenti scolastici che nella progettazione delle attività formative professionali.

Non essendoci un gruppo di controllo, necessario in studi successivi, i nostri dati vanno considerati con estrema cautela a causa della possibile influenza culturale sulla performance. Infine, essendo uno studio trasversale non siamo in grado di escludere la possibilità che parte dei problemi rilevati non siano secondari ai traumi ma preesistenti.

Contatto: Anna Maria Petta (annamariapetta@yahoo.it)

Condotte autolesive e rischio suicidario nella popolazione migrante in carcere: analisi dei fattori di rischio extra-carcerari

ARTONI C.¹, MARCHI M.¹, MAGARINI F.M.¹, LONGO F.¹, REGGIANINI C.², FLORIO D.³, GALEAZZI G.M.^{1,4}, FERRARI S.^{1,4}

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia; ² Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Reggio Emilia, Scandiano, Italia; ³ Servizio Psicologia, Istituto Penitenziario, AUSL di Modena, Modena, Italia; ⁴ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Modena, Modena, Italia

Introduzione e obiettivi

Introduzione: le condotte autolesive e suicidarie rappresentano un serio problema all'interno delle carceri italiane, dove la probabilità di morire per suicidio è circa 16 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. La letteratura suggerisce che tali condotte siano il risultato della complessa interazione di diversi fattori, non esclusivamente correlabili all'ambiente carcerario. I dati, già di per sé allarmanti, raggiungono dimensioni drammatiche all'interno della popolazione migrante detenuta, i cui tassi di suicidio sono doppi rispetto alla popolazione italiana ristretta.

Obiettivi: documentare e descrivere l'impatto del trauma migratorio (TM), dell'uso di sostanze (DUS) e della patologia psichiatrica (PP) sulle condotte auto-lesive e suicidarie nella popolazione migrante ristretta in carcere.

Metodi/Azioni

Metodi: studio osservazionale, prospettico, di coorte condotto sui detenuti migranti adulti nuovi giunti (MNG) presso la Casa Circondariale Sant'Anna di Modena. Per ciascun soggetto sono stati raccolti dati sociodemografici, anamnesi psichiatrica, storia di pregresse condotte auto-lesive e DUS. La presenza di TM è stata indagata tramite la somministrazione del questionario LiMEs. È stato effettuata l'analisi di sopravvivenza e calcolati gli Hazard Ratio (HR) secondo il modello di Cox uni- e multi-variato.

Risultati

Risultati: dei 113 MNG reclutati (96% maschi, età media 33 anni), il 26% è risultato positivo per PP, il 26% per DUS, il 36% per pregresse condotte auto-aggressive. La valutazione del TM ha evidenziato una prevalenza di trauma nel periodo post-migratorio; il trauma familiare è stato quello complessivamente più rappresentato (65.5%). La mediana del tempo di osservazione è stata di 80 giorni. Durante il follow-up si sono verificati 11 episodi di autolesionismo, di cui 3 tentativi di suicidio per impiccagione e 11 episodi di tipo astensivo. La sopravvivenza cumulativa è stata dell'85%. L'associazione tra trauma post-migratorio e autolesionismo ha dato risultati significativi (HR: 6.23). La probabilità di compiere eventi critici è risultata 3 volte maggiore per coloro che presentano diagnosi psichiatrica (HR: 6.60) e 5 volte maggiore nel gruppo con anamnesi positiva per autolesionismo (HR=5.64). All'interno del gruppo negativo per pregresso DUS non si sono verificati episodi di autolesionismo.

Conclusioni

Conclusioni: nell'analisi del rischio per condotte autolesive la presenza di pregressi agiti, DUS e diagnosi psichiatrica sono risultati fattori di rischio statisticamente significativi per lo sviluppo di condotte autolesive e suicidarie nella popolazione migrante in carcere. A questi si associa l'esperienza traumatica nel periodo post-migratorio, che risulta associata ad un rischio 5 volte maggiore di condotte auto-aggressive, quest'associazione risulta più stringente con traumi della categoria guerre/conflitti, anche a parità di patologia psichiatrica, terapia psicofarmacologica e DUS.

Contatto: Cecilia Artoni (ceci.artoni@gmail.com)

SESSIONE 2

MODELLI DI ASSISTENZA E QUALITÀ DEI SERVIZI



Sanità Pubblica di Prossimità: un framework implementativo per la tutela della salute collettiva a partire dai gruppi marginali

Giovanni Baglio*

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

[*Il testo nasce da un intenso scambio di idee intercorso con la dott.ssa Erica Eugeni, Segretario nazionale della Società Italiana di Antropologia Medica, cui va la gratitudine dell'Autore]

Introduzione: uno sguardo dalla "periferia"

Fin dalla sua fondazione (sono oggi trent'anni!) la SIMM, scegliendo di costituirsi intorno al focus specifico dei migranti, con le sue due anime – l'una votata alla ricerca scientifica e l'altra all'*advocacy* – ha inteso situare in "periferia" il proprio domicilio elettivo, e nella marginalità il luogo privilegiato da cui osservare il mondo: uno sguardo laterale, quasi "da fuori", che fa emergere più chiaramente contraddizioni e storture. Mentre a Roma si discute della crisi di identità che attraversa il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), alle prese con le sirene della sanità integrativa – il cosiddetto "secondo pilastro" – che si offre come soluzione salvifica ai limiti posti dalla triade incoerente (universalità, globalità e qualità delle prestazioni),¹ nella Sagunto delle periferie la trama dei discorsi si dipana in maniera del tutto differente. Nei luoghi in cui la "metropolitana delle disuguaglianze" di Michael Marmot, procedendo idealmente lungo la Jubilee line da Westminster verso est, perde a ogni fermata un anno di aspettativa di vita,² le questioni e le istanze sollevate sono altre, e riportano ai principi ispiratori del SSN: solidarietà, uguaglianza, equità e riconoscimento della salute come "diritto senza esclusione". Ecco le parole-chiave che, nel viaggio di ritorno, le pe-

riferie rispediscono all'indirizzo del centro, fin dentro al cuore del sistema.

Ho cominciato a scrivere il testo del mio intervento sulla prossimità sanitaria per il XVI Congresso Nazionale della SIMM nel febbraio 2020, e questo ne era l'incipit. Poi è arrivata inaspettata la pandemia da Covid-19, che è sembrata segnare un drammatico contrappasso proprio nei confronti della prossimità: isolamento quarantenario, distanziamento fisico, maschere di protezione, misure anti-assembramento.

A distanza di sette mesi, il SARS-CoV-2 non ha ancora smesso di circolare, ma le nebbie si sono rese meno fitte e ne emerge una nuova consapevolezza, che fa giustizia dell'apparente contrappasso.

Il Covid-19, infatti, ci ha costretti a riconsiderare la salute in termini autenticamente socio-ecologici: non più solamente come condizione interna agli esseri viventi, ma come equilibrio di contesto, giocato sul filo delle relazioni che ci legano a maglia stretta all'ambiente naturale e alla trama sociale. Nessuno – credo – si è mai sentito così "prossimo" all'azione dei determinanti ambientali e alla vulnerabilità dei propri simili, come nel periodo del lockdown.

La prossimità, in effetti, ha molto a che vedere con l'esistenza di vincoli e legami, che si affermano viepiù allorché le cir-

costanze ci spingono in qualche modo a negarli o a violarli.

Ed è così che le dinamiche di insorgenza e propagazione del SARS-CoV-2 si riscoprono influenzate da un alterato equilibrio uomo-ambiente; e le conseguenze negative per la salute ritrovano nella presenza di condizioni ambientali e sociali degradate pericolosi moltiplicatori d'effetto.

Che cosa ci lascia ora il Covid-19? Accanto a una rinnovata coscienza socio-ecologica, ci consegna un programma di riordino della sanità, da finanziare attraverso il Recovery Fund (un nuovo piano Marshall per risollevarsi dalle macerie della guerra contro il virus) e da declinare in chiave di prossimità.³

Riprendiamo allora la riflessione, là dove si era interrotta, muovendo da una questione di natura pratica, che assume oggi una straordinaria attualità: è possibile formulare una definizione "operativa" della prossimità?

Complessità e prossimità sanitaria: elementi concettuali per la costruzione del framework

Da diverso tempo la SIMM è impegnata ad analizzare i mutamenti epistemologici in atto nel campo delle scienze naturali e umane, con particolare attenzione ai riflessi che tali mutamenti proiettano sulla comprensione dei fenomeni di salute-malattia e sulla filosofia dell'organizzazione sanitaria.⁴

Tralasciando di riportare diffusamente la discussione intorno all'epistemologia della complessità e al significato che questa ha assunto nel quadro evolutivo del pensiero novecentesco e dei primi decenni del XXI secolo,⁵ ci limiteremo qui a ricordare come lo studio dei sistemi complessi si offra oggi come sfondo teorico per una compiuta opera di "concettualizzazione" della prossimità.

Questo può avvenire a partire da alcuni elementi di comprensione delle dinamiche sistemiche: primo tra tutti, il principio dell'interdipendenza. La complessità si esprime essenzialmente attraverso pattern di organizzazione, in cui i diversi elementi del sistema sono collegati attraverso un fitto intreccio di relazioni e scambi, altamente caratterizzanti e in grado di far affiorare proprietà emergenti, non riconducibili alla somma dei singoli addendi. Ne discende che non può esistere parte che sia indifferente al tutto.

L'altro principio è quello della circolarità: i nessi che vediamo prendere forma nell'inter-connettività non sono quasi mai lineari, ma al contrario si caratterizzano per essere ciclici e dar vita a un gioco di rimandi, per cui un certo effetto diviene necessario alla sua stessa causazione. In questo risiede la capacità dei sistemi complessi di autoregolarsi e, in termini più generali e prospettici, di garantirsi una sostenibilità.

Dal piano concettuale a quello etico-pratico, il passo è breve. I principi teorici della complessità sopra richiamati – interdipendenza e circolarità – offrono infatti l'ancoraggio per una "deontologia" della sanità pubblica improntata alla prossimità.

La prossimità esprime (in termini etici) il rapporto di reciprocità, la relazionalità stretta rispetto a ciò che è «vicinissimo» (l'aggettivo "prossimo" è la forma superlativa della preposizione latina "prope"). E, nel caso della sanità pubblica, questo si traduce nella "regola d'arte" secondo cui non è possibile occuparsi della salute dell'intera collettività, se non a partire dai gruppi più marginalizzati, perché questi gruppi sono a maggior rischio di esiti negativi per sé e per il resto della popolazione.^{6,7}

Infine, sul piano operativo sono sempre

i principi della complessità a farci da guida, quasi a significare che c'è un'essenziale unità della vita, per cui i sistemi naturali e le realtà sociali tendono a riprodurre pattern di organizzazioni simili.⁸

Dall'interconnettività discende l'operatività della rete, intesa come sistema integrato di istituzioni, servizi e competenze, che ben si adatta ai contesti sanitari, in quanto isomorfo alla realtà complessa di cui tende a riprodurre l'intreccio.⁶ L'organizzazione dell'assistenza in forma di rete predilige l'approccio integrato, multiprofessionale e flessibile, valorizza le esperienze e i punti di vista, facilita i processi di scambio paritario, porta a sintesi le conoscenze accumulate, mette a sistema le risorse, intercettando il fermento che attraversa i territori, anche in termini di capitale sociale.⁹ Nelle reti ogni nodo è diverso dagli altri, ciascuno con la sua valenza e il suo specifico contributo al funzionamento del sistema.⁵

L'altro principio, quello della circolarità, informa i cicli d'azione, le processualità ricorsive, le dinamiche autoregolate in cui ogni fase, agendo su altre fasi, attraverso meccanismi di feedback modifica se stessa, e diventa punto di partenza per nuovi input nel sistema.⁸

La Sanità Pubblica di Prossimità: strategie in movimento

In un articolo apparso qualche tempo fa sulla rivista *Recenti Progressi in Medicina*, insieme a Erica Eugeni e Salvatore Geraci ho tentato una prima concettualizzazione del tema dell'accessibilità dei servizi sociosanitari, all'interno di un framework teorico-pratico che abbiamo proposto di definire in termini di Sanità Pubblica di Prossimità (SPP).¹⁰ Tale definizione rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato

territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura garantite dal SSN, mediante l'offerta attiva di prestazioni sanitarie e l'orientamento alle strutture (outreach), la rimodulazione dei servizi e la creazione di percorsi di presa in carico (mediazione di sistema), e il coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment.

In questa sede, vorrei far emergere ancor più chiaramente l'elemento essenziale che caratterizza la SPP e, in guisa di sottile *fil rouge*, collega le diverse strategie all'interno di un quadro unitario e strettamente conseguente. A tal fine, propongo di riconsiderare la SPP in termini di "pragmatica del movimento": una sanità pubblica vista come insieme regolato di prassi, e imperniata appunto sul movimento.

Il richiamo è, ancora una volta, alla teoria dei sistemi complessi: se è vero che la complessità è per sua natura "processualità circolare"⁸ allora la visione sistemica non può che intendere l'organizzazione stessa come un processo in divenire, un'attività centrata sul movimento, che dipende dall'ambiente esterno e si rimodella costantemente in funzione dei rimandi che da quest'ultimo provengono.

La SPP dunque si costruisce non in funzione statica, ma piuttosto in forma di dialettica circolare con il territorio. C'è un mo(vi)mento di tipo "proiettivo", che caratterizza i modelli improntati all'outreach, in cui l'istituzione sanitaria si proietta oltre le mura a incontrare gli individui e le comunità, per comprendere la complessità dei bisogni e tradurre l'istanza di salute in domanda sanitaria. C'è poi un mo(vi)mento di tipo "riflessivo", che caratterizza le iniziative di mediazione di sistema, in cui l'istituzione è spinta a ripensarsi in funzione dei bisogni e delle necessità di presa in carico, anche attraverso la valorizzazione delle risorse interne alle comunità target.

In questa prospettiva dinamica e integrata, l'outreach – in quanto strategia di avvicinamento, esplorazione, conoscenza e incontro – deve essere visto in collegamento con le altre strategie riflessive, trasformative o “di profondità”, che mirano a consolidare/radicare il cambiamento operando sul versante dei servizi (attraverso attività di mediazione di sistema) e su quello della comunità (attraverso possibili forme di coinvolgimento attivo). Tale quadro è propriamente ciò che io chiamo “prammatica del movimento”.

Modelli di intervento e implementazione

Un'ultima notazione riguarda il rapporto esistente tra la SPP e il dominio delle scienze emergenti dell'implementazione, sullo sfondo di un dibattito sempre più serrato circa gli spazi di legittimazione scientifica che si aprono per le pratiche implementative nell'ambito del paradigma dell'Evidence-based Medicine (EBM).

È stato ampiamente sottolineato come, rispetto alle problematiche dell'accesso ai servizi, la SPP si offra come un framework implementativo, ossia un orizzonte teorico-pratico in grado di coniugare principi, metodologie e prassi, e di giustificare le scelte per l'azione.¹⁰

Ma di quale pratiche implementative parliamo esattamente, e soprattutto su quali basi di evidenza?

Facciamo un passo indietro.

Nell'ambito dell'Evidence-based Medicine, siamo stati abituati a considerare la relazione esistente tra gli interventi sanitari e le evidenze scientifiche in termini meramente “epistemologici”, e cioè: attraverso quali metodi è possibile giudicare un intervento come efficace o ottimale. L'idea sottostante è che l'efficacia rappresenta una proprietà “intrinseca” degli in-

terventi, che può essere valutata al meglio all'interno di setting sperimentali.

Diversamente oggi, soprattutto nel campo delle scienze dell'implementazione e dell'organizzazione, affiora la consapevolezza che è la vita reale, con la sua molteplicità e imprevedibilità, a limitare la generalizzabilità, quando non la stessa validità interna, dei risultati ottenuti per via sperimentale. In altre parole, nel momento in cui un intervento viene attuato e, per così dire, “situato” in uno specifico contesto, finisce per interagire con tutta una serie di caratteristiche proprie di quel contesto – tratti culturali, storie individuali, preferenze, valori, dinamiche sociali – e queste interazioni modificano non solo il contesto, ma anche l'intervento: lo fanno diventare qualcos'altro, talvolta qualcosa di radicalmente “nuovo”.¹¹

Tutto ciò porta inevitabilmente a ridefinire i rapporti con l'evidence, non già in termini epistemologici, ma prettamente “ontologici”. La domanda non è più “come” si giudica un intervento, ma “cosa” diventa l'intervento dopo la sua implementazione.

In questa (nuova) prospettiva, come cambiano allora i rapporti con l'EBM; e soprattutto cosa diventano le evidenze all'interno dei framework implementativi?

Diventano, a mio giudizio, una sorta di manuale d'uso abbinato alla cassetta degli attrezzi della SPP: un fascicolo in continuo aggiornamento, che si arricchisce progressivamente di nuove indicazioni, a partire dalla comprensione dei processi, più che dalla valutazione degli esiti.

E il framework implementativo? In quanto processualità situata nei contesti, non propone ricette precostituite, modelli preformati da far calare dall'alto, ma diventa un laboratorio, una bottega artigiana in cui “co-costruire” gli interventi giusti, a partire da quanto è stato fatto e ha funzionato, dalla comprensione delle dinami-

che in atto nei contesti, e con la flessibilità necessaria a rimodulare le attività ed eventualmente correggere il tiro.¹¹

Conclusioni

Il Covid-19 in questi mesi ha messo in luce limiti e storture dell'attuale assetto organizzativo dei servizi, troppo sbilanciato sull'assistenza ospedaliera altamente tecnologica e ben poco orientato alla prevenzione (che anche dopo la riforma del 1978 ha continuato a essere la "cenerentola" delle attività sanitarie) e alle cure primarie. Adesso la pandemia, come dichiarato da più parti, ci costringe a ripensare per intero la sanità pubblica, rideclinandola in chiave di "prossimità".

Le esperienze e le riflessioni maturate in questi anni a vantaggio dei gruppi marginali della popolazione rappresentano – a parere di chi scrive – un valido patrimonio da cui partire per delineare una "filosofia pratica della prossimità", in grado di orientare e sostenere il cambiamento.

Il framework fin qui delineato getta le basi per la costruzione di un sistema sanitario più consapevole di sé e dei bisogni del territorio, diversificato secondo un approccio di universalismo proporzionale, aperto alle istanze e alle risorse provenienti dalle comunità, flessibile e dunque in grado di rimodularsi in relazione alle specificità dei contesti, tanto nelle situazioni di emergenza quanto di fronte alle sfide del quotidiano: in una parola, più resiliente.¹² Questo mi pare il contributo più rilevante che oggi Sagunto riconsegna a Roma.

Bibliografia

¹ Geddes M. Tutti pazzi per il Secondo Pilastro. Pubblicato il 6 dicembre 2017 su "Salute Internazionale". (www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro).

² Carra L. Whitehall II: la rivoluzione delle disuguaglianze di salute. Pubblicato il 25/11/2015 su "Scienza-in-rete": (www.scienzainrete.it/contenuto/articolo/luca-carra/whitehall-ii-rivoluzione-delle-disuguaglianze-di-salute/novembre-2015).

³ Recovery Fund. Speranza in audizione: "La parola chiave deve essere prossimità". *Quotidianosanità*.it 10 settembre 2020. (www.quotidianosanità.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=87827).

⁴ Baglio G, Materia E. La condizione postmoderna e le traiettorie della complessità. In: Geraci S, Gnolfo F (a cura di). *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Bologna: Pendragon, 2012: 12-22.

⁵ Materia E, Baglio G. Complessità aziendale e postmodernità. In: Vanara F (a cura di). *Il Governo dell'azienda sanitaria*. Bologna: Il Mulino, 2008: 169-92.

⁶ Baglio G, Eugeni E. Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard-to-reach. In: Maciocco G (a cura di). *Cure primarie e servizi territoriali*. Roma: Carocci Editore, 2019: 77-84.

⁷ Baglio G, Affronti M. Il dovere dell'accoglienza. Pubblicato l'8 maggio 2019 su "Salute Internazionale": (www.saluteinternazionale.info/2019/05/il-dovere-dellaccoglienza).

⁸ Capra F, Luisi P L. *The Systems View of Life*. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

⁹ Bagnasco, A. et al. *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*. Bologna: il Mulino, 2001.

¹⁰ Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach. *Recenti Prog Med* 2019; 110: 159-64.

¹¹ Baglio G, Eugeni E. Evidenze: dal dire al fare. Pubblicato il 18 novembre 2019 su "Salute Internazionale". (www.saluteinternazionale.info/2019/11/evidenze-dal-dire-al-fare).

¹² Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet* 2015; 385: 1910-2.

Sistemi di cura sensibili alle differenze e rispondenti ai bisogni della popolazione immigrata

Antonio Chiarenza

Staff Ricerca e Innovazione dell'Ausl di Reggio Emilia, Società Italiana Medicina delle Migrazioni

Introduzione

Negli ultimi dieci anni la migrazione su larga scala ha cambiato il contesto sociale in cui operano i sistemi sanitari, ponendo specifiche sfide sia agli operatori e sia ai responsabili dei servizi assistenziali (WHO European Region, 2018). Quello che notiamo è che l'afflusso di migranti e rifugiati ha progressivamente portato con sé un aumentato livello di diversità nella popolazione, non solo in termini di un maggiore numero di etnie e nazionalità coinvolte, ma anche rispetto a una serie di variabili significative che influenzano i processi di esclusione o inclusione nell'accesso e utilizzo dei servizi sanitari. Non solo ci sono tanti gruppi da prendere in considerazione, ma le differenze all'interno di questi gruppi possono essere maggiori delle differenze tra un gruppo e l'altro. Ogni sottogruppo incorpora condizioni, bisogni e limitazioni specifiche, come nel caso dei migranti economici, dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei migranti in stato di irregolarità. Di conseguenza, i servizi sanitari devono far fronte a molteplici esigenze, condizioni e aspettative riguardanti la salute e l'assistenza sanitaria dei diversi gruppi di migranti. Tuttavia, i sistemi sanitari spesso non sono sufficientemente attrezzati per riconoscere e rispondere efficacemente a questa diversità. Il modo stesso in cui i servizi sanitari sono organizzati ed offerti spesso rappresenta un ostacolo all'accesso all'assistenza sanitaria per i gruppi di minoranza.

Pertanto, la questione di come rendere i servizi sanitari accessibili, adeguati e rispondenti alla diversità rappresenta una sfida per tutti i sistemi sanitari (Mladovsky, Bernd, Ingleby, McKee, 2012). Per affrontare in modo efficace questa sfida è essenziale essere consapevoli che l'assistenza sanitaria non risiede solo nell'interazione tra medico e paziente, ma è piuttosto incorporata nell'intero sistema di cura. Da un lato c'è la necessità di garantire che il personale del servizio sanitario abbia le competenze necessarie per lavorare efficacemente con i diversi gruppi e dall'altro lato che i sistemi sanitari siano in grado di offrire servizi accessibili e di qualità per tutti, tenendo conto delle diverse caratteristiche, esperienze e situazioni delle persone. L'obiettivo di questo contributo è di descrivere i cambiamenti culturali e strutturali necessari per trasformare i sistemi sanitari in sistemi di cura sensibili alle differenze e rispondenti agli specifici bisogni dei migranti e di altri gruppi vulnerabili.

Ecologia di un sistema di cura

La relazione di cura si realizza attraverso l'interazione paziente e operatore, questo presuppone un'adeguata preparazione e competenza dell'operatore nel cogliere i bisogni del paziente e rispondere in maniera efficace. Tuttavia, le competenze individuali dell'operatore (e del paziente) risultano insufficienti a raggiungere tale obiettivo se non si considera che questa relazione si realizza nel contesto orga-

nizzativo dei servizi, che a sua volta deve essere in grado di accogliere e favorire tale relazione. Inoltre, la stessa organizzazione dei servizi deve essere vista come parte della propria comunità di riferimento, con cui interagisce facendosi carico anche di coloro che per ragioni diverse non arrivano ai servizi pur avendone bisogno, o di coloro che devono essere raggiunti al di fuori di essi. Tutto ciò si inserisce in un contesto di politiche sanitarie che necessariamente influiscono sull'intero sistema di cura in tutte le sue dimensioni: individuale, organizzativa, di comunità e di sistema (Crabtree, Miller, Stange, 2001).

Quindi, per realizzare un sistema di cura adeguato a rispondere in modo efficace ai diversi bisogni delle persone immigrate è necessario adottare un approccio globale che, da una parte sviluppi le competenze individuali degli operatori, dei pazienti e dei cittadini, e dall'altra le competenze organizzative dell'intero sistema di cura. Questo approccio, conosciuto anche come "*whole organisational approach*" è particolarmente indicato per la popolazione immigrata e richiede il raggiungimento dei seguenti obiettivi: 1) sviluppare le competenze sia tecniche che relazionali degli operatori affinché siano in grado di mettere al centro della relazione la persona; 2) promuovere equità di accesso e di utilizzo dei servizi, affrontando le barriere formali e informali che incontrano i gruppi più svantaggiati; 3) riorientare i servizi e i processi adeguandoli alle peculiarità delle persone; 4) ottenere il supporto della direzione aziendale, in termini sia economico e sia di altre risorse; 5) definire politiche e programmi coerenti con i valori di equità, inclusione e empowerment della persona; 6) coinvolgere gli utenti e i cittadini sia nell'individuazione dei problemi che delle soluzioni; 7) collaborare in maniera intersettoriale con gli

altri servizi del territorio (Anderson et al., 2003; WHO, 2010).

Sistemi di cura "culturalmente competenti" e rispondenti alla diversità

Nello sviluppo di sistemi di cura adeguati ai bisogni della popolazione immigrata uno dei modelli di riferimento è quello della "competenza culturale", intesa sia per l'individuo e sia per l'organizzazione. La definizione ormai classica fornita da Cross et al (1989) identifica la competenza culturale come un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche su cui si fonda un sistema di cura, che permette a quel sistema e ai suoi professionisti di lavorare efficacemente in contesti interculturali. La parola cultura è usata perché comporta un modello integrato di comportamenti soggettivi che comprende il modo di pensare, di comunicare, di agire delle persone, nonché le tradizioni, le credenze, i valori e le istituzioni di un gruppo sociale. La parola competenza è usata perché implica la capacità di operare in modo efficace e quindi di essere appresa e utilizzata.

Questa concezione di competenza culturale presenta una definizione di cultura, utilizzata ampiamente nei servizi sanitari, che negli ultimi anni è stata messa in discussione per la sua staticità ed eccessiva semplificazione. Ciò rischia di creare stereotipi ed etichettare gli individui con modelli preconetti di credenze e comportamenti; di rappresentare le culture come statiche senza tenere conto delle trasformazioni all'interno di ogni cultura e di ridurre la cultura a una abilità tecnica su cui gli operatori sanitari possono essere formati (Chiarenza, 2018). Oggi la cultura va pensata come un processo aperto, dinamico e intersoggettivo di attribuzione di significato alla realtà e di formazione

dell'esperienza personale della stessa. La cultura non è soltanto qualcosa che "abbiamo" in quanto parte di un gruppo, ma è anche qualcosa che "facciamo" nell'interazione sociale.

Questa revisione del concetto di cultura ha richiesto l'utilizzo di nuovi paradigmi teorici che superino i limiti presentati dalla competenza culturale per mettere al centro la persona con tutte le sue dimensioni identitarie al fine di orientare gli operatori e il sistema di cura verso una maggiore "sensibilità alle differenze" (Cattacin et al., 2006) che caratterizzano le persone e le loro esperienze. Uno dei nuovi paradigmi è quello dell'intersezionalità (Crenshaw, 1991; Yuval-Davis, 2006; Anthias, 2013); che sottolinea la necessità di comprendere come cultura, genere, stato sociale, disabilità e altri aspetti dell'identità interagiscono su più livelli, spesso simultaneamente, determinando diseguglianze sociali in modo sistematico. Perciò quando parliamo della salute della popolazione immigrata dobbiamo prendere in esame l'intersezione di forme multiple della diversità che possono sfociare in emarginazione, esclusione e iniquità, ne consegue che un'efficace risposta alla diversità non può basarsi su interventi indirizzati solo a singole dimensioni della diversità (genere, etnia, disabilità, ecc.), bensì la loro interazione (es. donna immigrata di origine araba divorziata; bambino figlio di genitori immigrati irregolari;...).

Il modello "*migrant-friendly*" è una modalità attuativa di questo approccio di sistema (Bischoff, Chiarenza, & Loutan, 2009). Implica un processo di cambiamento organizzativo e contemporaneamente la realizzazione di interventi mirati come lo sviluppo di servizi di mediazione linguistico-culturale; la predisposizione di interventi informativi ed educativi rivolti alla popolazione immigrata; la creazione

di percorsi formativi per gli operatori; la partecipazione degli utenti alla politica e al sistema di gestione dell'organizzazione. Affinché questi interventi non risultino frammentari e volti esclusivamente ad affrontare le emergenze devono essere inseriti nella cornice più generale di sviluppo organizzativo, integrato nella programmazione aziendale e coordinato da un gruppo multidisciplinare che si fa carico della sua attuazione e del suo monitoraggio (Chiarenza e Chiesa, 2018; Chiarenza, 2019). Tuttavia in molte aziende sanitarie questo obiettivo è in parte limitato dalla mancanza di approcci e strumenti sistematici per valutare la capacità di risposta delle organizzazioni sanitarie alle diverse esigenze e caratteristiche dei migranti e ad altri gruppi vulnerabili.

Ostacoli all'attuazione di servizi sanitari rispondenti alla diversità

Sebbene l'esito di numerosi studi e il riscontro dell'esperienza sostengano la necessità di attuare in forma stabile servizi e interventi finalizzati a superare le barriere d'accesso ai servizi e migliorare la risposta sanitaria ai bisogni di migranti e rifugiati, persistono molti ostacoli che impediscono la trasformazione di questa conoscenza in azione. Ancora oggi registriamo una disponibilità limitata di mediatori interculturali a causa della mancanza di investimenti specifici in molte aziende sanitarie, soprattutto in Italia (Bischoff e Hudelson, 2010; McGarry O et al., 2018; Verrept, 2019). Quando i mediatori sono presenti spesso vengono forniti da ONG, di conseguenza il loro intervento non è strutturato nelle routine organizzative e si continua a fare affidamento su parenti e amici dei pazienti o su traduttori informali senza una specifica formazione. (Novak-Zezula et al., 2005). Rapporti di organizzazioni internazionali, come PICUM (2007) così come molti studi

(Winters et al., 2018), denunciano la mancanza di un'adeguata informazione sui servizi disponibili per rifugiati e irregolari e sui loro diritti. Sebbene i migranti abbiano difficoltà a capire il funzionamento del sistema sanitario e a gestire le informazioni sanitarie, molti studi sostengono che i tradizionali percorsi educativi e materiali tradotti raggiungano solo parzialmente i diversi gruppi di migranti se non si tiene conto dei principi della "health literacy" (Zanchetta e Poureslami, 2006). Ne consegue che i pazienti immigrati aderiscono in misura minore ai percorsi terapeutici, ai programmi di promozione della salute e hanno difficoltà ad accedere ai servizi di cura preventiva (Kreps e Sparks, 2008).

Spesso le organizzazioni sanitarie hanno fatto affidamento sul modello di competenza culturale per la formazione del personale sanitario (Beach et al., 2005; Horvat et al., 2014; Seeleman, Suurmond, e Stronks, 2009) tuttavia alcuni studi hanno dimostrato che i corsi di formazione degli operatori hanno un'efficacia limitata se si concentrano esclusivamente alla sola trasmissione di conoscenze sulle caratteristiche culturali dei gruppi etnici. (Kleinman e Benson, 2006; Chiarenza et al., 2019). Gli operatori dovrebbero andare oltre la sola attenzione alla diversità culturale e imparare a trattare le molte diversità che caratterizzano l'individuo, accettando che esse non possono essere conosciute a priori, ma solo attraverso la relazione con l'altro (Powell Sears, 2012). Inoltre, concentrarsi sulle differenze culturali ha spesso distolto l'attenzione dal ruolo dei fattori socio-economici nel determinare le disuguaglianze di salute e nell'assistenza dei migranti (Simon e Mosavel, 2008).

Ciò che manca è un reale cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie, nella maggioranza dei casi non esistono programmi strutturati e risorse dedicate

per lo sviluppo di interventi efficaci in grado di affrontare la sfida della diversità nei servizi sanitari (Ingleby et al., 2018). Inoltre, sebbene in linea di principio sia ampiamente accettata l'importanza di fornire un'assistenza centrata sulla persona e sulla famiglia, tenendo conto delle diverse caratteristiche, situazioni ed esigenze dei pazienti, i percorsi di cura e i piani terapeutici continuano a fare affidamento su procedure standardizzate che non tengono conto di questa diversità (Renzaho et al., 2013). Infine, la mancanza di una effettiva partecipazione dei migranti è spesso dovuta al fatto che le attività di coinvolgimento spesso si rivolgono esclusivamente ai gruppi più organizzati delle comunità che potrebbero non essere in grado di rappresentare i bisogni individuali o i bisogni dei gruppi più piccoli, meno organizzati o emarginati (de Freitas e Martin, 2015).

Fattori che consentono l'attuazione di servizi sanitari rispondenti alla diversità

Per superare gli ostacoli al cambiamento organizzativo è fondamentale adottare un approccio analitico per valutare la capacità dei servizi di rispondere in modo adeguato ai diversi bisogni di migranti, rifugiati e altri gruppi vulnerabili. Il punto di partenza è l'adozione di un sistema di raccolta di informazioni sui servizi e i processi assistenziali in un'ottica di equità per valutare eventuali disuguaglianze nell'offerta dei servizi. Il focus della valutazione è il livello organizzativo piuttosto che il livello individuale della prestazione sanitaria in quanto mira a integrare l'attenzione alla diversità e all'equità nei servizi routinari per facilitare il controllo della qualità, garantire la sostenibilità ed evitare la discriminazione istituzionale. Possedere un approccio analitico e una serie di indicatori specifici da utilizzare

come strumento per esaminare, dimostrare e documentare la capacità di risposta del servizio offre l'opportunità ai manager e al personale sanitario di ripensare a ciò che fanno, perché lo fanno e se può essere fatto meglio. Il processo di valutazione aiuterà le organizzazioni sanitarie a identificare i gap nell'offerta e formulare raccomandazioni per migliorare l'accessibilità del servizio e la qualità dell'assistenza per tutti i pazienti. Inoltre fornirà opportunità per il benchmarking di strutture, processi e risultati internamente e con altre aziende sanitarie.

In alcuni paesi europei ed extra-europei sono stati adottati approcci diversi per valutare la capacità di risposta dei servizi sanitari ai bisogni dei gruppi di minoranza. Pur avendo molti punti in comune questi approcci sono conosciuti sotto etichette diverse: "cultural competence"; "cultural responsiveness"; "migrant-friendliness"; "migrant sensitivity"; "difference sensitivity"; "health equity". Un recente studio ha analizzato sei diversi approcci e ha concluso che, "despite differences in labelling, there is a broad consensus about what health care organizations need to do in order to be responsive to patient diversity" (Seeleman et al., 2015). Tuttavia, sebbene i vari approc-

ci identifichino più o meno le stesse aree dell'organizzazione che devono essere costantemente monitorate e misurate, differiscono nel modo in cui definiscono i "servizi sanitari rispondenti ai bisogni dei migranti e alla diversità". Per alcuni essere un servizio rispondente ai bisogni dei migranti e alla diversità significa fornire un servizio: "appropriato / rispondente dal punto di vista linguistico-culturale"; per altri "adeguato / sensibile ai migranti"; e infine "equo". La prima definizione si concentra principalmente sui bisogni dei gruppi entoculturali e chiede "organizzazioni culturalmente competenti"; la seconda su quelli dei migranti, rifugiati e richiedenti asilo e chiede "organizzazioni migrant-friendly o migrant-sensitive"; la terza su quelli di tutti i gruppi a rischio di disuguaglianze e chiede "organizzazioni sanitarie eque". In nota sono elencati i principali approcci alla valutazione dei servizi in questo ambito.¹

A nostro avviso, un efficace approccio analitico deve contenere indicatori di misurazione che mettano in grado l'organizzazione sanitaria di valutare la rispondenza dei loro servizi ai bisogni di tutti i gruppi a rischio di iniquità nell'assistenza. A questo scopo si propongono dieci aree di misurazione della performance sanitaria: 1. Inclu-

¹ Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS): "Health care services that are respectful of and responsive to cultural and linguistic needs." <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas>; Joint Commission: Advancing effective communication, cultural competence and patient- and family centred care, a roadmap for hospitals <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA-6B2E5ACD01B>; Indicators of Cultural Competence in Health Care Delivery Organizations: An Organizational Cultural Competence Assessment Profile <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/culturalcompetence/healthdlvr.pdf>; Cultural Responsiveness Framework: guidelines for Victorian health services. <https://www.gvp-cp.org.au/wp-content/uploads/2016/11/2009-Cultural-Responsiveness-Framework.pdf>; The Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Self-Assessment Guide <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3499-6>; International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/04/SAT-OHL-Hos-v1-0-EN-international_final.pdf; Standards for equity in healthcare for migrants and other vulnerable groups https://www.researchgate.net/publication/262259058_Equity_Standards_in_Health_Care_2014; MIPEX Health Strand <http://www.mipex.eu/health>; https://eea.iom.int/sites/default/files/publication/document/SLOVENIA_MIPEX_Health.pdf; Partnering in healthcare framework : https://www.bettersafecare.vic.gov.au/sites/default/files/2019-02/Partnering%20in%20healthcare%20framework%202019_WEB.pdf

sione dell'attenzione all'equità/diversità nei piani aziendali; 2. Monitoraggio delle modalità di accesso e utilizzo dei servizi; 3. Produzione di informazioni adeguate; 4. Mediazione linguistico-culturale; 5. Formazione degli operatori sui temi dell'equità e della relazione interculturale; 6. Educazione ed empowerment degli utenti e cittadini; 7. Coinvolgimento degli utenti e delle comunità; 8. Sostenibilità economica e diritto alle cure; 9. Centralità della persona nella reazione di cura; 10. Continuità assistenziale e cooperazione fra servizi. Le aziende sanitarie intenzionate a intraprendere un cambiamento organizzativo dovrebbero definire specifici indicatori, oppure servirsi di strumenti esistenti (Chiarenza, Domenig, Cattacin, 2020), per monitorare e misurare la performance aziendale rispetto alle dieci aree descritte sopra ed includere queste informazioni nei loro piani di valutazione e miglioramento della qualità.

Conclusioni

In conclusione, richiamando quanto detto in apertura, un sistema di cura sensibile alle differenze e rispondente ai bisogni della popolazione è un sistema che mette al centro la persona sia nella relazione operatore – paziente e sia nell'organizzazione. Nella relazione col paziente gli operatori devono acquisire le competenze necessarie per comprendere e valorizzare le differenze per costruire una relazione di cura efficace. Ciò implica riconoscere e rispettare i valori, le concezioni di salute, le preferenze e i bisogni del paziente; sapere costruire un rapporto di fiducia col paziente; ricercare un terreno comune di senso; riflettere criticamente sui propri assunti culturali; ed essere consapevole delle condizioni di svantaggio e di discriminazione cui sono spesso soggetti i gruppi di immigrati. L'organizzazione sanitaria deve, dal canto suo, rendere i propri servizi adeguati ai molte-

plici e diversi ai bisogni dei migranti e dei rifugiati. Ciò vuol dire darsi politiche sensibili ai temi dell'equità e dell'inclusione; disporre di servizi di mediazione-linguistica e culturale; offrire in maniera strutturata formazione agli operatori sanitari su queste tematiche; monitorare e valutare la qualità dell'assistenza rivolta agli utenti immigrati; coinvolgere le comunità immigrate nella identificazione delle priorità e miglioramento dei servizi; promuovere interventi intersettoriali e di comunità. Affinché questi interventi non risultino frammentari e volti esclusivamente ad affrontare le emergenze devono essere inseriti nella cornice più generale di sviluppo organizzativo, integrato nella programmazione aziendale e coordinato da un gruppo multidisciplinare che si fa carico della sua attuazione e del suo monitoraggio e della sua valutazione.

Bibliografia di riferimento

- Anderson, L.M., et al. (2003). Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *Am J Pre Med*, 24: 68-79
- Anthias, F. (2013). Intersectional what? Social divisions, intersectionality and levels of analysis. *Ethnicities*, 13: 3-19
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Cooper, L. A. (2005). Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*, 43(4), 356-373. doi:10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96
- Bischoff, A., Chiarenza, A., & Loutan, L. (2009). "Migrant-friendly hospitals": a European initiative in an age of increasing mobility. *World Hosp Health Serv*, 45(3), 7-9.
- Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *Int J Environ Res Public Health*, 7(7), 2838-2844. doi:10.3390/ijerph7072838
- Cattacin, S., Chimienti, M., Bjorngren Quadra, C. (2006). "Difference sensitivity in the field of migration and health national policies compared". In *Research report of the Department of*

- sociology of the University of Geneva. Geneva: University of Geneva
- Chiarenza, A. (2018) Strategie innovative per rispondere alla diversità nei servizi sanitari. *Politiche sanitarie*. Vol. 19. N. 3. Luglio-Settembre 2018. doi:10.1706/3022.30198
- Chiarenza, A. (2019) Mediazione di Sistema e servizi sanitari migrant-friendly nell'AUSL di Reggio Emilia in C. Baraldi e L. Gavioli (a cura di) *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari: interazione ed efficacia comunicativa*, Laboratorio Sociologico, Teoria, Epistemologia, Metodo. Franco Angeli, Milano
- Chiarenza, A., Domenig, D., Cattacin, S. (2020) Standards for equity in healthcare provision and utilisation: pilot test in sixteen countries. *Diversity and Equality in Health and Care*, 17(3):115-124 - doi:10.36648/2049-5471.17.3.201
- Chiarenza, A., & Chiesa, V. (2018). The provision of migrant-friendly health care in Reggio Emilia. In WHO European region (Ed.), *Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Chiarenza, A., Horvat, L., Lanting, K., Ciannameo, A., & Suurmond, J. (2019). Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in Europe: A review of training programmes. *Health Education Journal*, 78(1), 9-23. doi:10.1177/0017896918793164
- Crabtree, B.F., Miller, W.L., Stange, K.C. (2001) Understanding practice from the ground up. *The Journal of Family Practice*. 50: 881-887
- Crenshaw, K. (1991) Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43: 1241-99
- Cross, T., et al. (1989). *Towards a culturally competent system of care*. Vol 1, Washington (DC), Georgetown University, Child Development Center.
- de Freitas, C., & Martin, G. (2015). Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Soc Sci Med*, 135, 31-39. doi:10.1016/j.socscimed.2015.04.019
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*(5), CD009405. doi:10.1002/14651858.CD009405.pub2
- Ingleby, D., Petrova-Benedict, R., Huddleston, T., & Sanchez, E. (2018). The MIPEX Health strand: a longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. *Eur J Public Health*. doi:10.1093/eurpub/cky233
- Mladovsky, P., Bernd, R., Ingleby, D., McKee, M. (2012). Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*, 105: 1-9
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10), e294. doi:10.1371/journal.pmed.0030294
- Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Educ Couns*, 71(3), 328-332. doi:10.1016/j.pec.2008.03.001
- McGarry O, Hannigan A, De Almeida M, Severoni S, Puthooppambal SJ, & A, MacFarlane. (2018). *What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region?* Retrieved from
- Novak-Zezula, S., Schulze, B., Karl-Trummer, U., Krajic, K., & Pelikan, M. J. (2005). Improving interpreting in clinical communication: models of feasible practice from the European project 'Migrant-friendly Hospitals'. *Diversity in Health and Social Care*, 2, 223-232.
- PICUM. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. (2007). Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe.
- Powell Sears, K. (2012). Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. *Med Educ*, 46(6), 545-551. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04199.x
- Renzaho, A. M., Romios, P., Crock, C., & Soderlund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care*, 25(3), 261-269. doi:10.1093/intqhc/mzt006
- Seeleman, C., Essink-Bot, M. L., Stronks, K., & Ingleby, D. (2015). How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC Health Serv Res*, 15, 510. doi:10.1186/s12913-015-1159-7

- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ*, 43(3), 229-237. doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x
- Simon, C., & Mosavel, M. (2008). Key conceptual issues in the forging of "culturally competent" community health initiatives: a South African example. *Camb Q Healthc Ethics*, 17(2), 195-205. doi:10.1017/S0963180108080225
- Verrept, H. (2019) *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* Copenhagen.
- WHO European region. (2018). *Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European region*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen.
- Winters, M., Rechel, B., de Jong, L., & Pavlova, M. (2018). A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 30. doi:10.1186/s12913-018-2838-y
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13: 193-209
- Zanchetta, M. S., & Poureslami, I. M. (2006). Health literacy within the reality of immigrants' culture and language. *Can J Public Health*, 97 Suppl 2, S26-30.

Monitoraggio Circoncisione Rituale Maschile (CRM): Stato dell'Arte

LA PLACA S.^{1,2}, ENA F.^{1,2}, GANDOLFI C.^{1,2}, CALACOCI M.^{1,2}, DA RIOL R.M.^{1,2}

¹ Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBM SIP) ² Gruppo di Lavoro Minore Migrante della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Introduzione e obiettivi

La circoncisione rituale maschile (CRM) sistematica nell'ebraismo e nell'islamismo, è pratica di origine antichissima, con riti e modalità differenti in quasi tutti i continenti per motivi religiosi e/o culturali. Rispetto alla circoncisione terapeutica e a fini profilattici, la CRM merita una riflessione molto più articolata in termini giuridici, etici e sanitari, anche alla luce dei flussi migratori in Europa e in Italia. Sul tema, già nel 1998, è intervenuto il Comitato Nazionale per la Bioetica decretandone la liceità rispetto all'ordinamento giuridico e nel contempo esprimendo parere contrario alla CRM stessa quale prestazione a carico del SSN. I fatti di cronaca, d'altro canto, hanno riportato le gravi complicità di procedure eseguite senza alcun rispetto delle norme igienico-sanitarie, da parte di personale non medico, che comunque gravano sul SSN: emorragie, infezioni, esiti cicatriziali invalidanti fino all'exitus di neonati e lattanti, quasi tutti provenienti da Paesi dell'Africa Sub-Sahariana e di età 1 anno. Tutto ciò richiama l'attenzione della società civile e della comunità medico-scientifica su questioni "aperte" alle quali si chiede di dare risposte urgenti e allo stesso tempo condivise nel "superiore interesse" del minore.

Metodi/Azioni

Nel 2019, il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della SIP ha promosso un'indagine preliminare di monitoraggio nelle diverse Regioni e PPAA attraverso un questionario su piattaforma on-line al quale hanno risposto tutte le Sezioni Regionali SIP e, al fine di verificare la reale implementazione delle prassi predisposte a livello regionale o aziendale, ci si è avvalsi della collaborazione dei Gruppi Immigrazione e Salute della SIMM.

Risultati

Il monitoraggio ha permesso di sistematizzare le informazioni sulle buone prassi già sperimentate e ne è emerso un panorama molto variegato riguardo la modalità di accesso e la fruibilità della procedura stessa. La Regione Toscana ha inserito la CRM nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a totale carico del SSN; in Piemonte, Veneto, FVG, Emilia Romagna, Lazio, Umbria, Sicilia si accede o con impegnativa e comunque compartecipazione alla spesa, oppure in libera professione con costi elevati per l'utenza (dai 200 ai 1.200 euro).

Conclusioni

È necessario predisporre linee d'indirizzo nazionali sulla CRM in funzione del principio di "riduzione del danno" e definire percorsi assistenziali per eseguire la procedura, ancorché non rientrante nei LEA, in strutture di sanità pubblica o privata convenzionata prevedendo una compartecipazione alla spesa sostenibile dalle famiglie, favorendo altresì una piena ed effettiva integrazione nel nostro sistema sociale e sanitario. Altrettanto essenziale risulterebbe una concomitante azione di informazione ed educazione sanitaria con il coinvolgimento delle comunità straniere, nell'ambito di un lavoro di rete per la promozione e la tutela della salute di tutti i bambini.

Contatto: Simona La Placa (simonalaplaca@gmail.com)

Qualità dei servizi di salute mentale in risposta ai bisogni di richiedenti asilo e rifugiati accolti a Roma

PETTA A.M.¹, LIBERTAS M.¹, PETTINICCHIO V.²

¹ Associazione Crossing Dialogues, Roma; ² Dottorato di ricerca in malattie infettive, microbiologia e sanità pubblica, Sapienza Università di Roma

Introduzione e obiettivi

La capacità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di accogliere e dare risposte è una variabile fondamentale per l'emersione precoce di bisogni di salute e per la conseguente riduzione del rischio di peggioramento clinico, cronicizzazione e uso inappropriato dei servizi di emergenza. Si segnala che negli ultimi anni il ricorso al ricovero ospedaliero per motivi psichiatrici tra giovani migranti maschi provenienti da paesi a forte pressione migratoria è drasticamente aumentato ed esperienze di contenzione possono avere importanti effetti ritraumatizzanti.

Questo studio ha l'obiettivo di valutare dal punto di vista dell'accompagnatore la qualità delle risposte che il SSN e altri enti del terzo settore forniscono a richiedenti asilo e rifugiati.

Metodi/Azioni

La rilevazione dei dati è stata condotta nel 2018 ed ha coinvolto gli psicologi di centri di accoglienza situati in diversi Municipi di Roma e ai quali è stato somministrato un questionario. La qualità di Servizi del Privato Sociale, Centro di Salute Mentale (CSM), Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Servizi Pubblici Specializzati sulla Migrazione è stata valutata su alcuni indici: comunicazione, tempi di attesa, empatia del personale, disponibilità di mediazione culturale, appropriatezza della prestazione, formazione specifica in psicopatologia delle migrazioni e delle reazioni post-traumatiche. La valutazione è stata effettuata tramite scale Likert, con punteggio da 0 "totalmente insoddisfatto" a 6 "totalmente soddisfatto".

Risultati

Lo studio è stato condotto su 23 centri, per un totale di 1412 ospiti. Dai punteggi medi del grado di soddisfazione emerge che le strutture pubbliche dedicate ed enti del privato sociale danno risposte più adeguate rispetto a CSM e SPDC. Nel confronto tra Servizi Pubblici Specializzati e CSM questo non solo si verifica per l'appropriatezza della prestazione (Servizi Pubblici Specializzati $5,38 \pm 0,65$ Vs. CSM $3,45 \pm 1,63$), ma anche per presa in carico ($5,31 \pm 0,67$ Vs. CSM $2,58 \pm 1,88$), comunicazione ($5 \pm 0,78$ Vs. CSM $2,67 \pm 1,78$), empatia del personale ($5,10 \pm 0,66$ Vs. CSM $2,25 \pm 1,91$), formazione in psicopatologia delle migrazioni ($5,38 \pm 0,79$ Vs. CSM $1,92 \pm 1,62$) e in psicopatologia post-traumatica ($5,36 \pm 0,64$ Vs. CSM $2,92 \pm 1,56$). Differenze importanti emergono anche per disponibilità di mediazione culturale (Servizi Pubblici Specializzati $5,36 \pm 0,5$ Vs. CSM $0,42 \pm 0,79$) e tempi ($4,98 \pm 0,78$ Vs. CSM $2,42 \pm 1,78$).

Conclusioni

È descritta una psichiatria territoriale che riesce a dare risposte mediamente appropriate ma che risulta poco accogliente, empatica, preparata soprattutto su psicopatologia transculturale e scarsamente dotata di risorse. Quindi occorrono cambiamenti che agiscano su vari piani organizzativo, formativo e relazionale tra operatori e pazienti. Ciò migliorerebbe l'accessibilità ai Servizi di base e la qualità dell'accoglienza del bisogno di cui la persona è portatrice evitando peggioramento di quadri clinici e uso incongruo di SPDC.

Contatto: Anna Maria Petta (annamariapetta@yahoo.it)

La risposta dell'Emilia-Romagna ai recenti fenomeni migratori: analisi dei percorsi assistenziali per richiedenti e titolari protezione internazionale (RTPI).

MAMMANA L.¹, GHERARDI G.¹, QUARGNOLO M.¹, FLORESCU C.², C. BODINI³, FANTINI M.P.⁴

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neurologiche, Università di Bologna ²; Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara; ³ Centro di Salute Internazionale e Interculturale, Università degli studi di Bologna; ⁴ Dipartimento di Scienze Biomediche e Neurologiche, Università di Bologna.

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi anni più di 30000 richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) hanno attraversato i circuiti di accoglienza dell'Emilia-Romagna, che ad oggi è una delle regioni con il maggior numero di stranieri residenti.

La Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Bologna, in collaborazione con il Gruppo regionale Immigrazione e Salute – Emilia-Romagna (GrIS-ER) e con il supporto del Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna, ha condotto un'indagine sui percorsi di assistenza per RTPI adottati in Emilia-Romagna, con l'obiettivo di caratterizzare le criticità presenti e produrre evidenze in grado di supportare un miglioramento dell'offerta sanitaria.

Metodi/Azioni

La ricerca è stata svolta attraverso delle interviste semi-strutturate rivolte ai referenti degli ambulatori coinvolti nell'assistenza sanitaria ai RTPI. È stato utilizzato un questionario composto da 35 domande a risposta multipla e 11 a risposta aperta, prodotto a partire dalle normative regionali e delle linee guida "I Controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli". Tutte le interviste sono state registrate e poi trascritte a verbatim. Per l'analisi è stata utilizzata una metodologia mista: statistica descrittiva per le risposte chiuse e framework di lettura per le trascrizioni delle risposte aperte.

Risultati

Sono stati intervistati 14 ambulatori, coprendo l'intero territorio regionale. I dati raccolti hanno permesso di individuare tre modelli organizzativi distinti dalla presenza di servizi dedicati, del privato sociale e per il coinvolgimento dei medici di medicina generale. Tutti i territori, all'arrivo dei RTPI forniscono screening e prime visite, con una buona aderenza alle linee guida nazionali e alle normative regionali. Tuttavia, sono emerse criticità relative alla presa in carico delle vulnerabilità e alla trasmissione dei dati sanitari. Inoltre, sono state riportate barriere a carattere linguistico-culturale, amministrativo e finanziario, che riducono l'accesso ai servizi di cura e di prevenzione. La qualità dell'assistenza è inficiata dalla discontinuità delle cure e dalla scarsa integrazione tra gli attori dell'assistenza. Tuttavia, il territorio è caratterizzato dalla presenza di un importante capitale sociale, e l'analisi ha permesso l'emersione di numerose buone pratiche e di potenziali strategie risolutive.

Conclusioni

L'indagine ha permesso di caratterizzare la risposta dei servizi sanitari dell'Emilia-Romagna alle recenti migrazioni, evidenziandone punti di forza e aree critiche. La qualità delle cure e l'equità nell'accesso sono le aree da considerare prioritarie. Ciò chiama in causa diversi livelli di responsabilità e diversi attori. Tra questi, il ricco capitale sociale presente sul territorio potrebbe giocare un ruolo centrale e la messa in rete delle esperienze e delle buone pratiche potrebbe essere il motore di una trasformazione del sistema verso un progressivo miglioramento.

Contatto: Giulia Gherardi (giulighera91@gmail.com)

Costruire spazi tra SSN e associazionismo per l'empowerment femminile nella salute sessuale e riproduttiva

TOSCHI M.¹, BARTOLI M.G.¹, FLAMINI S.¹, PELLICCIARI M.¹, POLCRI C.¹, TOLLUPOE O.O.²

¹ Associazione MAKa; ² CIDIS

Introduzione e obiettivi

L'Ass. MAKa fondata da antropologhe mediche, operatori sanitari ed avvocati, si è posta l'obiettivo di rispondere ai problemi emergenti dalle donne richiedenti asilo rispetto ai complessi bisogni legati alla salute sessuale e riproduttiva e al loro "empowerment". In particolare rispetto alla certificazione delle Mutilazioni Genitali Femminili che sono riconosciute dalla Convenzione di Istanbul come elemento che deve portare a provvedimenti di protezione umanitaria delle donne mutilate. Favorire la conoscenza di questo tema tra avvocati ed operatori e trovare uno spazio per fornire questo servizio in collaborazione con le ASL era il nostro obiettivo. Questo si è realizzato attraverso una convenzione stipulata alla fine del 2018.

Metodi/Azioni

La convenzione con la ASL1 dell'Umbria, Distretto di Perugia, ci ha permesso di avere accesso un pomeriggio a settimana alla sede del Consultorio di Madonna alta, in una zona limitrofa alla Stazione Centrale, facilmente accessibile e fornita di ecografo. L'Ass. MAKa, fornisce gratuitamente la presenza di 2 ginecologhe volontarie con una lunga esperienza consultoriale e la competenza delle antropologhe mediche. L'Ass. CIDIS di Perugia da il suo contributo con la presenza costante di una Mediatrice Culturale nigeriana, vista la prevalenza di queste migranti. Si garantiscono anche incontri collegiali sui temi della salute sessuale e riproduttiva ed in particolare sulle MGF. Importante il confronto tra come loro vedono questa pratica che chiamano circoncisione e come la vede la nostra cultura e la legge.

Risultati

Nei 18 mesi di attività lo spazio è divenuto un punto conosciuto di riferimento per le profughe malgrado le difficoltà legate al Decreto Salvini che ha ridotto i fondi e di fatto impedito gli accompagnamenti ai servizi sanitari da parte degli operatori di riferimento. Circa 40 sono le certificazioni rilasciate per MGF e varie sono state le gravidanze seguite così come le certificazioni per le interruzioni di gravidanza, continue sono le consulenze per la contraccezione, difficile da far accettare in modo continuativo alle ragazze nigeriane, ma vari sono stati gli inserimenti di IUD (spiralini). Difficile affrontare i temi della contraccezione e seguirle nei frequenti ricorsi alla IVG, ma c'è sempre chi ti sorprende nella sua capacità di crescita e di autodeterminazione.

Conclusioni

Conosciamo bene i limiti del possibile GHETTO dei servizi "per immigrati", ma sappiamo anche che la scarsa disponibilità di tempo, di accoglienza di casi complessi, che esistono oggi nei servizi sono tali da richiedere uno SPAZIO apposito almeno per alcune prestazioni. Poter parlare anche un'ora con una ragazza che deve comprendere cosa significa la certificazione per MGF non è cosa da poco. Pensiamo che questo possa essere un modello riproponibile in altre zone d'Italia e che sia necessaria la collaborazione con le ASL, che, vista la carenza ingravescente di personale, potrebbero essere disponibili alla collaborazione con Associazioni di volontariato anche e proprio rispetto alla salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti spesso di difficile gestione.

Contatto: Marina Toschi (marina.toschi@gmail.com)

Mediazione integrata: un'esperienza toscana verso servizi sanitari culturalmente competenti

MAGI S.¹, MASSAINI S.², COTOLONI C.³, CIULLI S.⁴, BASTREGHI V.⁵, DEI S.⁶, CALDÈS M.J.⁷

¹ UOS Medicina Interculturale, ASL Toscana Sud Est; ² UOC Tutela e Partecipazione, ASL Toscana Sud Est; ³ Consultorio Zona grossetana, ASL Toscana Sud Est; ⁴ UOC Continuità assistenziale infermieristica Area senese nord, ASL Toscana Sud Est; ⁵ UOC progetti aziendali ASL Toscana Sud Est; ⁶ Direzione Sanitaria, ASL Toscana Sud Est;

⁷ Centro Salute Globale, Regione Toscana

Introduzione e obiettivi

La ASL Toscana sud est comprende i territori provinciali di Arezzo, Siena e Grosseto. Lo staff della Direzione Sanitaria ha svolto nel 2018 un percorso di analisi dei bisogni e delle buone pratiche relative alla salute del target di popolazione "cittadini stranieri": demografia, epidemiologia, accesso ai servizi, ascolto di operatorie aziendali e confronto con stakeholder esterni. Il bisogno preponderante segnalato da tutti gli operatori è quello di competenze, non solo linguistiche, per relazionarsi efficacemente con i cittadini stranieri, nella cura e nella promozione della salute.

Molti operatori avevano sperimentato con soddisfazione buone pratiche, caratterizzate dall'affiancamento di figure professionali con competenze interculturali: mediazione linguistico culturale (MLC), produzione di materiali sanitari in lingua e culturalmente orientati, mediazione etn clinica antropologica, mediazione etn clinica etnopsichiatrica, mediazione di comunità.

Il limite di queste buone pratiche era costituito dalla loro disomogeneità e discontinuità: "quando comincia a funzionare il progetto finisce".

I servizi più stabili, pagati da fondi propri e con contratti di lunga durata, erano la MLC e la traduzione. Le altre prestazioni erano state prevalentemente finanziate da fondi esterni, ed il reclutamento delle figure professionali interculturali (etnopsicologo, antropologo, mediatore di comunità) richiedeva procedure di evidenza pubblica ripetute per ciascun progetto, delegate ad una centrale di acquisto regionale. Il presente lavoro ha l'obiettivo di dare continuità a tali servizi interculturali, che abbiamo chiamato nel loro complesso di "mediazione integrata", al fine di favorire una sanità inclusiva e di accrescere la competenza inter-culturale degli operatori.

Metodi/Azioni

Abbiamo elaborato un progetto articolato di "mediazione integrata per persone con barriere comunicative", comprensivo di: mediazione linguistico culturale (MLC), produzione di materiali sanitari in lingua e culturalmente orientati, mediazione etn clinica antropologica, mediazione etn clinica etnopsichiatrica, mediazione di comunità, progettazione - ricerca fondi per attività ulteriori di tutela e promozione della salute mediante attività interculturali, interpretariato telefonico ed interpretariato in lingua dei segni italiana. Il progetto ha costituito un lotto specifico della gara regionale per l'affidamento della MLC.

Risultati

Il progetto di "mediazione integrata" è divenuto una convenzione regionale della durata di 6 anni, che consente alle aziende sanitarie di acquistare le prestazioni sia con fondi propri che di progetto.

Conclusioni

La convenzione regionale per la mediazione integrata rende disponibili per le aziende sanitarie risorse professionali interculturali, con i seguenti vantaggi: abbatte gli ostacoli amministrativi, velocizza l'avvio dei progetti, consente la continuità degli operatori, preserva la necessaria flessibilità verso variazioni di bisogni e strategie aziendali.

Contatto: Stefania Magi (stefania.magi@uslsudest.toscana.it)

Modelli assistenziali e qualità delle cure: il progetto post acute per homeless

REGAZZO C.; RENESTO E.; PARATORE C.; ZUCCHETTI A.

Fondazione Progetto Arca Onlus, Milano

Introduzione e obiettivi

Il progetto "Post Acute per Homeless" nasce nel 2014 dalla volontà di collaborazione tra Medici Senza Frontiere e Fondazione Progetto Arca Onlus, con l'obiettivo di creare un modello manageriale di rete, con il sostegno di Regione Lombardia e del Comune di Milano. Prima unità di offerta post ospedaliera in Italia permette agli homeless dimessi da un Ospedale di essere accolti in una struttura protetta dove portare a termine le cure per una guarigione o una stabilizzazione. Questa popolazione ha maggiore rischio di malattia e minore aspettativa di vita. La frammentazione di cura e la conseguente insufficienza terapeutica determinano sovraccarico dei servizi socio-sanitari con dispersione delle risorse. Le richieste di accoglienza provengono da tutte le aree ospedaliere e Pronto Soccorso della Città Metropolitana Milano. La struttura dispone di 20 posti letto. I pazienti sono accolti secondo criteri stabiliti con una soglia di degenza di 30 giorni. È attiva un'assistenza infermieristica e socio-assistenziale h24, il personale medico è presente 5 giorni la settimana. Indispensabile è inoltre la presenza di un assistente sociale.

Metodi/Azioni

Ad oggi sono state accolte 1050 persone di cui più del 75% sono stranieri ed extracomunitari. In crescita la percentuale di ospiti provenienti dall'area migranti in quanto diniegati o fuori dal sistema di accoglienza riducendo così la possibilità di integrazione sociale, di autonomia economica, di accesso alle cure. Le principali diagnosi di dimissione ospedaliera sono: esiti di eventi traumatici (147 casi), chirurgici (120), infezione delle vie respiratorie e riacutizzazioni di BPCO (147), tubercolosi (117), patologie della cute (105), malattie cardiovascolari (74), scompenso e complicanze del diabete mellito (42), cirrosi scompensata correlata a potus e/o HCV (49). Un numero significativo di pazienti esprime un'elevata fragilità derivante da pluripatologia. Un'elevata incidenza di malattia si osserva a partire da un'età tra 30-39 anni, la cronicità si evidenzia già a partire dall'età di 40-49 anni. Pochi sono i soggetti con più di 7075 anni. Significativo il dato di 117 soggetti affetti da TB accolti con l'obiettivo di garantire la terapia direttamente osservata e di educare alla continuità di cura, in particolare per i soggetti multiresistenti.

Risultati

La nostra esperienza evidenzia la necessità di creare un progetto di accoglienza che porti questi pazienti al termine sicuro di terapia. L'esperienza della Post Acute crea un nuovo modello di residenzialità (Post Post Acute) a gestione infermieristica che risponda al bisogno di salute di persone con stato di elevata fragilità. Il progetto è sostenuto dal Comune di Milano sul proprio territorio.

Conclusioni

La realtà della Post Acute per Homeless è positiva perché risponde ad esigenze di salute di una popolazione gravata da maggiore rischio di malattia e minore aspettativa di vita ed al bisogno del sistema sanitario ospedale-territorio, altrimenti privo di alternative praticabili.

Contatto: *Elio Renesto (dir-clinico-postacute@progettoarca.org)*

Adesione alla profilassi antitubercolare nei Richiedenti Protezione Internazionale accolti nei Centri di Accoglienza Straordinaria dell'ex Azienda ULSS 9 di Treviso-Regione Veneto

BRUNETTA R.¹, DALLA ZUANNA T.², DALMANZIO M.¹, CHERMAZ E.¹, CINQUETTI S.¹

¹ Servizio Igiene Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Regione Veneto; ² Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari, Unità di Biostatistica e Sanità Pubblica

Introduzione e obiettivi

In letteratura è ampiamente dimostrata l'importanza dello screening antitubercolare e diagnosi dell'infezione tubercolare latente (ITBL) negli immigrati provenienti da paesi ad alta endemia. Le Linee Guida Italiane "I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli" del 2017 raccomandano: "la terapia per l'infezione tubercolare latente deve essere offerta a tutte le persone positive a TST o IGRA e negative all'RX, per prevenire nuovi casi di malattia". Poco si sa sull'effettiva capacità di completamento della profilassi nei Richiedenti Protezione Internazionale (RPI) giunti in Italia tra il 2014 e il 2017.

L'obiettivo di questo lavoro è presentare le diverse modalità con cui la profilassi per ITBL è stata eseguita nell'ex AULSS 9 di Treviso e le quote di completamento.

Metodi/Azioni

Non è stata proposta la profilassi ITBL ai primi RPI arrivati nel 2014 in quanto transitavano nel nostro territorio. Lo si è fatto successivamente sia ai contatti di caso TB attiva che ai positivi allo screening, come da indicazione Regionale, dal 2015 nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) più piccoli (da 20 a 75 posti) e dal 2018 nel CAS più grande (>500 posti). La distinzione è necessaria perché la modalità gestionale delle strutture era diversa e quindi anche l'approccio usato per la sensibilizzazione e somministrazione. Operatore di struttura e mediatore culturale erano i referenti per entrambi. Nei CAS piccoli la sensibilizzazione era fatta singolarmente e la modalità di assunzione era l'autosomministrazione con supervisione del mediatore culturale, nel CAS grande la sensibilizzazione era svolta in incontri di gruppo a una selezione di RPI disponibili al percorso farmacologico, ed è stata utilizzata una simil Directly Observed Therapy (DOT). Per limitare l'abbandono si sono ridotti a 2/3 i controlli ematici. Lo schema è stato: somministrazione giornaliera di Isoniazide+Rifampicina e Vit.D per 3 mesi, come consigliato nei casi di presunta scarsa aderenza alla profilassi, e considerato dal NICE equivalente al trattamento con Isoniazide per 6 mesi.

Risultati

Dei 217 RPI eleggibili per profilassi, 152 provenivano dai CAS piccoli e 65 dal CAS grande, 26 hanno rifiutato perché non motivati o allontanati, e 191 (88%) hanno effettivamente cominciato la profilassi. 169 (78%) hanno terminato il trattamento, 10 l'hanno interrotto perché usciti dalla struttura, 7 per propria volontà, 5 su indicazione del medico per effetti collaterali. Il 93% degli eleggibili dei CAS piccoli e l'81% del CAS grande hanno terminato la profilassi.

Conclusioni

La profilassi è stata condotta con elevati tassi di completezza e con solo il 10% di interruzione, quindi con basso rischio di sviluppare farmaco resistenza. L'adesione era favorita dalla selezione a priori degli eleggibili, dall'identificazione del momento più appropriato per iniziare e dal sostegno degli operatori/mediatori, e dalla collaborazione con l'AULSS. La responsabilizzazione dei RPI, seppur più impegnativa, ha agevolato il completamento del trattamento.

Contatto: Rosanella Brunetta (rosanella.brunetta@aulss2.veneto.it)

Discontinuità terapeutica e perdite al follow-up dovute al mancato o ritardato rinnovo della documentazione sanitaria nella coorte di pazienti stranieri HIV positivi seguiti presso il centro di Padova

DI MECO E., RAUMER F., CAVINATO S., GARDIN S., SASSET L., CATTELAN A.

Divisione di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera di Padova

Introduzione e obiettivi

La continuità terapeutico-assistenziale è fondamentale nella cura del paziente affetto da HIV, al fine di garantire il recupero della funzione immunitaria e limitare la diffusione della malattia attraverso l'azzeramento della carica virale. Studi italiani riportano perdite al follow-up dal 10 al 30% con tassi significativamente maggiori per i pazienti stranieri. Molteplici e di difficile analisi le ragioni: alle problematiche sociali, culturali ed economiche si associano quelle amministrative. In Italia la cura dell'HIV è offerta gratuitamente e la dispensazione dei farmaci è ospedaliera. L'assistenza sanitaria agli stranieri è garantita a vario titolo, su tutto il territorio. Obiettivo dello studio è valutare l'impatto dell'interruzione terapeutica dovuta al mancato/ritardato rinnovo della documentazione sanitaria nei pazienti stranieri seguiti presso il centro HIV dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Metodi/Azioni

È stato eseguito uno studio osservazionale trasversale attraverso l'analisi della documentazione clinica di tutti i pazienti HIV risultanti in trattamento antiretrovirale nel 2018-2019. Per l'analisi si è considerato il periodo 01/2016-01/2020. Dei pazienti stranieri sono stati registrati dati clinici, posizione amministrativa e l'interruzione delle visite o dell'approvvigionamento terapeutico dovuti al mancato/ritardato rinnovo della documentazione sanitaria. L'interruzione è stata considerata tale se ≥ 3 mesi.

Risultati

Il totale dei pazienti è 1676, 74% uomini, età media 51 anni. 372 (22.2%) sono di origine straniera, 52.4% uomini, età media 44 anni. Il 52.3% proviene dall'Africa sub-sahariana [ASS], il 14% dall'America Latina, il 10.9% da paesi comunitari, 10.1% dall'Est Europa e il 7.6% dall'Asia. Il 94% è regolarmente soggiornante. 26 pazienti (7%) hanno interrotto il percorso di cura, di cui 23 dall'ASS e 3 dall'Est Europa. 14 le donne (11 nigeriane). Il tempo di permanenza medio in Italia è di 7,4 anni e 5,1 è la media degli anni dalla diagnosi di HIV. 20 avevano aderenza alle cure $>90\%$ e 19/25 presentavano un viremia HIV non rilevabile prima dell'interruzione. Il 50% ha fatto ritorno in ambulatorio e il periodo medio d'interruzione è stato di 6.25 mesi. 9 pazienti presentavano viremia rilevabile al rientro in cura. 5.8 in media i giorni intercorsi dal rinnovo della tessera sanitaria al primo rientro in ambulatorio. 15 interruzioni si sono verificate nell'anno 2019, 10 nel 2018 e 1 nel 2017.

Conclusioni

Lo studio dimostra che una quota consistente di pazienti stranieri HIV positivi presenta difficoltà a proseguire il percorso di cura a causa di problemi amministrativi, con ripercussioni cliniche e perdite al follow-up. Il fenomeno colpisce una popolazione di pazienti già vulnerabile e le ragioni sottostanti richiedono indagini e monitoraggio. È necessaria consapevolezza del problema, sia da parte dei professionisti sanitari che delle istituzioni, al fine di poter identificare opportune soluzioni.

Contatto: Eugenia Di Meco (edm1984@gmail.com)

Modalità di presa in carico e tempistiche di inizio della terapia antiretrovirale (TARV) in una popolazione di pazienti HIV-positivi migranti. Studio retrospettivo monocentrico

COMELLI A., GREGORI N., FALETTI G., EL HAMAD I., PEZZOLI M.C., QUIROS-ROLDAN E., MATTELLI A., CASTELLI F., IZZO I., FOCÀ E.

Dipartimento Universitario di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia; Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, ASST Spedali Civili, Brescia, Italia

Introduzione e obiettivi

L'infezione da HIV è un problema rilevante nella popolazione migrante, che nel 2017 costituiva il 34,3% delle nuove diagnosi di HIV in Italia. Abbiamo studiato i tempi di presa in carico ambulatoriale e di inizio della TARV, l'outcome clinico e virologico dei migranti nella provincia di Brescia, dove rappresentano il 12,4% della popolazione.

Metodi/Azioni

Sono state incluse tutte le nuove diagnosi di HIV tra settembre 2015 e luglio 2019 afferenti alla U.O. Malattie Infettive e Tropicali degli Spedali Civili di Brescia. Sono stati raccolti dati demografici e clinici considerando come outcome il mantenimento in cura a 6 e 12 mesi dalla diagnosi e il tempo al raggiungimento della virosoppressione.

Risultati

Di 324 persone con nuova diagnosi di HIV, 103 erano migranti (31,8%): 48,5% provenivano dall'Africa, 24,3% dall'Est Europa, 15,5% dall'America del Sud e 11,7% dall'Asia. Nell'83,5% dei casi il fattore di rischio dichiarato era eterosessuale. Il tempo mediano tra l'arrivo in Italia e la diagnosi è stato di 40 mesi (IQR 1-150,5). Il 20% dei pazienti era già in stadio di AIDS. 35 pazienti (34%) hanno ricevuto la diagnosi in regime di ricovero: 20 (57%) per patologie AIDS-definienti. 68 pazienti (66%) sono stati gestiti in regime ambulatoriale e dichiaravano di aver eseguito il test per: comportamenti a rischio (22), partner sieropositivo (12), screening in gravidanza (16), curiosità (2), screening presso gli hot spot (2), sintomi aspecifici (13), screening pre-operatorio (1). Dei pazienti ambulatoriali il tempo mediano intercorso tra il test e l'accesso alle cure è stato di 16 giorni (IQR 11-37,5). Il 26% ha iniziato la TARV entro 7 giorni, il 18% tra 8 e 30 giorni e il 56% dopo 30 giorni. Il 50,8% aveva CD4+ >350. I persi al follow up dopo 6 mesi sono stati l'9,1% (6), il 23,3% (14) a 12 mesi; nessun paziente è deceduto nei primi 12 mesi. 35/83 pazienti (42,2%) erano virosoppressi dopo un mese dall'inizio della TARV, 60,2% dopo 3 mesi, 84,3% a 6 mesi e al 9 mese il 94% dei pazienti risultavano con viremia negativa.

Conclusioni

Dal nostro studio emerge che la prevalenza di pazienti migranti con nuova diagnosi di infezione da HIV si mantiene elevata. Oltre la metà dei pazienti inizia la TARV più di un mese dopo il primo contatto con la struttura, sebbene il tempo mediano di presa in carico sia molto breve. L'elevato tasso di perdita al follow-up evidenzia come sia necessario migliorare le strategie per la ritenzione in cura con un orientamento transculturale appropriato al paziente migrante. Tale obiettivo è tanto più urgente se si considerano i vantaggi in termini di eccellente risposta virologica alla TARV, e quindi di salute individuale, materno-fetale e collettiva.

Contatto: Agnese Comelli (a.comelli@unibs.it)

Antropologia e Malattie Tropicali Neglette: Il Chagas tra la popolazione boliviana immigrata a Roma

CASTALDO M., MIRISOLA C., MARRONE R.

Istituto Nazionale per la promozione della Salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, INMP

Introduzione e obiettivi

Le Malattie Tropicali Neglette (MTN) sono un gruppo di patologie infettive accomunate dalla condizione di povertà. Fra queste, la malattia di Chagas (CD) è una priorità sanitaria sia nei Paesi Latinoamericani, dove è endemica, sia in quelli di approdo migratorio, come l'Italia, dove ha una prevalenza del 4-5% e interessa soprattutto i boliviani. Al fine di valutare l'impatto della malattia tra la popolazione boliviana residente a Roma, analizzarne i processi di costruzione e rappresentazione socio-culturale in rapporto alla condizione migratoria, individuare le barriere di accesso al SSN e tentare di superarle, è stata realizzata una ricerca-azione di antropologia medica svolta nell'ambito di un più ampio progetto clinico sulle MTN, condotta presso il nostro Istituto.

Metodi/Azioni

Il metodo utilizzato è stato quello etnografico e ha previsto una fase di mappatura della rete territoriale boliviana finalizzata al reclutamento; una fase di osservazione partecipante e applicazione di interviste semi-strutturate somministrate durante la visita medica, il prelievo ematico, la consegna da parte del medico dei risultati delle analisi e, infine, durante le attività di lavoro di campo nei luoghi di vita delle persone ove sono state realizzate attività di outreaching.

Risultati

Sono state intervistate 47 donne e 25 uomini boliviani dai 16 ai 68 anni; il 49% è residente in Italia da più di 10 anni e ha un'occupazione full time (n=33) o part time (n=17). Fra le persone reclutate, 22 sono risultate positive al CD. Dalla ricerca è emersa la costruzione culturale (stigma, vergogna) e la rappresentazione della malattia contratta in Bolivia in ambiti rurali attraverso la puntura di una cimice, quale metafora della povertà. Sono inoltre state individuate tanto le barriere sociali (se positivi al CD: timore di perdere il lavoro, di essere esiliati dai connazionali), quanto quelle normative e istituzionali (assenza di tessera sanitaria, assenza di mediatori culturali) che hanno ostacolato l'accesso al SSN e ai programmi di prevenzione, diagnosi e cura della malattia.

Conclusioni

Il CD porta con sé un importante stigma relativo ai contesti di grave povertà socio-economica, case di paglia e fango in zone rurali della Bolivia, in cui vive la cimice da cui si può contrarre. La positività al CD rievoca le condizioni pre-emigratorie, spesso occultate a vantaggio di una nuova costruzione di sé, parte del progetto migratorio individuale e familiare. Lo stigma riguarda anche l'immaginario intorno al contagio. Il timore del licenziamento perché affetti da una malattia sconosciuta, pertanto potenzialmente contagiosa, conduce i pazienti a saltare frequentemente gli appuntamenti, a non ritirare i risultati delle analisi, a sottrarsi all'eventuale ricovero. Tali barriere sono state superate attraverso competenze pluridisciplinari, capaci di analizzare e comprendere la sofferenza sia dal punto di vista delle scienze sociali, attraverso la ricerca antropologica e i risultati che qui si presentano, sia di quelle biomediche.

Contatto: *Miriam Castaldo* (miriam.castaldo@inmp.it)

Offerta gratuita di vaccinazione antinfluenzale a pazienti immigrati non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) afferenti ad un ambulatorio di medicina di primo livello

GIUNTI G.¹, BONINSEGNA M.¹, DI SIENO F.², ZENONI S.³, CAVAGNA G.¹

¹ Ambulatorio Oikos OdV Bergamo; ² Associazione Italiana Donne Medico - Sezione di Bergamo; ³ ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo-Presidio socio sanitario territoriale (PreSST)

Introduzione e obiettivi

La possibilità di prevenire efficacemente l'influenza stagionale, riducendo i costi sociosanitari che l'infezione comporta, attraverso la somministrazione del vaccino antinfluenzale, è ampiamente dimostrata. I pazienti immigrati non iscrivibili al SSN però, sia per limiti di tipo linguistico/informativo sia per la invalsa tendenza ad interpretare la normativa vigente in termini restrittivi, si trovano nella oggettiva difficoltà non solo di accedere a cure mediche di primo livello, ma anche ai percorsi preventivi; per conseguenza gli immigrati "irregolari" sono tra i soggetti che, in corso di epidemia influenzale, risultano più esposti, non si curano o utilizzano i Pronto Soccorso ospedalieri. I soggetti socialmente deprivati e con scarsa possibilità di accedere ai servizi sanitari risultano comunque tra i destinatari delle strategie vaccinali previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2020.

Il progetto è nato da una proposta della Associazione Donne Medico di Bergamo a OIKOS OdV, ambulatorio che fornisce assistenza medica di primo livello alle persone non iscrivibili al SSN, e al Presidio Socio Sanitario Territoriale di Bergamo (PreSST) che ha fornito le dosi di vaccino.

Attraverso l'offerta attiva della somministrazione del vaccino antinfluenzale a pazienti stranieri irregolari ci si è proposti di iniziare ad avvicinare queste persone alla medicina preventiva e di verificare la fattibilità della vaccinazione antinfluenzale in un ambulatorio ad accesso libero rivolto a stranieri irregolari.

Metodi/Azioni

Ottenuta la condivisione del progetto e la collaborazione dei medici dell'ambulatorio, 30 dosi di vaccino antinfluenzale "split" sono state conservate nel frigorifero dell'ambulatorio, erano inoltre disponibili i presidi farmacologici per la gestione dell'anafilassi.

I medici con criterio "opportunistico" offrivano la vaccinazione antinfluenzale spiegandone vantaggi, limiti e effetti collaterali, a pazienti appartenenti alle classiche categorie di rischio o a soggetti socialmente deprivati e procedevano alla somministrazione dopo avere ottenuto il consenso verbale.

Risultati

Dal 05/11/2019 al 14/01/2020 sono stati vaccinati contro l'influenza 27 pazienti di 12 nazionalità: 13 femmine, 14 maschi, età media 51 anni, (min.31, max.71). 12 pazienti erano affetti da patologie croniche, 5 avevano 64 o più anni, 4 assistevano anziani fragili.

Conclusioni

La campagna di vaccinazione antinfluenzale gratuita a utenti dell'ambulatorio di OIKOS OdV ha avuto l'adesione dell'associazione ed è stata accettata favorevolmente dalla maggior parte dei pazienti a cui è stata proposta, che hanno dimostrato di comprenderne la funzione. Il 44% dei pazienti vaccinati soffriva di patologie croniche. L'effettuazione della vaccinazione è risultata compatibile con la normale attività ambulatoriale. Non si sono verificati effetti collaterali immediati né sono stati riportati effetti avversi tardivi.

Si è dimostrata utile ed efficace la sinergia con associazioni e servizi sanitari territoriali

Contatto: *Giuliana Giunti (giulianagiunti54@gmail.com)*

Diagnosi e trattamento dell'Infezione Tuberculare Latente: un percorso multidimensionale

BANZOLA S., CLEMENTE G., BISCEGLIA G., BANDELLO M.A., TZANI P., BERGHENTI F.

Servizio Spazio Salute Immigrati e ambulatorio di Pneumologia AUSL di Parma

Introduzione e obiettivi

Il team multidisciplinare del servizio Spazio Salute Immigrati della AUSL di Parma ha analizzato i dati del percorso di screening e trattamento dell'Infezione Tuberculare Latente (ITL), aventi come target la popolazione di recente migrazione (prevalentemente richiedenti e titolari di protezione internazionale). La risposta appropriata ai bisogni di salute di una popolazione dinamicamente eterogenea, ha richiesto la valutazione in itinere di variabili individuali (es. lingua parlata) e ambientali (es. presenza di supporto sociale). Scarsa adesione e/o non completamento sia dell'iter diagnostico di approfondimento sia del trattamento farmacologico di sei mesi proposti ai soggetti cutipositivi, sono le motivazioni del team alla pianificazione di incontri con i mediatori interculturali ed operatori dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), finalizzati alla identificazione di fattori interni e/o esterni alle attività, che influenzano il self-care management della ITL.

Metodi/Azioni

Dal 1 gennaio 2013 al 31 dicembre 2018 il percorso è stato analizzato secondo indicatori di adesione e completamento di: screening mediante Tuberculin Skin Test (TST); iter diagnostico (visita pneumologica, radiografia del torace, Quantiferon test secondo le procedure interne) e trattamento della ITL dei soggetti cutipositivi. Sono state inoltre considerate alcune variabili individuali e ambientali, tra cui la presenza del mediatore interculturale e di stakeholder. Contestualmente gli infermieri hanno pianificato sette incontri con dodici mediatori culturali e undici incontri con operatori sociali ed educatori di rispettivi CAS per condividere il senso e significato delle attività di screening, tra cui quello della ITL, finalizzate alla promozione della partecipazione attiva individuale, efficace self-care management e alla tutela della collettività.

Risultati

Il TST è effettuato e completato da 1209 persone, 95.7% dei soggetti arruolati. Il 54% richiede la presenza del mediatore interculturale, il 33% parla inglese con gli operatori, il rimanente 13% parla italiano o lingue difficili da reperire. Risultano cutipositivi 564 soggetti, di cui 209 (37%) non completano il percorso diagnostico. Il trattamento, consigliato a 302 persone, non viene iniziato o completato da 164 (54.3%). Gli stakeholder sono coinvolti nella comunicazione di appuntamenti e accompagnamento ambulatoriale. Dagli incontri con le figure non sanitarie emerge la non conoscenza e condivisione degli obiettivi delle attività.

Conclusioni

La non conoscenza e condivisione di obiettivi tra operatori sanitari, stakeholder e mediatori culturali potrebbe influenzare negativamente la scelta di adesione e completamento del trattamento della ITL della popolazione di recente migrazione. Il team propone la co-costruzione di un percorso multidisciplinare, multidimensionale finalizzato alla promozione della salute individuale del migrante, riduzione del rischio di sviluppo di casi di TB attiva nel corso degli anni, cooperazione socio-sanitaria efficace.

Contatto: Francesca Berghenti (spaziosaluteimmigrati@ausl.pr.it)

La prevenzione nel Centro di Accoglienza SIPROIMI (ex SPRAR) per donne e nuclei familiari monoparentali di Caritas Roma "Santa Bakhita": Quando il Centro diviene case manager

MICHELETTI G., COSENZA F., LIBERATORI S., DE PASQUALE O., DI CLAUDIO A., PISANIELLO D., SIGGILLINO P., AGOSTINELLI A.
Centro di Accoglienza SIPROIMI ex SPRAR "Santa Bakhita" Caritas di Roma

Introduzione e obiettivi

Nell'ultimo decennio, l'Italia ha fatto fronte all'arrivo di un numero consistente di migranti provenienti dalla rotta migratoria che dalla Libia passa per il Mediterraneo. La traumaticità del viaggio, e in particolare di questo specifico percorso migratorio, ha effetti negativi sulla salute psico-fisica dei migranti. Nonostante in Italia il Servizio Sanitario Nazionale adotti un modello universalistico (Beveridge), l'accesso ai servizi e la continuità assistenziale non è sempre garantita in egual modo nei singoli centri di accoglienza a causa anche dell'eterogeneità dei contesti regionali. Ciò è rilevante ai fini della prevenzione di patologie fisiche e psicologiche, che richiede un lavoro di sostegno costante volto ad una gestione normalizzata e non emergenziale della salute del migrante/protetto internazionale, con benefici sia economici che per il percorso di autonomia dello stesso. L'obiettivo è la costruzione di un modello di presa in carico dell'accolto volto a garantire una prevenzione sanitaria che continui anche dopo la dimissione dal percorso di accoglienza, in un'ottica di salvaguardia del diritto alla salute.

Metodi/Azioni

Il Centro di Accoglienza SIPROIMI ex SPRAR di Caritas Roma "Santa Bakhita" per donne e nuclei familiari monoparentali ha nel corso degli anni sviluppato un percorso, recependo linee guida internazionali e nazionali derivate dalla letteratura, con la collaborazione di alcuni enti sanitari locali e dell'associazionismo, per la prevenzione e il sostegno della salute psico-fisica degli accolti.

Risultati

Il percorso sanitario prevede un primo colloquio di ingresso con il beneficiario e mediatore linguistico che esplora eventuali problemi di salute e cerca di ricostruire uno storico sanitario; in base ai riscontri anamnestici, viene avviato uno screening di base, prime visite infettivologiche e ginecologiche. L'équipe espleta inoltre le pratiche per assegnare a ciascun beneficiario un medico/pediatra di base che effettui visite di controllo ed eventuali richieste di visite specialistiche. Nei casi più complessi, il Centro si attiva nel fare rete con le équipe specialistiche di riferimento ed eventuali enti/progetti che collaborano con le strutture sanitarie al fine di garantire interventi integrati sulla salute dell'accolto. L'attivazione di percorsi di formazione ad hoc per gli operatori garantisce il training, l'aggiornamento e informazioni condivise tra équipe.

Conclusioni

Nel modello descritto il Centro opera dunque come case manager e punto di raccordo tra vari enti sanitari e specialistici nel sostegno agli accolti. L'integrazione degli attori coinvolti è finalizzata all'acquisizione di consapevolezza da parte dell'accolto dell'importanza della prevenzione e alla sua responsabilizzazione in merito alla cura autonoma della propria salute.

Contatto: Alessandro Agostinelli (alessandro.agostinelli@caritasroma.it)

Lo screening sanitario presso il SIPROIMI Bassa Sabina

MASCI S., ROCA L., DE ACUTIS C., DEL BUFALO P., PROPERZI G., MEZZABOTTA G.

Cooperativa Sociale Magliana '80; Unione di Comuni della Bassa Sabina; SIPROIMI Servizio Centrale

Introduzione e obiettivi

Il SIPROIMI Bassa Sabina, istituito nel 2014, fornisce accoglienza ed assistenza agli stranieri titolari di protezione internazionale. Ha sede a Poggio Mirteto (RI).

Tra i compiti del SIPROIMI c'è la presa in carico del migrante dal punto di vista sanitario, inizialmente attraverso controlli sanitari (screening) di secondo livello, come da Linee Guida del 2017. Capita talvolta di eseguire controlli di primo livello in quei migranti che arrivano senza alcuna documentazione sanitaria. Allo screening segue il riferimento ai medici di base per eventuali approfondimenti diagnostici e interventi terapeutici.

Si intende qui presentare l'attività svolta dal centro nel campo dello screening a partire dalla seconda metà del 2018, compreso lo sviluppo di uno strumento per la raccolta, archiviazione ed aggiornamento dei dati sanitari (età, provenienza geografica, anamnesi patologica familiare, remota e prossima, diagnosi e cure pregresse, ecc.) e loro analisi a fini di sorveglianza, ricerca e controllo di qualità.

Metodi/Azioni

Il SIPROIMI può accogliere attualmente 24 persone secondo il modello dell'accoglienza "diffusa". Le persone assistite sono alloggiate in abitazioni private in due comuni della zona (Poggio Mirteto e Forano). I rifugiati afferiscono al SIPROIMI dopo un periodo trascorso nei centri di prima accoglienza (CAS).

Sono state elaborate due diverse schede sulla base delle linee guida nazionali e regionali per l'assistenza sanitaria ai migranti. Mentre le linee guida definiscono le condizioni pregresse o attuali di cui verificare l'esistenza attraverso l'anamnesi e/o l'esecuzione di test sierologico-immunologici, le schede forniscono all'operatore del SIPROIMI (non sempre un medico) una check-list per l'intervista col rifugiato, per un esame obiettivo di base e per l'organizzazione razionale dei risultati delle indagini cliniche.

Le due schede, sia cartacee che elettroniche, sono archiviate in un database sviluppato ad hoc che al 15/2/2020 conteneva i record clinici di 15 migranti. La versione finale delle schede è il risultato di varie bozze testate sul campo e migliorate tenendo anche conto dell'esperienza personale dello staff, accumulata dialogando quotidianamente coi migranti.

Risultati

Presentiamo le cifre relative all'attività del SIPROIMI in campo preventivo, diagnostico e curativo condotte dal 02/2019 ad oggi.

Vengono presentati anche due casi di studio che evidenziano, con la forza della narrazione, le minacce alla salute che i migranti si trovano a fronteggiare nel corso del viaggio verso l'Italia.

Conclusioni

L'adozione delle schede ha portato ad un miglioramento qualitativo del processo di raccolta ed analisi dei dati sanitari, oltre ad una più rapida identificazione delle problematiche degli ospiti e presa in carico da parte del SSN. Lo strumento sarà presto impiegato anche in un nuovo progetto mirato alla Terza Accoglienza.

Un passo successivo dovrebbe auspicabilmente essere la messa in rete a livello regionale/nazionale dei dati contenuti nel nostro archivio.

Contatto: Stefano Masci (sprar.ucbs@gmail.com)

Politiche per la salute e impegno sul territorio: il caso degli ambulatori STP/ENI nel Lazio

CAPPARUCCI P., GERACI S.

GrIS Lazio

Introduzione e obiettivi

Nel 1995, a seguito dell'impegno nazionale che porterà all'emanazione dell'articolo 13 del Decreto Legge n. 489/95 con lo "sdoganamento" del diritto alla tutela sanitaria per gli immigrati in condizione d'irregolarità giuridica, a Roma, operatori del privato sociale, del volontariato e del servizio pubblico, promuovono la creazione di un gruppo di riflessione e proposta sui temi della salute degli immigrati che successivamente si connoterà come Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS), unità territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Quel gruppo chiede di intervenire per rendere operativo quanto previsto dalla norma nazionale alla Regione Lazio (RL) che promulga la DGR n.5122/97 istituendo i primi ambulatori di medicina generale per stranieri irregolari. Successivamente altre norme nazionali stabilizzano e strutturano il diritto e dal 2005 a livello locale alcune organizzazioni componenti del GrIS mappano e monitorano l'accessibilità e la fruibilità degli ambulatori per STP edENI (2010, 2013, 2015).

Metodi/Azioni

Nel 2018, su sollecitazione dello stesso GrIS, la RL ha richiesto alle ASL informazioni sul numero, ubicazione ed orari sia degli uffici che erogano il codice STP/ENI che degli ambulatori dedicati. Tutte le segnalazioni sono state poi acquisite da un gruppo di lavoro del GrIS per la conseguente mappatura ed analisi.

Risultati

Sono stati censiti nel Lazio tutti gli uffici che erogano i codici STP/ENI (115) e i rispettivi ambulatori (51), evidenziando, a fronte di un loro incremento nel tempo (+44%), il persistere, come nelle precedenti mappature, di una variabilità in termini di ore di apertura e di accessibilità. Sono stati definiti anche i criteri di accessibilità, di efficacia e di efficienza traducibili in indicatori utili per una successiva indagine al fine di verificare la reale fruibilità delle strutture. Un'associazione aderente al GrIS ha trasferito la mappatura in una applicazione accessibile da ogni cellulare e pc. Le criticità evidenziate nella mappatura sono state assunte dalle istituzioni regionali che ne hanno fatto un primo passo per "sistematizzare" la rete degli ambulatori STP/ENI. Nel "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio sanitario regionale 2019-2021" (DCA n. U00303/2019) vi è infatti l'obiettivo della "presa in carico delle fasce vulnerabili di stranieri/migranti" e sono previste le seguenti azioni: "1) aggiornamento, mappatura e monitoraggio degli ambulatori STP/ENI (n.d.r. in collaborazione con il GrIS); 2) realizzazione e diffusione di un opuscolo con indicazioni per l'accessibilità al SSR e l'orientamento ai servizi; 3) definizione di criteri minimi organizzativi degli ambulatori STP/ENI".

Conclusioni

Questi 25 anni di impegno e "mappature" hanno tracciato un percorso che, iniziato al di fuori delle istituzioni, attualmente, a seguito della sollecitata collaborazione finora vincente tra Regione e GrIS, si sta traducendo in un significativo impegno istituzionale.

Contatto: Paola Capparucci (p.capparucci@gmail.com)

“Dimmi da dove vieni e ti dirò come ti trattano”: Indagine sulla percezione qualitativa dei servizi sanitari in base alla provenienza geografica di rifugiati e richiedenti asilo

PETTINICCHIO V.¹, PETTA A. M.², LIBERTAS M.², MARCECA M.^{3,4}

¹ Dottorato di Ricerca in malattie infettive microbiologia e sanità pubblica, Sapienza Università di Roma; ² Associazione Crossing Dialogues, Roma; ³ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ⁴ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Introduzione e obiettivi

L'accessibilità e l'organizzazione dei Servizi Sanitari (SS) sono condizioni necessarie per far emergere e accogliere i bisogni di salute, fornendo poi adeguate risposte. I dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) tra il 2008 e il 2016 evidenziano che gli operatori sanitari hanno difficoltà nel relazionarsi con assistiti percepiti “diversi” dal proprio ambito culturale. In particolare, chi proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) tende a ricevere dai medici meno consigli circa l'adozione di stili di vita salutari.

Questo studio si propone di valutare, dal punto di vista dell'accompagnatore, eventuali differenze nella percezione delle caratteristiche qualitative dei SS del territorio; in particolare, sono state valutate associazioni con la provenienza geografica dei richiedenti asilo e rifugiati che hanno utilizzato tali servizi.

Metodi/Azioni

L'indagine è stata condotta nel 2018 attraverso la somministrazione di un questionario agli psicologi operanti in centri di accoglienza situati in diversi Municipi di Roma, con una buona rappresentatività dell'intero territorio comunale.

Rispetto alle caratteristiche percepite dei SS (Privato Sociale, ASL, PS, reparti di degenza, Servizi pubblici dedicati) sono stati valutati indici qualitativi di accessibilità (comunicazione, disponibilità, empatia, mediazione culturale, ecc) mediante scale Likert, con punteggio da 0 “totalmente insoddisfatto” a 6 “totalmente soddisfatto”.

Risultati

L'indagine ha preso in considerazione 23 centri di accoglienza distribuiti sul territorio del comune di Roma, per un totale di 1.412 ospiti, in maggioranza uomini (85,7%), provenienti da Africa Sub-Sahariana (75,7%), Asia (18,3%), Africa Settentrionale (4,8%), Europa (0,9%) e America Centro-Meridionale (0,3%).

Per ciascuna provenienza, sono state valutate le differenze nella percezione delle caratteristiche qualitative dei servizi. Per quanto riguarda la valutazione relativa alle ASL, gli operatori che accompagnavano persone provenienti da Paesi dell'Africa Sub-Sahariana hanno riferito di essere “parzialmente insoddisfatti” rispetto alla “Disponibilità ed empatia del personale” in percentuale significativamente maggiore ($p=0,01$) rispetto alla valutazione “pienamente soddisfatto”.

Per la variabile “presa in carico” presso i PS, gli accompagnatori di persone provenienti da Europa e Africa Settentrionale hanno riferito la piena soddisfazione ($p<0,05$); tale tendenza alla valutazione positiva non si rileva per coloro che provengono dall'Africa Sub-Sahariana e dall'Asia.

Conclusioni

I risultati evidenziano la difficoltà degli operatori sanitari di alcuni servizi ad entrare in empatia con chi è lontano dal proprio ambito culturale di riferimento. Occorre lavorare sulla formazione degli operatori del Sistema sanitario pubblico per fornire strumenti e competenze transculturali utili a superare queste difficoltà e garantire reale fruibilità dei Servizi per coloro che ne hanno necessità.

Contatto: *Valentina Pettinicchio* (vale.pettinicchio@gmail.com)

La validazione di uno strumento per la misurazione delle competenze culturali infermieristiche

GRADELLINI C.^{1,5}, TOLENTINO DIAZ M.Y.^{3,4,5}, AHMED R.², ZACCARELLI C.², GUATELLI S.², MECUGNI D.², MARCECA M.^{3,5}, FINOTTO S.¹

¹ Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia/Azienda Unità Sanitaria Locale – IRCCS di Reggio Emilia; ² University of Ottawa (Canada); ³ Università Sapienza di Roma; ⁴ Azienda Unità Sanitaria Locale Roma 2; ⁵ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Introduzione e obiettivi

Dalla letteratura emerge l'importanza della competenza culturale, descritta come quell'insieme di comportamenti, attitudini e strategie che permettono di lavorare in modo efficace in un contesto multiculturale. Tale competenza ha influenza non solo sulla soddisfazione della persona, ma anche sulla compliance, sul raggiungimento dei risultati di salute e sulle risorse. Le scale che ne permettono la valutazione in ambito infermieristico sono state finora in lingua inglese e si basano tutte sulla rilevazione dell'autopercezione. Obiettivo di tale ricerca è stato quello di verificare l'affidabilità di una scala specifica al fine di un suo diffuso utilizzo per la verifica delle competenze culturali della figura infermieristica.

Metodi/Azioni

La Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche (SCCI) misura la competenza culturale dell'infermiere, a partire dalla percezione della persona assistita. Un precedente studio ne ha permesso la validazione linguistico-culturale, a partire dalla scala Physician's Cultural Competence for Patient Satisfaction (PCCPS), e ne ha determinato la validità di facciata e contenuto, l'affidabilità della consistenza interna.

L'obiettivo di tale studio, a completamento del processo di definizione delle proprietà psicometriche della SCCI, è la verifica della validità di costruito attraverso l'analisi fattoriale dei suoi componenti. È stato effettuato uno studio multicentrico che ha coinvolto 3 sedi (Reggio Emilia, Roma, Ottawa) in due paesi diversi (Italia e Canada), con il coinvolgimento complessivo di 376 pazienti migranti.

Risultati

Per l'analisi statistica dei dati è stata valutata la consistenza interna attraverso l'Alpha di Cronbach, che è risultata 0.924 per tutto il questionario, l'affidabilità della stabilità attraverso la correlazione inter-item con il coefficiente di Spearman-Brown (0.737) e l'indice di Guttman (0.733). La validità di costruito è stata misurata attraverso l'analisi fattoriale con la rotazione Varimax per ogni indicatore. Per verificare l'appropriatezza dell'analisi fattoriale è stato utilizzato il test di Kaiser-Meyer-Olkin che è risultato 0.914 (p .000) e il test della sfericità di Bartlett $2(820) = 8554.981$ (p .000).

Conclusioni

Il processo di validazione ha soddisfatto tutte le caratteristiche psicometriche della scala SCCI, che dimostra un eccellente livello di affidabilità nella misurazione delle competenze dell'infermiere che si fa carico dei bisogni di salute della popolazione migrante.

Contatto: Cinzia Gradellini (cinzia.gradellini@ausl.re.it)

Lingue e mediazioni in ambito ospedaliero: un approccio integrato

GATTIGLIA N., MORELLI M., SCANO N.S.

Università di Genova; Associazione di Mediazione Comunitaria; Coordinamento Ligure Donne Latinoamericane

Introduzione e obiettivi

L'istituzione ospedaliera è un ambito sociale complesso, caratterizzato dalla coesistenza di culture istituzionali e profane e da una pluralità di ruoli sociali, appartenenze, bisogni a contatto tra loro: la negoziazione del percorso di cura si fonda quindi su una comunicazione potenzialmente insoddisfacente o conflittuale per le diversità che abitano il campo, da cui sembra necessario partire per migliorare la vita e l'organizzazione comunitaria. Scopo del presente contributo è illustrare un progetto di mediazione comunitaria integrato con un approccio teorico-pratico volto alla formazione, alla capitalizzazione delle risorse umane presenti e alla prevenzione e gestione dei conflitti all'interno delle relazioni (terapeutiche e professionali) contenute nell'istituzione ospedaliera.

Metodi/Azioni

Il progetto-percorso di mediazione comunitaria ha preso in esame tre piani diversi delle relazioni che strutturano e circondano la cura: l'organizzazione interna dell'istituzione, le competenze linguistico-culturali e le competenze di mediazione. I riferimenti teorici sono interdisciplinari e trovano nelle teorie della riflessività e azione sociale e nella metodologia della ricerca azione gli spunti essenziali (Hersted et al. 2020, Gould e Taylor 2017, Redmond 2006). L'intervento sul piano organizzativo ha identificato i conflitti latenti in un Pronto Soccorso genovese (Ospedale Evangelico Internazionale di Genova OEIGE) allo scopo di facilitarne prevenzione e gestione all'interno delle relazioni professionali (équipe-direzione sanitaria-volontari) e con l'utenza. Un'analisi dei bisogni attraverso osservazione semi-partecipante, interviste e focus group (2017-18) è sfociata in una rappresentazione dei bisogni e dei conflitti comunicati o irrisolti e nella facilitazione di incontri specifici.

Un secondo intervento è stato il corso ECM "Lingue, Traduzioni e Mediazione in ambito sanitario" (2019). Il corso, rivolto a un gruppo dello staff OEIGE, è partito dalla pluralità di specificità biculturali e plurilinguistiche presenti tra il personale nell'ottica di analizzare la comunicazione medico-istituzionale aumentando le competenze pragmatiche, rilevando i bisogni di comunicazione all'interno della struttura ospedaliera e creando le basi per una messa in circolo delle competenze già presenti.

La dimensione sistemico-globale è stata oggetto di un Corso di Perfezionamento in Mediazione Comunitaria in ambiti sociali complessi dell'Università di Genova (2019, per un totale di circa 500 ore). Il corso, a orientamento interdisciplinare, era volto alla creazione e al potenziamento di competenze di mediazione in relazioni e comunità caratterizzati da una pluralità di soggetti, istanze, esigenze, procedure e ha visto la partecipazione anche di personale sanitario.

Risultati

Portando alla luce competenze già presenti ma non tematizzate, e creando competenze e visioni nuove, la mediazione comunitaria si propone come strumento di empowerment di soggetti dalle competenze molteplici in grado di relazionarsi all'Alterità e di prevenire i conflitti che sorgono dalla sua incomprensione.

Contatto: Nora Gattiglia (nora.gattiglia@gmail.com)

Una proposta metodologica nel lavoro con le persone sopravvissute alla tortura

PEPE L., COPPOLA A., DE ROCCO M., TAVIANI A.

Associazione Medici Contro la Tortura (MCT) - Roma

Introduzione e obiettivi

Nel fenomeno migratorio le persone sono spesso esposte a forme di violenza, tortura o trattamento inumano e degradante nel paese di origine o in quelli di transito. L'associazione Medici Contro la Tortura (MCT) si occupa dal 1999 della riabilitazione di sopravvissuti alla tortura, ne ha assistiti 2.400 in 20 anni con percorsi clinici della durata anche di vari anni. Attualmente si tratta di giovani adulti, provenienti per lo più dall'Africa Sub-Sahariana, dal Corno d'Africa e dal Kurdistan turco.

Obiettivo del presente studio è descrivere la metodologia di lavoro di MCT sviluppata nel corso degli anni per rispondere alle necessità delle persone sopravvissute alla tortura.

Metodi/Azioni

L'utente è accolto fin dalla prima visita da una equipe multidisciplinare (medico, assistente sociale, mediatore culturale, psicologo e/o psichiatra) che comunica immediatamente e visivamente alla persona la complessità della presa in carico. L'ascolto della domanda dell'utente, esplicita e implicita, è finalizzato a rispondere ai suoi differenti bisogni che non si limitano a quelli di un corpo colpito da curare, ma comprendono la sua sofferenza emotiva e le sue esigenze sociali. In questo modo il sintomo (fisico e non solo) lamentato può essere inquadrato più chiaramente come un tentativo di esprimere nuclei di esperienza dissociata presenti nella memoria del soggetto a un livello inconscio e non esprimibili a parole. All'utente è lasciata piena libertà di muoversi fra i vari piani di intervento per favorirne l'autonomia e il coinvolgimento attivo nel processo terapeutico e nelle scelte che lo riguardano.

La metodologia di MCT si realizza, inoltre, attraverso due esperienze di gruppo. L'una si propone di attivare un confronto fra gli utenti su vari temi di vita e di interesse comune, dando loro l'occasione di essere valorizzati come persone portatori di un sapere e non solo come soggetti portatori di un bisogno. L'altra mira a coinvolgere gli utenti in situazioni diverse da quella propriamente di cura, organizzando incontri di confronto su temi, ad esempio storico-politici, coinvolgendoli in percorsi di visita nella città, permettendo loro di "uscire" dall'ambulatorio e dal ruolo di paziente.

Risultati

La metodologia proposta ha come esito quello di non cristallizzare l'identità della persona in relazione al trauma vissuto, ma di operare un processo di transizione interna da "vittima di tortura a testimone della propria storia", favorendo un'integrazione anche sociale.

Conclusioni

Nei vent'anni di attività di MCT, la domanda di salute da parte dell'utenza si è resa sempre più complessa anche in ragione delle mutate dinamiche sociali, politiche ed economiche che sottendono la migrazione. Il metodo di intervento proposto consente di cogliere l'unicità di ogni persona e della sua esperienza e di pensare con lei un percorso che ne promuova la titolarità del percorso di cura e la riappropriazione della progettualità della propria vita.

Contatto: Luisa Pepe (luisa.pepe@virgilio.it)

La presa in carico del richiedente protezione internazionale e la gestione del rischio infettivo. L'esperienza dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica di Ravenna: strumenti organizzativi e formativi

CASAVECCHIA S.¹, SILVESTRINI G.¹, MARZULLI T.², REALI C.¹, SANTORO V.¹, BIGUZZI E.¹, MARESCALCHI M.¹, PICCININI B.¹, ANGELINI R.¹

¹ UO Igiene e Sanità Pubblica - AUSL Romagna; ² UO Cure primarie - AUSL Romagna

Introduzione e obiettivi

La prima visita del Richiedente Protezione Internazionale (RPI) e le prestazioni collegate (offerta delle vaccinazioni e gestione del rischio infettivo) rappresentano la prima, talvolta unica occasione di accesso al SSN per una popolazione giovane, in apparente buona salute. Nel 2019, al fine di uniformare le modalità organizzative e migliorare la qualità dei servizi erogati, l'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica di Ravenna (AUSL Romagna) ha realizzato un'esperienza pilota aziendale di revisione delle modalità organizzative per la presa in carico dei RPI ospiti dei centri di accoglienza.

Metodi/Azioni

Da marzo 2019 si è avviata una ricognizione delle pratiche aziendali. In seguito, tramite incontri con gli operatori coinvolti nella presa in carico del migrante, sono state revisionate e innovate le modalità organizzative del percorso, anche con la creazione di strumenti informatizzati per favorire l'adesione al percorso vaccinale e migliorare il monitoraggio sanitario.

Al fine di aumentare conoscenze e consapevolezza delle organizzazioni che operano territorialmente nell'accoglienza è stato avviato un percorso di avvicinamento tra l'Azienda Sanitaria e le realtà locali e offerta una formazione specifica sui temi della gestione del rischio infettivo.

Risultati

Nel corso delle riunioni tra i referenti sono state condivise le principali criticità gestionali, che riguardavano i contatti con i centri di accoglienza, le modalità di chiamata attiva alla vaccinazione, l'organizzazione della seduta vaccinale e la disponibilità delle informazioni in caso di focolai infettivi. Sono stati introdotti nuovi strumenti tra cui una cartella condivisa finalizzata alla raccolta dei dati relativi ai nuovi accessi e alle vaccinazioni eseguite.

È stato condiviso un nuovo schema comune di offerta vaccinale che, qualora la persona fosse completamente sprovvista di uno storico vaccinale, consentirebbe di concludere i vaccini necessari entro 9 mesi con un massimo di 5 accessi, garantendo il più possibile il completamento del percorso nel tempo dell'accoglienza.

Sul tema del rischio infettivo e della promozione della salute è stata avviata una formazione specifica per operatori dell'accoglienza ed è stato prodotto e condiviso con i referenti dei centri locali del materiale.

Conclusioni

Il lavoro ha avviato un processo di omogeneizzazione dei percorsi di presa in carico sanitaria dei migranti accolti nei centri locali. Gli incontri periodici permetteranno di strutturare l'interfaccia e aumentare la collaborazione tra gli operatori dei vari servizi che partecipano alla presa in carico. Dalle occasioni di confronto è scaturita una progettualità formativa e informativa per tutti gli operatori coinvolti, per migliorare le conoscenze e agevolare l'accesso ai servizi socio-sanitari degli utenti, orientandoli ad un uso appropriato dei servizi. La disponibilità del dato raccolto metodicamente permetterà di monitorare il lavoro, quantificarne il carico e contribuire a facilitare la presa in carico dei RPI sin dalla loro prima occasione di incontro con gli operatori della salute.

Contatto: Sara Casavecchia (sara.casavecchia@auslromagna.it)

Usa dei farmaci in un ambulatorio a bassa soglia di accesso per persone in condizioni di marginalità sociale

CIVITELLI G.¹, LIDDO M.¹, SANTORO V.¹, DA CAS R.², MENNITI IPPOLITO F.², IPPOLITI I.², GERACI S.¹

¹ Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma; ² Reparto Farmacoepidemiologia, Istituto Superiore di Sanità

Introduzione e obiettivi

Dal 1983 le strutture sanitarie della Caritas di Roma (poliambulatorio, centro odontoiatrico, servizio "ferite invisibili") hanno preso in carico e assistito circa 120.000 persone, prevalentemente immigrati in condizioni di fragilità giuridica e sociale, rom e senza dimora. I farmaci, raccolti tramite donazioni di privati, parrocchie, associazioni, vengono dispensati nella maggioranza dei casi agli stessi pazienti del Poliambulatorio, dietro presentazione di una prescrizione medica rilasciata da uno dei medici volontari. Nel 2019 è iniziato il progetto "Bisogni di salute e uso dei farmaci in un ambulatorio per persone afferenti ai servizi della Caritas di Roma in condizione di marginalità sociale" finanziato dalla Regione Lazio nell'ambito dei progetti di farmacovigilanza e condotto in collaborazione con il reparto di Farmacoepidemiologia e farmacosorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità. Obiettivo primario dello studio è quello di conoscere lo stato di salute, l'uso dei farmaci e le possibili reazioni avverse nella popolazione assistita presso i servizi sanitari della Caritas per migliorare l'aderenza ai trattamenti, organizzare l'assistenza e ottimizzare la distribuzione dei farmaci.

Metodi/Azioni

Il progetto, iniziato ad aprile 2019, prevede, entro tre anni, la realizzazione di un sistema informatizzato collegato alla scheda personale di ogni singolo utente che permetterà di incrociare le informazioni sociodemografiche di ogni paziente, alla diagnosi e alla prescrizione/utilizzazione di farmaci. Ai fini della realizzazione del progetto è anche previsto un percorso formativo specifico, già iniziato, per operatori e volontari del Poliambulatorio Caritas e del servizio farmaceutico.

Risultati

Nei primi 9 mesi del progetto sono stati assistiti 2.696 pazienti (67% uomini e 33% donne) da 103 nazioni diverse e sono state erogate 7.077 confezioni di farmaci, un terzo delle quali prodotti da banco. Risultati attesi sono il miglioramento delle attività del poliambulatorio, attraverso il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, e la realizzazione di un modello socio assistenziale con uno specifico programma computerizzato che possa essere esportato a realtà simili.

Conclusioni

Sull'uso dei farmaci in popolazioni in condizione di marginalità sociale e/o irregolarità giuridica, ci sono pochissimi studi e nessuna evidenza. Si tratta di un ambito che appare necessario studiare per quanto stabilito dalla Legge n.166 del 19/8/2016, cosiddetta legge "antisprechi": Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi che prevede all'articolo 15, la possibilità che organizzazioni non governative che si occupano di marginalità sociale, possano erogare farmaci a questa popolazione. Lo studio potrebbe avere importanti ricadute in termini di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di presa in carico terapeutica delle persone in situazioni di marginalità sociale.

Contatto: Salvatore Geraci(salvatore.geraci@caritasroma.it)

Il poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma: una palestra di salute globale

MUTTA I., LIDDO M., CIVITELLI G., MAISANO B., CASTRO CEDENO G., GERACI S.

Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma

Introduzione e obiettivi

I giovani studenti universitari possono svolgere un periodo di servizio volontario all'interno del Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma per persone in situazioni di marginalità sociale (ambulatorio STP/ENI della AslRm1) in diverse modalità: volontariato, tirocinio di 3 mesi attraverso il bando in collaborazione con le 4 sedi locali romane del SISM (Segretariato Italiano degli Studenti di Medicina), tirocini per studenti di altre facoltà, servizio civile. L'esperienza viene introdotta da una breve formazione su "Migrazione e salute", durante la quale si raccolgono anche le aspettative e le motivazioni dei partecipanti. Oltre all'esperienza presso il Poliambulatorio, dal 2010 è iniziato il tirocinio di "Salutesustrada", durante il quale gli studenti possono affiancare gli operatori Caritas nelle uscite serali per incontrare i senza fissa dimora. L'obiettivo di entrambi i tirocini, vere e proprie palestre di Salute Globale, è far conoscere la realtà della migrazione e della povertà e sviluppare le capacità relazionali dei futuri professionisti sanitari, in particolare con persone in situazioni di marginalità estrema. Ogni tirocinio si conclude con un incontro di condivisione e valutazione dell'esperienza.

Metodi/Azioni

A seguito di una prima analisi delle motivazioni dei giovani volontari, nel 2019 è stato elaborato ed inviato via mail un questionario di valutazione a distanza di tempo dell'esperienza svolta presso il Poliambulatorio. Le risposte sono state analizzate sia a livello quantitativo che qualitativo, attraverso le tre categorie dell'apprendimento: conoscenze (knowledge), abilità (skills) e attitudini (attitudes).

Risultati

Tra il 1983 e il 2017, 1.310 giovani tra i 19 e i 29 anni hanno svolto un'esperienza presso il Poliambulatorio della Caritas. Di queste, è stato possibile raggiungere via mail 763 persone e sono state ricevute 107 risposte, di cui 90 da parte di chi ha frequentato la struttura negli ultimi 20 anni. Il 95% dei rispondenti ha detto di essere molto soddisfatto dell'esperienza, il 93% ha dichiarato di essere stato influenzato nelle sue scelte personali e l'84% nelle sue scelte professionali. I commenti qualitativi hanno permesso di evidenziare come il tirocinio abbia favorito l'acquisizione di conoscenze relative alla realtà della migrazione e della marginalità, di abilità relazionali e di collaborazione, di attitudini nei confronti delle persone fragili e verso la futura professione. Inoltre l'esperienza ha suscitato domande profonde e provocanti nei partecipanti.

Conclusioni

Esperienze formative come il tirocinio o il volontariato svolto in un ambulatorio a bassa soglia di accesso (esperienze di service learning o di community based education), per persone in situazioni di marginalità sociale permettono di sperimentare un approccio di salute Globale e possono influenzare positivamente futuri professionisti sanitari ed indirizzare le loro scelte personali e professionali nell'impegnarsi a favore di una maggiore giustizia sociale.

Contatto: Irene Mutta (irene.mutta@gmail.com)

Tempora mutantur et nos mutamur in illis: un ambulatorio a bassa soglia con più di cent'anni

BRUSSI V.¹, PILUTTI G.¹, PISCHIUTTI A.¹, PITZALIS G.²

¹ Medicina Sociale, Dipartimento di Prevenzione, ASUFC; ² GrIS FVG, SIMM

Introduzione e obiettivi

L'attuale servizio di Medicina Sociale, ultima tappa dell'evoluzione del Dispensario Antitubercolare sorto a Udine nel 1909, ha continuamente riorientato la sua attività, mantenendo immutata l'impronta originaria di un servizio di sanità pubblica rivolto alle fasce deboli della popolazione, aperto a tutti, con accesso a bassa/bassissima soglia, senza discriminazioni culturali, senza impegnativa, senza appuntamento e senza necessità di particolari documenti. L'attenzione e la sensibilità degli operatori sono, da sempre, rivolte non solo alle problematiche sanitarie, ma anche a quelle socioeconomiche, determinanti per la salute degli utenti e della comunità. Questo orientamento ha imposto la costruzione di un lavoro di rete con altri soggetti, istituzionali e del terzo settore, per realizzare una presa in carico integrata e multidisciplinare e per garantire accessibilità e fruibilità dei servizi ai più vulnerabili e marginali.

Metodi/Azioni

Attualmente la Medicina Sociale, servizio collocato all'interno del Dipartimento di Prevenzione-SOC Igiene e Sanità Pubblica dell'ASUFC, svolge attività di:

- Prevenzione, diagnosi precoce e follow up della malattia tubercolare e dell'infezione tubercolare latente (ITL).
- Screening per malattie infettive, croniche e metaboliche (come da linee guida nazionali), completamento calendario vaccinale, in raccordo con i MMG e i PLS, prima accoglienza sanitaria dei richiedenti asilo/rifugiati, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta.
- Ambulatorio di assistenza primaria per i soggetti privi di iscrizione al SSN (migranti ed autoctoni indipendentemente dalla condizione giuridica o amministrativa) con possibilità di rilascio dei codici ENI/STP.
- Ambulatorio a bassa soglia di counselling e screening per le MST, con presa in carico, in collaborazione con la Clinica di malattie infettive, dei soggetti HIV positivi con problematiche sociali.
- Rete con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio, partecipazione a tavoli di lavoro regionali e locali (tutela salute migranti, accoglienza vulnerabili, accertamento età MSNA, consiglio territoriale immigrazione, tavolo amministrativi).
- Formazione di operatori sanitari e sociali e di mediatori per promuovere un approccio transculturale e multidisciplinare alla salute e una educazione sanitaria plurilingue.

Risultati

Flessibilità del servizio, integrazione con il territorio, bassissima soglia d'accesso permettono anche alle fasce più marginali della popolazione di fruire del diritto alla salute e accedere alla sanità pubblica.

Conclusioni

Nella consapevolezza che, in questa fase di transizione epidemiologica e di fragilità sociale, spetti alla sanità pubblica garantire stabilità e sicurezza di un'offerta che contrasti le disuguaglianze, tutte le attività del servizio di Medicina Sociale sono svolte da operatori dipendenti del servizio sanitario regionale, affiancati, da oltre vent'anni, da mediatori culturali formati e convenzionati con l'Azienda sanitaria.

Contatto: Alice Pischiutti (alice.pischiutti@asufc.sanita.fvg.it)

Il Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL di Parma per la presa in carico integrata delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale (CISS): evoluzione di un modello organizzativo

CORSARO A.¹, VESCO S.², MENOZZI S.², FRATI F.¹

¹ Spazio Salute Immigrati AUSL Parma; ² Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione internazionale di Parma e Provincia Onlus

Introduzione e obiettivi

A seguito del progetto nazionale "Lontani dalla Violenza", CIAC (Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione internazionale) e AUSL di Parma firmano nel 2009 un protocollo di intesa che inaugura per la prima volta in Italia un Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario (CISS) finalizzato alla presa in carico integrata delle vittime di tortura, frutto della pluriennale collaborazione tra lo Spazio Salute Immigrati e CIAC nella presa in carico socio-sanitaria della popolazione migrante nel territorio della provincia di Parma.

Negli anni, il modello ha intercettato nuovi bisogni rispondendo alle trasformazioni del fenomeno migratorio (Emergenza Nord Africa nel 2011; categoria SPRAR, disagio mentale; vittime di Tratta dal 2017) ed ha integrato al suo interno numerosi servizi territoriali afferenti all'area delle cure primarie, del sociale e del terzo settore. Focus del presente studio è l'analisi del processo di presa in carico dal dicembre 2015, momento di inizio della raccolta dati, al luglio 2019.

Metodi/Azioni

Il CISS si riunisce bimestralmente per discutere casi di elevata complessità e fragilità sociosanitaria, intercettati tra i pazienti afferenti sia allo Spazio Salute Immigrati o ad altri servizi socio sanitari territoriali, sia tra gli ospiti delle strutture di accoglienza.

Tramite un approccio multidisciplinare, multidimensionale e culturalmente sensibile vengono elaborati percorsi individualizzati che, oltre alla presa in carico sanitaria, interessano quanto più possibile i determinanti sociali ed economici della salute, a partire dall'accoglienza in strutture abitative, l'assistenza legale, la conoscenza della lingua italiana, l'avviamento al lavoro, il sostegno alla famiglia.

Risultati

Da dicembre 2015 a luglio 2019 l'equipe ha discusso 185 casi (134 maschi e 51 femmine) ad elevata complessità con un'età media di 26 anni. La vulnerabilità prevalente era per il 34% correlata al disagio mentale e per il 17% ad una problematica sanitaria. Il 22% dei casi erano vittime di violenza o tortura, il 9% vittime di tratta mentre il 7% erano minori stranieri non accompagnati.

Il 99% dei casi presentati sono stati presi in carico attivando e coinvolgendo, a seconda delle vulnerabilità rilevate, oltre allo Spazio Salute Immigrati, CIAC e i Servizi Psichiatrici dell'AUSL Parma anche i Servizi Sociali del Comune di Residenza, il Tribunale dei minori e la Prefettura, lo sportello asilo territoriale, il servizio anti tratta, centro antiviolenza, sportello Informa-stranieri, diversi centri di formazione (per laboratori o corsi di avviamento al lavoro), altri enti di accoglienza e tutela, dormitori comunali, associazioni di volontariato e società civile.

Conclusioni

Una presa in carico integrata multidisciplinare ed intersettoriale rappresenta un modello adeguato per rispondere al bisogno complesso, favorendo l'emersione della vulnerabilità e l'esigibilità del diritto alla salute.

Contatto: Silvia Vesco (silvia.vesco@ciaconlus.org)

Bisogni di salute e qualità percepita della presa in carico nei/nelle Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI). Indagine qualitativa Progetto G-START

MARCHETTI F.¹, ZAMBRI F.¹, CAREDDA E.², COIA M.², PERRA A.², CELMI R.³, GIUSTI A.¹, CON G-START WORKING GROUP^{1,2,3}

¹ CNAPPS - Istituto Superiore di Sanità; ² Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 5; ³ Unità Migrazione e Salute – Organizzazione Internazionale per le Migrazioni.

Introduzione e obiettivi

Il flusso migratorio verso l'Europa ha assunto dimensioni notevoli e Paesi ospitanti come l'Italia cercano di fornire a questa popolazione un'assistenza adeguata che risponda a specifici bisogni. Avere informazioni sulle esperienze e le percezioni dei/delle RTPI relative ai sistemi sanitari del Paese ospitante, migliora la qualità dell'assistenza fornita. Obiettivi dello studio sono: esplorare i bisogni di salute, intesi nella loro accezione bio-psico-sociale, e la qualità percepita dell'assistenza e delle attività di prevenzione e promozione della salute dalla prospettiva dei/delle RTPI.

Metodi/Azioni

L'indagine è stata realizzata nell'ambito del progetto "G-START - Governance, Salute, Territorio, Accoglienza per RTPI: sperimentazione di un modello". Lo studio è di tipo qualitativo descrittivo, ha utilizzato un campionamento teorico e ha coinvolto gli/le RTPI nelle strutture di accoglienza afferenti al territorio della ASL RM5. I dati sono stati raccolti mediante Focus Group (FG), condotti in lingua inglese, italiana e francese con una durata di 90-120 minuti. Dopo aver ottenuto il consenso informato, i FG sono stati audio-registrati. I dati sono stati analizzati con metodo deduttivo e induttivo mediante il software NVivo 12 Plus. Le caratteristiche socio-anagrafiche dei/delle partecipanti sono state raccolte in forma anonima.

Risultati

Ai FG hanno partecipato 50 RTPI (25 donne e 25 uomini), di diversa origine, con un'età media di 29,6 anni. Sono stati realizzati 4 FG: 2 con uomini, 1 con donne e 1 con vittime di tratta e hanno incluso famiglie. Tra i principali risultati è emerso: difficoltà nell'orientamento all'interno del SSN, spesso per una carenza di informazioni, barriere all'accesso ai servizi tra cui lunghe liste d'attesa; barriere linguistiche e barriere transculturali; possibilità di adottare stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica); accesso alla presa in carico da parte dei Consulitori nel percorso nascita; ridotta disponibilità di metodi contraccettivi. I dati emersi dal FG realizzato con donne vittime di tratta hanno evidenziato i problemi specifici di questo gruppo ad alta vulnerabilità, tra cui la violenza domestica e l'accesso alle IVG. La mancanza di una mediazione culturale rende difficile la comunicazione con i/le professionisti/e sanitari/e. I principali problemi di salute emersi sono stati di natura psichiatrica, ortopedica e odontoiatrica.

Conclusioni

I risultati preliminari dello studio permettono di individuare i principali bisogni di salute dei/delle RTPI, nonché la loro percezione circa l'accesso ai servizi e la qualità dell'assistenza ricevuta. Nell'ambito del progetto G-START, i FG hanno rappresentato un'occasione per far emergere alcune problematiche dei/delle RTPI e, di conseguenza, attivare la presa in carico di casi specifici e a livello di sistema. Gli sviluppi futuri saranno orientati a progettare percorsi di risposta e di presa in carico di qualità, efficaci e sostenibili.

Contatto: Angela Giusti (angela.giusti@iss.it)

Lo screening di salute mentale tra le Vittime di Violenza Intenzionale (VVI) nell'ambito del progetto ICARE

CARNEVALI R., FINELLI F., MAGGIO TUMMIOLO M., VERCILLO E., SANTONE G.

UOSD Centro SAMIFO - ASL Roma 1

Introduzione e obiettivi

I.C.A.R.E. – Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency - è un progetto a valenza nazionale finanziato da FAMI Emergency che coinvolge i Ministeri della Salute e dell'Interno, le Regioni Emilia Romagna (coordinatrice), Toscana, Sicilia e Lazio. L'obiettivo generale consiste nel realizzare percorsi interdipartimentali e multidisciplinari per migliorare l'accesso ai servizi sanitari di richiedenti e titolari di protezione in condizioni di vulnerabilità. Alla realizzazione delle attività per la Regione Lazio hanno aderito 7 ASL. Fra queste la Roma 1 è delegata a rappresentare la Regione. A sei mesi dall'inizio del progetto presso il Centro SAMIFO, struttura sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1, è stato riscontrato un basso numero di consulenze nell'ambito della salute mentale nelle VVI. Come descritto in letteratura, le VVI sviluppano PTSD nel 30-45% dei casi (Steel et al, 2009; Johnson&Thompson, 2007; Schubert&Punamäki, 2016). Si ipotizza una criticità durante le prime visite di medicina generale, ginecologia, ortopedia e medicina legale nello screening sulla salute mentale delle VVI e perciò una carenza di invii a valutazione specialistica, prevista come indicatore nel 30% dei casi.

Metodi/Azioni

Sono stati inclusi nello studio i pazienti VVI reclutati al SAMIFO nei primi 6 mesi di progetto e visitati entro i 30 giorni precedenti o successivi alla compilazione della scheda I.C.A.R.E., al fine di determinare se alle prime visite effettuate seguisse un invio a professionisti della salute mentale interni al Centro.

Risultati

Sono stati selezionati dal database di progetto 134 pazienti su 301, di questi 20 hanno effettuato almeno una visita psicologica/psichiatrica. Le VVI sono risultate 46, tra queste, 9 sono state visitate da uno specialista di salute mentale, di queste 8 sono arrivate al nostro servizio già con una richiesta di visita psicologica o psichiatrica. Quindi solo un caso è un invio successivo.

Conclusioni

Basandosi sui dati di letteratura esposti in precedenza, si ritiene rilevante lo scarso accesso delle VVI alle consulenze di salute mentale all'interno del servizio. Ciò evidenzia la necessità di incentivare l'attività di screening sulle patologie mentali tra le VVI. Infatti, la non individuazione di sintomi psicologici/psichiatrici nelle VVI può portare al mancato riconoscimento precoce di disturbi mentali con conseguente assenza o ritardo di assistenza e presa in carico.

Per risolvere tale criticità è stato sviluppato un questionario di 13 domande (a risposta positiva o negativa) su sintomi psichiatrici/psicologici generici. Tale strumento è stato introdotto nelle prime visite per consentire un rapido e adeguato screening sulla salute mentale, al quale possa fare eventualmente seguito un invio appropriato al personale specialistico per una valutazione approfondita. I risultati di tale strategia correttiva saranno valutati tra 6 mesi.

Contatto: Rossella Carnevali (rossella.c@hotmail.it)

Progetto START 2.0 Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di Protezione Internazionale

CASTELLI D.², VAGNI S.², INDELICATO A.², CAPONE S.¹, ALESSANDRINI L.², BRUNO V.², CHIESI S.², CASTELLI F.¹, ROSSI S.³, EL HAMAD I.^{1,2,3}

¹ U.O. Malattie Infettive e Tropicali, ASST Spedali Civili di Brescia; ² Progetto START 2.0, ASST Spedali Civili di Brescia; ³ Struttura Semplice di Medicina Transculturale e Malattie a Trasmissione Sessuale

Introduzione e obiettivi

Il Progetto START 2.0, naturale prosecuzione del primo Progetto START (2016 – 2018), è finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020. L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Spedali Civili di Brescia ne è il capofila in collaborazione con Associazione ADL a Zavidovici, IRCCS FateBeneFratelli, Cooperativa La Vela e Fondazione ISMU. Si sviluppa in un momento di mutamenti socio-politici caratterizzato da un drastico calo degli sbarchi a partire dal 2017.

Metodi/Azioni

La strutturazione di un modello di presa in carico psico-socio-sanitaria integrata dei bisogni legati alla Salute fisica e mentale dei Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) adulti e minori in condizioni di vulnerabilità. Il progetto si propone di: migliorare la qualità della presa in carico dei destinatari, rinforzare il *network* territoriale preesistente, incrementare gli strumenti conoscitivi degli operatori socio-sanitari dei centri d'accoglienza e delle Istituzioni e creare un modello di Informazione, Educazione, Comunicazione (IEC) rivolto ai RTPI.

Risultati

Ottenuta la mappatura dei Centri di Accoglienza (CA), è stata resa disponibile l'Unità Mobile ed è stato potenziato l'ambulatorio migranti già esistente. Il modello progettuale si basa su una doppia strategia di intervento: passiva mediante la presa in carico nell'ambulatorio stanziale dedicato dei RTPI inviati dai CA, ed attiva ad opera di una équipe multidisciplinare itinerante su Unità Mobile. Entrambi gli interventi si avvalgono della mediazione linguistico-culturale (MLC) e comprendono: la definizione della condizione giuridica, la valutazione delle situazioni di vulnerabilità psico-sociali, la visita medica iniziale, lo screening per patologie diffusibili nonché l'invio alle strutture sanitarie di secondo livello.

Ad oggi sono state effettuate 24 riunioni d'équipe, 3 Cabine di Regia e 30 interventi di sensibilizzazione sul territorio. Sono stati raggiunti 539 RTPI, di cui l'81,6% maschi, con età mediana di 26 anni (IQR 22-31). Tra questi, 40 erano minori. Le provenienze sono: 147 Nigeria, 61 Pakistan, 47 Gambia, 46 Senegal, 38 Mali, 31 Costa D'Avorio, 19 Somalia, 19 Guinea, 18 Bangladesh, 17 Ghana, 15 Camerun, 9 Iraq e 72 altri paesi.

È stato inoltre attivato un pacchetto di formazione per gli operatori e un modello innovativo di alfabetizzazione sanitaria per i destinatari. Dei 12 moduli di formazione previsti nella prima edizione, ne sono stati realizzati 9 che hanno coinvolto 136 operatori socio-sanitari. Al momento 32 RTPI hanno partecipato attivamente a lezioni frontali di alfabetizzazione sanitaria.

Gli interventi di MLC sono stati 440. Tutte le attività progettuali sono riportate in una cartella clinica informatizzata appositamente creata, denominata StartApp.

Conclusioni

L'implementazione di progetti innovativi con approccio multidisciplinare appare più che mai necessaria per una più efficace azione di presa in carico integrata dei RTPI.

Contatto: Deborah Castelli (deborah.castelli.01@gmail.com)

Progetto FAMI "G-START: Governance, Salute, Territorio, Accoglienza per Richiedenti e Titolari di protezione internazionale (RTPI): sperimentazione di un modello". La sostenibilità locale dell'assistenza ai migranti

CAREDDA E.¹, ZAMBRI F.², MARCHETTI F.², COIA M.¹, GIUSTI A.², CELMI R.³, MASI L.¹, E PERRA A.¹ CON G-START WORKING GROUP^{1,2,3}

¹ Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 5; ² Istituto Superiore di Sanità; ³ Organizzazione Internazionale per le Migrazioni

Introduzione e obiettivi

Secondo i dati del Ministero dell'Interno, il Lazio ospita il 9% dei RTPI presenti in Italia. Nel territorio dell'ASL Roma 5, la presenza di 16 strutture di accoglienza con oltre 600 migranti, ha giustificato il Progetto G-START (FAMI) con vocazione territoriale e attenzione ai casi di vulnerabilità psicosociale, i cui obiettivi sono la tutela e la promozione della salute dei migranti e specificatamente l'attuazione di un modello di governance locale per l'accoglienza, il miglioramento di accesso, qualità, efficacia e continuità all'assistenza, la promozione dell'accesso ai servizi da parte dei RTPI.

Metodi/Azioni

Sui dati dell'analisi di contesto (CAS e SIPROIMI) e della valutazione quali-quantitativa dei bisogni di salute RTPI, rilevati anche con dei focus group, si è costruito un percorso formativo del personale socio-sanitario impiegato nel progetto ai fini della costituzione e dell'operatività di un Team Multidisciplinare e Multidimensionale (MDMD), previsto a livello distrettuale, per le attività assistenziali e di prevenzione. Un Tavolo Tecnico per la Salute e l'Accoglienza (TASAC) opera per l'ideazione e l'attuazione di un modello di governance coinvolgendo tutti i referenti istituzionali del sistema di accoglienza.

Risultati

I rapporti di collaborazione con le strutture di accoglienza sta favorendo la costruzione di un sistema modellato anche grazie alle informazioni raccolte dagli stessi RTPI di cui sono stati indagati i bisogni biopsicosociali, i problemi di salute e le risposte percepite ai bisogni di salute, quali problematiche legate all'alimentazione, alla ridotta disponibilità di metodi contraccettivi e all'inappropriata presa in carico a causa delle barriere all'accesso ai servizi. L'applicazione del RHS-15, test validato per lo screening della vulnerabilità psicosociale, indica positività molto più elevata dell'atteso. Nei centri di accoglienza, il team MDMD ha affrontato situazioni cliniche emergenti migliorando l'efficacia nella presa in carico. Per il personale ASL e dell'accoglienza sono stati organizzati corsi di formazione sul burnout e sulla vulnerabilità psicosociale nei contesti migratori, fornendo gli strumenti necessari per la presa in carico e per la costruzione della rete di assistenza a RTPI. Due corsi di empowerment rivolti ai RTPI e basati sulla peer education mirano a consentire migliore accesso e utilizzo delle informazioni sanitarie per lo sviluppo di azioni di informazione, educazione e comunicazione.

Conclusioni

Le attività finora realizzate hanno evidenziato bisogni di salute e ostacoli all'accesso ai servizi degli RTPI. Grazie al TASAC, e al coinvolgimento attivo di beneficiari/e, il Progetto G-START sta sperimentando un modello di governance attraverso la costruzione di percorsi per le specifiche vulnerabilità ai fini della presa in carico locale di RTPI in un'ottica di sostenibilità e trasferibilità. A breve, una Citizen Consultation coinvolgerà la popolazione dei Comuni che ospitano i centri di accoglienza nelle attività di progetto.

Contatto: Emanuele Caredda (emanuele.caredda@gmail.com)

“Accogliere e curare”? L'esempio di due ambulatori nelle Marche

ANGELETTI M., MAZZETTA M.L., SGARRO G.

GrIS Marche

Introduzione e obiettivi

La salute è un diritto di tutti, ma purtroppo, chi è più debole economicamente, spesso non riesce a permettersi cure adeguate, trascurando anche semplici disturbi che potrebbero nascondere serie patologie. Grazie ad alcuni professionisti della salute (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, farmacisti ed ostetriche) ed alle donazioni di molti cittadini, sono nate nelle Marche due valide strutture a sostegno della povertà e del disagio socio-economico: l'ambulatorio solidale Paolo Simone-Maoundode' della Caritas di Senigallia e l'ambulatorio del Centro di Ascolto per la Salute della Caritas di Pesaro.

L'ambulatorio Solidale Paolo Simone Maoundode', nato da una iniziativa spontanea di medici e infermieri, grazie al sostegno della Fondazione Caritas, si occupa da due anni di fornire prestazioni sanitarie e mediche gratuite a persone vulnerabili e a famiglie in difficoltà economica. Anche la Caritas Diocesana di Pesaro da alcuni anni ha individuato e investito risorse per il diritto alla salute attraverso un ambulatorio che fornisce visite specialistiche, farmaci ed esami diagnostici essenziali. Obiettivo di questo nostro lavoro è la dimostrazione della crescente necessità da parte della popolazione di accedere a queste strutture sanitarie nate non per sostituirsi al Sistema Sanitario Nazionale, ma per sostegno ci auguriamo momentaneo.

Metodi/Azioni

La ricerca è stata condotta attraverso il numero di visite mediche eseguite negli ultimi anni nei due ambulatori.

Nell'ambulatorio di Senigallia è stato esaminato il periodo dal 19/03/2018 (giorno di apertura) al 03/02/2020 tenendo conto del numero delle visite specialistiche e generalistiche, della nazionalità e del sesso dei pazienti.

I dati dell'ambulatorio di Pesaro riguardano invece il numero di prestazioni mediche e l'acquisto di farmaci dal 2015 al 2019.

Risultati

Nell'ambulatorio di Senigallia sono state effettuate dal 19/03/2019 al 03/02/2020, 1023 visite. Nel 2019 sono state effettuate 559 visite delle quali 394 generalistiche e 165 specialistiche. Il numero totale dei pazienti è stato di 287 (95 italiani e 192 stranieri), 188 di sesso maschile e 99 di sesso femminile. Le nazionalità maggiormente presenti sono risultate Romania (35), Tunisia (21), Pakistan (20), Marocco (14), Nigeria (12), Polonia (11), Afghanistan (8), Senegal (7), Georgia (6), Bangladesh (4), Cina (4). Nell'ambulatorio di Pesaro da 210 visite mediche del 2015 siamo passati a 790 visite mediche nel 2019 ed ad una crescita direttamente proporzionale di distribuzione di farmaci.

Conclusioni

Il numero elevato di accessi monitorato nei primi due anni di apertura dell'ambulatorio di Senigallia e l'aumento costante di accessi e distribuzione di farmaci negli anni 2015-2019 nell'ambulatorio di Pesaro, denota la crescente necessità da parte di soggetti vulnerabili, non solo stranieri, senza residenza o documenti regolari, ma anche italiani che non hanno possibilità economiche sufficienti di poter usufruire di farmaci, o di prestazioni diagnostiche strumentali o specialistiche. La mancanza di un tetto, di un lavoro, di una rete sociale e di una stabilità economica, spesso si accompagna all'insorgenza di patologie croniche (malattie cardiovascolari, diabete, problemi respiratori, disturbi psichici) che debbono essere curate e diagnosticate per evitare dannose conseguenze.

Contatto: Margherita Angeletti (angeletti.margherita@gmail.com)

Intervento psico-sociale ed emersione della violenza sessuale di genere nelle persone migranti. L'esperienza del progetto "Pro-Access 2019. Improve access to sexual and reproductive health services for refugees and asylum seekers who are sexual and gender

FLORIDIA G., LUCIANO N., DI DIO D., SCALIA F., LONGO M., MANULI M., SCALZO S., CEESAY K., SLEEMANKHEL A., BEN DHIAB S., PETRELLI G., BELLISSIMO F.

LILA Catania Onlus, Lega Italiana Lotta Aids

Introduzione e obiettivi

L'intervento psico-sociale promuove le capacità di sviluppo dell'essere umano, permettendo di esercitare controllo sull'ambiente circostante, di migliorare la qualità della vita, di dotare l'individuo di strumenti per realizzare cambiamenti. Nella popolazione migrante sopravvissuta a violenza sessuale e di genere (SGBV) potrebbe ridurre le conseguenze della violenza sociale, prevenire il rischio di ulteriori traumi e promuovere la cura e il recupero della persona. Il Progetto Pro-Access, oltre a favorire l'accesso alle strutture pubbliche delle persone migranti con infezione sessualmente trasmessa o psicologicamente sintomatiche per traumi da SGBV, aveva l'obiettivo di trovare una modalità di intervento psico-sociale capace di facilitare l'emersione della SGBV.

Metodi/Azioni

Un team interdisciplinare (2 medici, 2 assistenti sociali, 2 psicologi, 3 mediatori culturali) ha condotto colloqui psico-sociali per individuare gli ostacoli all'emersione della violenza subita e elaborare un modello di intervento.

Risultati

Nell'ambito del Progetto sono stati condotti 384 colloqui che hanno permesso di identificare alcuni fattori che possono ostacolare l'emersione della SGBV: 1) paura dello stigma sociale e senso di vergogna; 2) ostacolo culturale al riconoscimento della SGBV come violazione dei diritti della persona; 3) inefficienza della rete multisettoriale (servizi non adeguati, operatori non preparati a dare risposte integrate).

È stato elaborato il seguente modello di intervento per neutralizzare i fattori di ostacolo a partire dalla prima richiesta d'aiuto:

- Primo colloquio volto a presentare i servizi offerti e a definire la natura della richiesta da parte del sopravvissuto a SGBV. È caratterizzato da modalità d'accoglienza amichevoli, finalizzate all'acquisizione della fiducia. Viene seguito da un lavoro di rete che coinvolge diverse figure professionali pubbliche e private.
- Offerta del test rapido salivare HIV e HCV, accompagnata da sessioni di counselling, durante le quali viene introdotto il tema della violenza sessuale; vengono descritti, in questa fase, gli effetti che la violenza può determinare dal punto di vista sociale, psicologico e fisico e rappresenta il momento privilegiato per la condivisione delle esperienze di SGBV.

Conclusioni

I migranti sono portatori di bisogni complessi che richiedono interventi articolati. Soddisfare i bisogni sociali e di salute, facilita la presa in carico della persona migrante. Favorire l'emersione della storia di SGBV non comporta necessariamente un'immediata presa in carico psicologica. Tuttavia, l'acquisizione di consapevolezza su alcuni sintomi attribuibili a traumi subiti è comunque un intervento importante di empowerment. Nel nostro lavoro con i sopravvissuti a SGBV questo approccio ha facilitato il racconto delle storie di violenza subita da parte delle persone migranti, permettendo la presa in carico psico-sociale di molti di loro.

Contatto: Francesco Bellissimo (francescobell78@gmail.com)

Due ambulatori, una città: confronto tra due realtà socio-sanitarie attraverso l'analisi delle variabili che influenzano la pratica clinica e il loro ruolo nelle scelte terapeutiche

ALBANO A.¹, SGOBBISSA B.², CAPPELLETTI D.³, KONTOGIANNIS D.³, VASCOTTO A.³, BARDARI S.⁴

¹ Infermiera Volontaria DonK; ² Medico di Continuità Assistenziale, Ospedale San Polo Monfalcone (ASU GI);

³ Medico volontario DonK; ⁴ Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Santa Maria degli Angeli Pordenone.

Introduzione e obiettivi

Don Kisciotte (DonK Humanitarian Medicine) è un'associazione di medici volontari che opera sul territorio di Trieste, offrendo assistenza sanitaria gratuita. La popolazione afferente ai nostri ambulatori è rappresentata soprattutto da stranieri.

I due ambulatori dove vengono visitati i migranti, si caratterizzano per tratti peculiari: uno è l'ambulatorio a "Casa Malala", centro di prima accoglienza situato sul confine italo-sloveno, punto nevralgico di arrivo dalla Rotta Balcanica, l'altro è l'ambulatorio al "Centro Diurno di Via Udine", nei pressi della stazione centrale, punto di transito per arrivi e partenze verso altri Paesi.

L'obiettivo è indagare le variabili che influenzano la pratica clinica nell'ambito della medicina delle migrazioni e come sfruttarle per modulare le scelte terapeutiche ai fini di una presa in carico globale e mirata del singolo paziente migrante, per migliorare l'organizzazione delle strutture socio-sanitarie e il coordinamento tra strutture private e pubbliche.

Metodi/Azioni

Abbiamo confrontato la popolazione che ha avuto accesso ai due ambulatori dal 2 gennaio al 10 febbraio 2020, analizzando per ciascun ambulatorio le diverse variabili, talune legate all'ambulatorio (localizzazione, accessibilità, materiali e farmaci a disposizione), altre legate al paziente migrante (progetto migratorio, situazione giuridica, eventuali seconde visite, background psico-fisico).

Risultati

È emerso che il numero di migranti afferiti all'ambulatorio di Casa Malala è stato pari a 42. Casa Malala, in virtù della sua localizzazione sul confine italo-sloveno, è più accessibile per gli stranieri accolti nella struttura di accoglienza e che risultano richiedenti asilo/dublinanti.

Si è evidenziata una miglior continuità terapeutica con un rapporto visite/pazienti 1,26. Le patologie più rappresentate sono di tipo internistico (26,4%) e osteoarticolare (20,8%). La nazionalità più rappresentata è il Pakistan (59,5%). Il numero medio di visite a giornata è 4,8.

La popolazione migrante afferente in Via Udine è stata pari a 55 persone. L'ambulatorio si trova nel centro città ed è maggiormente accessibile per le persone in transito. Per questi pazienti è emerso che la continuità della cura risulta più complessa, con maggiori difficoltà nella presa in carico globale. Il tipo di cura e le strategie terapeutiche messe in atto sono più mirate a raggiungere la maggiore efficacia nel minor tempo possibile. Il rapporto visite/pazienti è stato di 1,13, le patologie più rappresentate sono state di tipo dermatologico (29%) e internistico (25,8%) e in una percentuale rilevante di casi sono state effettuate unicamente delle medicazioni (9,7%). La nazionalità più rappresentata è stata l'Afghanistan (29,1%), il numero medio di visite a giornata è stato di 5,2.

Conclusioni

Si è osservato che la pratica medica è influenzata da variabili correlate al setting ambulatoriale sia da variabili correlate alla popolazione migrante afferente (il progetto migratorio, il profilo giuridico e il background psico-fisico). Tener conto di queste variabili incentiverebbe le strutture socio-sanitarie a considerare il paziente migrante nella sua totalità, integrando dati clinici ed elementi personali per raggiungere un coordinamento ragionato tra le strutture volontarie/private e statali/pubbliche.

Contatto: Alessia Albano (albanoalessia9@gmail.com)

Don Kisciotte contro i mulini a vento: assistenza sanitaria gratuita per immigrati e richiedenti asilo nella città di Trieste nel 2019: diagnosi e terapia

SGORBISSA B.¹, ALBANO A.², AVOLIO F.³, CORNELIO G.⁴, STELLA M.⁵, PRINCIP E.⁶, CHIODO GRANDI F.⁴, TORREGIANI C.⁷, COLLARETA A.⁴, CARRARO M.⁴, SETTIN C.⁸, CAPPELLETTO D.⁴, TESOLIN L.⁹, FERZ M.⁴, UKOSIC M.⁴, MARCHIORI M.², BISCARO M.¹⁰, KONTOGIANNIS D.⁴, WASSERMANN S.¹¹, GOBBATO P. E.¹², BARDARI S.¹³

¹ Medico di Continuità Assistenziale, Ospedale San Polo Monfalcone (ASU GI); ² Infermiera Volontaria DonK; ³ Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione, Ospedale Santa degli Angeli Pordenone; ⁴ Medico volontario DonK; ⁵ Medico Specializzando in ARTA, Ospedale di Cattinara (ASU GI); ⁶ Medico Specializzando malattie Infettive, Università degli studi di Sassari; ⁷ Medico in Malattie dell'apparato respiratorio, Ospedale di Cattinara Trieste (ASU GI); ⁸ Medico Specializzando in Geriatria, Ospedale di Cattinara Trieste (ASU GI); ⁹ Dirigente Medico, Ospedale di Bolzano ¹⁰ Medico di Continuità Assistenziale, Ospedale di Treviso (ULLS) ¹¹ Medico di Medicina D'Urgenza ed Emergenza, Ospedale di Cattinara Trieste (ASU GI); ¹² Direttore dell'ARTA, Ospedale San Polo Monfalcone (ASU GI) ¹³ Dirigente Medico, Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Santa Maria degli Angeli Pordenone

Introduzione e obiettivi

Don Kisciotte (DonK Humanitarian Medicine, Donk HM) è un'associazione di operatori sanitari e medici specialisti in differenti discipline, che offre assistenza sanitaria gratuita per richiedenti asilo in attesa di tessera sanitaria nella provincia di Trieste e per tutte le persone che si trovano escluse dal SSN. Anche nel 2019 i dati raccolti dall'Associazione Don Kisciotte, che offre assistenza sanitaria per i richiedenti asilo accolti nella Struttura di Casa Malala, offrono una fotografia dello stato di salute dei migranti provenienti in gran parte dalla "Rotta Balcanica".

Metodi/Azioni

Dal gennaio 2019 al Dicembre 2019 sono stati raccolti i dati delle visite offerte ai richiedenti asilo che hanno richiesto una valutazione medica: i sintomi, la diagnosi ed eventuali prescrizioni mediche.

Risultati

1331 visite sono state eseguite presso il centro di Casa Malala a Ferneti, Trieste. Tra gli adulti la grande maggioranza era di sesso maschile (93%), giovane e proveniente in gran parte da Afghanistan e Pakistan. Il 96% degli assistiti non aveva tessera sanitaria. Il numero di ferite agli arti e alle piante dei piedi, così come varie forme di parassitosi sono costantemente in aumento, generalmente causate dal viaggio prolungato condotto in condizioni igienico sanitarie scadenti sia ai pericoli incontrati.

La maggior parte delle diagnosi riguardavano problemi dermatologici (36%), in minor misura patologie respiratorie (11%), cardiovascolari (4%), odontostomatologiche (10%) ortopediche (5%). Nel 14% dei casi veniva evidenziato un disagio psichico. In nessun caso sono state riscontrate patologie infettive condizionanti ricovero in ambiente medico. Nessun caso di TBC è stato accertato. Sono state richieste 84 visite specialistiche di approfondimento, nella gran parte dei casi per cure odontoiatriche. I farmaci prescritti principalmente erano antiinfiammatori non steroidei (28%), mentre nel 39 % dei casi nessun trattamento era prescritto, ma veniva consigliata una prevenzione primaria efficace e proposti consigli di educazione sanitaria.

Conclusioni

Dalle oltre 1000 visite effettuate nel 2019 non è emersa una specificità patologica dello straniero, ma vi è la necessità di assistenza sanitaria di base e specialistica per tutti i richiedenti asilo. L'accesso alle cure per mezzo della tessera sanitaria dal momento della richiesta di asilo, permetterebbe di garantire il diritto alla salute per il richiedente asilo e di tutelare la popolazione residente con un minor numero di accessi in pronto soccorso e la salute pubblica mediante tempestivi interventi di medicina preventiva.

Contatto: Stefano Bardari (stefanobardari@hotmail.it)

Medical booklet: uno strumento indispensabile per la popolazione migrante

TESTA J.^{1,2}, MARCHESE V.³, STAFFOLANI S.⁴, SANTUCCI B.⁵, MONTEIRO G.B.⁵, FERRARI A.⁶, SORICE P.⁷, RADRIZZANI D.¹, PIZZI M.G.¹, MENZAGHI B.¹, PARISI C.⁸, COCCO N.

¹ Reparto di Malattie Infettive, ASST-Valleolona, Busto Arsizio; ² Centro di Ricerca in Etica Clinica, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; ³ Malattie Infettive, ASST-Spedali Civili di Brescia; ⁴ Malattie Infettive emergenti e degli immunodepressi, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I, G.M. Lancisi, G. Salesi", Ancona; ⁵ CESAIM Centro Salute Immigrati, Verona; ⁶ Malattie Infettive, Azienda ULSS 5 Polesana, Rovigo; ⁷ Ginecologia di Magenta, ASST-Ovestmilano; ⁸ Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, ASST-Sette Laghi, Varese

Introduzione e obiettivi

Migliorare l'accesso a qualsiasi struttura sanitaria con informazioni cliniche della persona ovunque essa si trovi sul territorio, garantendo una raccolta affidabile della storia clinica; un'accurata anamnesi è necessaria da un punto di vista medico ma anche un dovere etico e anche una questione fondamentale di sanità pubblica. Lo scopo è di garantire lo stesso trattamento del cittadino italiano che, in teoria, è fornito di fascicolo elettronico valido in tutta Italia.

Metodi/Azioni

Sono stati presi in esame le caratteristiche strutturali di esempi di medical booklets, le principali linee guida in materia e diverse esperienze sul campo. Ci siamo basati prevalentemente sul modello presentato a Catania nel 2018 da parte del CESAIM di Verona e della scheda laziale di recente introduzione. Lo strumento dovrà raccogliere tutte le informazioni cliniche utili, basandosi su variabili internazionali, ma declinandosi anche sulle peculiarità italiane.

Risultati

Nel mondo questo modello è già utilizzato sia a livello statale che da parte di organizzazioni internazionali come OIM, Emergency, MSF o MdM. In alcuni stati africani è uno dei pochi metodi per mantenere una tracciabilità di esami e terapie effettuate (soprattutto nel campo di infezioni da TB e HIV). In Europa è stato introdotto da alcune amministrazioni locali (Germania) per semplificare la gestione clinica e sociale di rifugiati. In Italia questo strumento è stato proposto unicamente per richiedenti protezione internazionale, comprendendo quanto indicato nelle linee guida di recente introduzione, ovvero scheda anamnestica, vaccinazioni, screening generale per patologie infettive e non, storia clinica per patologie croniche, interventi chirurgici, storia ginecologica. L'utilizzo in questo campo è assolutamente fondamentale, ma deve essere ampliato soprattutto a stranieri irregolari, che non possono avere una tracciabilità di esami e trattamenti effettuati. Il formato cartaceo permette una fruibilità immediata e in qualsiasi ambiente, garantendo la riservatezza dei dati sensibili, tenuti in possesso unicamente della persona stessa. Nelle città metropolitane consentirebbe una tracciabilità nelle varie realtà del terzo settore, ognuna sì dotata del proprio schedario, ma non in comunicazione tra loro.

Conclusioni

Il medical booklet, riportando i principali dati sanitari della persona, contribuisce ad ottimizzare la sua presa in carico in qualsiasi struttura a cui si rivolgerà, sia a livello transnazionale/regionale che internazionale. Consente l'accesso a tutta la storia clinico-socio-sanitaria personale, così consultabile ad ogni accesso. Deve essere redatto anche in lingua inglese, se non con traduzione araba e francese, in modo che la stessa persona possa consultarlo in ogni momento e che lo stesso possa essere utile anche in altri paesi al di fuori dell'Italia. L'auspicio è una redazione condivisa con le istituzioni pubbliche, al fine di poter raggiungere l'equità nell'accesso e nell'utilizzo del SSN, come per i cittadini italiani.

Contatto: *Jacopo Testa (iltesta69@yahoo.it)*

Don Kisciotte contro i mulini a vento: assistenza sanitaria gratuita per immigrati e richiedenti asilo nella città di Trieste dal 2015 ad oggi, l'esperienza di un'associazione di volontariato

BARDARI S.¹, AVOLIO F.², CORNELIO G.³, SGOBBISSA B.⁴, ALBANO A.⁵, STELLA M.⁶, PRINCIC E.⁷, CHIDO GRANDI F.³, TORREGIANI C.⁸, COLLARETA A.³, CARRARO M.³, SETTIN C.⁹, CAPPELLETTI D.³, TESOLIN L.¹⁰, FERZ M.³, UKOSIC M.³, MARCHIORI M.⁵, BISCARO M.¹¹, WASSERMANN S.¹², GOBBATO P.E.¹³

¹ Dirigente Medico, Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Santa Maria degli Angeli Pordenone; ² Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione, Ospedale Santa degli Angeli Pordenone; ³ Medico volontario DonK; ⁴ Medico di Continuità Assistenziale, Ospedale San Polo Monfalcone (ASU GI); ⁵ Infermiera Volontaria DonK; ⁶ Medico Specializzando in ARTA, Ospedale di Cattinara (ASU GI); ⁷ Medico Specializzando malattie Infettive, Università degli studi di Sassari; ⁸ Medico in Malattie dell'apparato respiratorio, Ospedale di Cattinara Trieste (ASU GI); ⁹ Medico Specializzando in Geriatria, Ospedale di Cattinara Trieste (ASU GI); ¹⁰ Dirigente Medico, Ospedale di Bolzano; ¹¹ Medico di Continuità Assistenziale, Ospedale di Treviso (ULLS); ¹² Medico di Medicina D'Urgenza ed Emergenza, Ospedale di Cattinara Trieste (ASU GI); ¹³ Direttore dell'ARTA, Ospedale San Polo Monfalcone (ASU GI)

Introduzione e obiettivi

Don Kisciotte (DonK Humanitarian Medicine) è un'associazione di medici specialisti in differenti discipline, Cardiologia, Anestesia, Pneumologia, Chirurgia che offrono assistenza sanitaria gratuita per richiedenti asilo in attesa di tessera sanitaria nella provincia di Trieste. A queste persone, per oltre due mesi dal loro ingresso in Italia, non viene garantito l'accesso alle cure mediche se non in regime di urgenza attraverso l'accesso in Pronto Soccorso. A volte queste persone sono in attesa anche di un posto dove dormire e vivono in condizioni scadenti di igiene e al freddo.

Metodi/Azioni

Dal gennaio 2015 al Dicembre 2019 sono stati raccolti i dati delle visite offerte ai richiedenti asilo senza tessera sanitaria in un database, indicando i sintomi, la diagnosi e eventuali prescrizioni mediche.

Risultati

6267 visite sono state eseguite in tre Ambulatori nella città di Trieste (Centro Diurno in via Udine, Casa Malala presso Ferneti e Teresiano presso la Caritas). Tra gli adulti la grande maggioranza era di sesso maschile (n=5703, 91%) e la media dell'età era 31,3 anni. I Paesi di origine erano in maggioranza Afghanistan e Pakistan (n: 4010, 64%), in minor misura provenienti da altri Paesi Asiatici, Africa o Europa Orientale. Ogni paziente veniva sottoposto a 1,11 visite in media (5631 pazienti, 6267 visite). Il 92,8% degli assistiti non aveva tessera sanitaria o era scaduta (90,1% e 2,7% rispettivamente). La maggior parte delle diagnosi riguardavano problemi internistici e dermatologici (51%), in minor misura patologie respiratorie (15%), cardiovascolari (2%), odontostomatologiche (8%) ortopediche (7%). Nel 9% dei casi veniva evidenziato un disagio psichico. I farmaci prescritti principalmente erano antiinfiammatori non steroidei (31%), mentre nel 34 % dei casi nessun trattamento era prescritto, ma veniva consigliata una prevenzione primaria efficace e proposti consigli di educazione sanitaria.

Conclusioni

I medici di DonK hanno offerto più di 6000 visite per pazienti richiedenti asilo e senza tessera sanitaria, offrendo un importante aiuto e un grande risparmio economico per il SSN. Nonostante il SSN offra assistenza sanitaria gratuita per gli indigenti e i richiedenti asilo in condizioni di urgenza, esistono ancora dei vuoti temporali in cui queste persone non hanno accesso alle cure mediche. È auspicabile quindi una riorganizzazione dell'assistenza per gli immigrati e richiedenti asilo affinché tutti possano ricevere un'adeguata assistenza sanitaria.

Contatto: Stefano Bardari (stefanobardari@hotmail.it)

L'accesso alle cure per la popolazione Richiedente e Titolare di Protezione Internazionale. Tra norme e applicazioni

GIAIMO S.

Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

La presenza di persone Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) rappresenta un fenomeno non più emergenziale sul territorio italiano ma, nonostante la legislazione garantisca a queste persone il diritto alla salute al pari dei cittadini italiani, permangono significative barriere di accesso ai servizi sanitari.

Obiettivo dello studio, svolto come tesi di laurea in medicina con la supervisione del Centro di Salute Internazionale e Interculturale di Bologna, è stato documentare l'esistenza di barriere d'accesso ai servizi sanitari per la popolazione RTPI attraverso l'esperienza degli operatori dell'accoglienza che, accompagnando i migranti nella fruizione dei servizi, sono al tempo stesso attori e informatori privilegiati.

Metodi/Azioni

Lo studio si è composto di una prima fase di desk research e di una seconda di indagine qualitativa sul campo.

Sono state svolte 10 interviste in profondità a operatori in progetti CAS e SPRAR della provincia di Bologna, 2 a professioniste sanitarie e 7 a beneficiari di seconda accoglienza SPRAR (di queste, 6 non sono state incluse nell'analisi per problematiche linguistiche che ne hanno inficiato la validità).

Risultati

Ogni intervista è stata trascritta e analizzata in maniera successiva e parallela, portando allo sviluppo di uno schema di codifica induttivo. I risultati confermano la presenza di numerose barriere di accesso ai servizi sanitari, riconducibili a 5 aree di azione: 1) burocratico/ amministrativa; 2) mediazione linguistico - culturale; 3) accessibilità e organizzazione del servizio; 4) interculturalità e paradigmi di cura; 5) sistema di accoglienza/ ruolo dell'operatore.

Una seconda analisi ha portato alla proposta interpretativa di 4 macro elementi causali: 1) mancanza di una governance sanitaria efficace e orientata all'equità; 2) contrapposizione tra modello di cura biomedico e biopsicosociale; 3) limitazione dell'empowerment delle persone RTPI, legata alla dipendenza dagli operatori dell'accoglienza; 4) importanza dell'*advocacy* per la tutela della salute di tutta la popolazione, in un'ottica di equità.

Conclusioni

Alla luce di quanto emerso, è possibile formulare alcune osservazioni. In primo luogo, l'importanza di una governance sanitaria efficace che permetta il reale riconoscimento del diritto alla salute, da un lato con un rafforzamento della governance stessa per garantire che tale diritto venga tutelato indipendente dal clima politico, dall'altro nella riorganizzazione dei servizi nel segno dell'equità, con particolare attenzione alle vulnerabilità della popolazione in carico. In secondo luogo, la necessità di un approccio olistico al processo di cura, in un'ottica patient-centered e che consenta l'attenzione a tutte le dimensioni che caratterizzano l'esperienza di salute e malattia. Infine, la necessità di favorire l'empowerment, inteso come autodeterminazione dell'individuo e delle comunità, poiché la capacità di controllo sulla propria vita è un fondamentale determinante di salute.

Contatto: Silvia Giaimo (silvia.giaimo@gmail.com)

Mappatura di servizi per i/le migranti sopravvissuti/e alla Violenza Sessuale e di Genere

FOSCHIA J.P.

Médecins du Monde

Introduzione e obiettivi

La missione Italia di Médecins du Monde nasce a fine 2015. Dal 2019 implementa un programma con focus sulla violenza sessuale e di genere (VSG) nella popolazione migrante. Uno degli obiettivi è realizzare una mappatura dei servizi e la creazione di percorsi di presa in carico “migrant-friendly” per i/le migranti sopravvissuti/e alla VSG: centri anti-violenza; strutture sanitarie pubbliche (consultori, pronto soccorso); associazioni che prendono in carico la VSG dal punto di vista sanitario, psicosociale e di protezione.

Metodi/Azioni

Aree di intervento sul territorio di Roma (ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 6). Distribuzione di un questionario online (tramite “survey monkey”) con dati su: tipologia del servizio; destinatari dell’assistenza e tipo di violenza incontrata; utenza straniera; privacy, procedure operative, mediazione linguistica e culturale, risorse umane (M/F), materiale, formazione del personale, criticità e bisogni.

Risultati

A fine Ottobre 2019 hanno risposto 32 servizi: 7 sanitari e 25 psicosociali e di protezione. La maggior parte sono gestiti da associazioni. 6 servizi sono strutture residenziali (case rifugio per donne sole o con bambino, rifugio LGBT o minori). L’80% dei servizi hanno assistito migranti dall’Africa Subsahariana, il 50% dall’Asia, dall’Europa e dal Nord Africa, il 36% dall’America Latina e il 29%, dal Medio Oriente. Tutti i servizi sono gratuiti. I centri anti-violenza e i servizi di protezione ricevono le persone in forma autonoma con appuntamento (80%) o senza (60%). Nessuno delle case rifugio richiede la denuncia per l’accesso. L’80% dei servizi ricevono le persone da invii da parte di associazioni, il 43% da CAS/CARA, dagli SPRAR e dai servizi sociosanitari e il 21% dalle forze dell’ordine. Tutti dichiarano garantire la privacy e confidenzialità. I servizi sanitari riferiscono seguire delle procedure operative standard in linea con i protocolli nazionali per la gestione clinica dei sopravvissuti/e adulti alla VSG; 50% hanno procedure operative standard per i minori. Tutti i servizi sanitari hanno esperti professionisti di salute mentale all’interno della struttura per assistere sopravvissuti/e a violenza. Il 50% dei servizi sanitari ha personale medico di entrambi i sessi. 28% dei servizi psicosociali e di protezione ha psicologi di entrambi i sessi, il resto solo psicologhe donne. 3 servizi sanitari e 3/4 dei servizi psicosociali e di protezione hanno i propri mediatori. Il personale della maggior parte dei servizi rispondenti ha ricevuto formazioni sulla presa in carico di sopravvissuti/e a VSG. Solo 12% dei servizi psicosociali hanno avuto formazione su modalità di lavoro con uomini che hanno subito violenze sessuali e 58% su modalità di lavoro con popolazione migrante sopravvissuta a VSG.

Conclusioni

È necessario completare la mappatura con la partecipazione dei servizi pubblici. Necessità di formare gli operatori sul fenomeno della violenza sessuale su migranti di sesso maschile.

Contatto: Jean-Pierre Foschia (medco.italy@medecinsdumonde.net)

Processi di implementazione del servizio di mediazione linguistico-culturale. Il caso dell'ospedale San Maurizio a Bolzano

ZADRA F.

Libera Università di Bolzano

Introduzione e obiettivi

Le barriere d'accesso ai servizi sono disfunzioni dell'interazione tra le organizzazioni e i propri utenti. La letteratura scientifica dimostra che le barriere linguistiche in sanità concorrono a limitare e ritardare l'accesso ai servizi di salute, causano interazioni inefficaci tra medico e paziente, creano rischi per la sicurezza del paziente, sono associate inoltre a diagnosi e decisioni terapeutiche errate, alla mancata comprensione e adesione alle terapie, e a una minor soddisfazione con la cura. Si evince dunque l'urgenza di tutelare la comunicazione con i pazienti di altra madrelingua attraverso l'implementazione di un adeguato servizio di mediazione linguistico-culturale.

Basato su uno studio di caso più ampio, che esplora molteplici interventi attuati presso l'Ospedale San Maurizio.

Metodi/Azioni

Una densa ricerca etnografica, il dialogo iterativo con tre attori chiave nel campo e 62 interviste a professionisti impegnati nel lavoro con pazienti immigrati costituiscono la base empirica di questa ricerca partecipativa svolta presso la Libera Università di Bolzano e autorizzata dalla direzione ospedaliera. Si tratta di un lavoro sociologico, improntato sull'approccio dell'innovazione sociale.

Risultati

a) Le varie modalità d'inserimento dei mediatori nella struttura ospedaliera (rotazioni settimanali in maternità, interpretariato remoto in emergenza, ecc.) e le forme di sinergia interprofessionale sperimentate; b) le iniziative di formazione congiunta tra operatori e mediatori e altri spazi di circolazione della conoscenza specifica che hanno avuto un impatto nel discorso degli operatori; c) i fattori che hanno contribuito al significativo aumento nell'utilizzo del servizio e le criticità ancora da affrontare; d) le disomogenee priorità e aspettative riguardo al ruolo e alle competenze della figura del mediatore nei diversi contesti sanitari (esempi tratti dai contesti di maternità, psichiatria, emergenza e ambulatorio STP).

Conclusioni

Sul fronte pratico, si rileva l'importanza di implementare seri processi di selezione, formazione continua e controllo della qualità delle prestazioni dei mediatori, da parte dei fornitori. Da parte delle organizzazioni sanitarie, si attesta l'efficacia di sperimentare varie forme di inserimento strutturale del servizio, della semplificazione amministrativa e delle occasioni di formazione congiunta, che favoriscono la discussione delle aspettative di ruolo e le modalità di collaborazione dei mediatori nello specifico contesto di cura. Sul fronte teorico, si evidenzia l'importanza delle connessioni interprofessionali, della circolazione di conoscenze e risorse, nonché della collaborazione multilivello (Cfr. il concetto di bottom-linked governance di Frank Moulaert) nel configurare strategie innovative per l'abbattimento delle barriere in sanità.

Contatto: Franca Zadra (fzadra@unibz.it)

Percorsi sanitari per l'inclusione di migranti e vulnerabili: l'esperienza del Servizio Salute Migranti, Casa della Salute Nuovo Regina Margherita ASL Roma 1

GNOLFO F.¹, ZAMPA A.¹, MARCHEGIANI M.¹, MOSAICO F.², BIONDI G.², MANCINELLI S.², BUONOMO E.²

¹ UOSD Salute Migranti, ASL Roma 1; ² Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università Tor Vergata Roma

Introduzione e obiettivi

Favorire l'accesso ai servizi e l'inclusione per le persone che si trovano in condizioni di fragilità e vulnerabilità è una delle sfide della Sanità Pubblica.

La ASL Roma1 ha istituito nel 2014 un servizio per garantire il diritto alla salute per migranti e vulnerabili e facilitare l'accesso ai servizi sanitari, realizzando una rete sul territorio che coinvolge pubblico e privato sociale.

Metodi/Azioni

Sono stati raccolti e analizzati i dati 2018/2019 del Servizio di facilitazione sanitaria per i migranti, nella Casa della Salute "Nuovo Regina Margherita" ASL Roma1.

Risultati

I migranti che hanno usufruito del servizio sono complessivamente 682, 55,3% di sesso maschile, età media di 32,7 anni e fascia 18-64 anni più frequente (70%).

La maggior parte sono Europei (58,5%), in particolare rumeni (23,1%), bosniaci (18,3%), ucraini (3,5%). Il 19,6% provengono dal Medio Oriente (10,3% sono siriani) e l'11,5% dal Nord Africa.

Le prestazioni erogate sono 1548, 57,6% sono pratiche per accedere all'assistenza sanitaria (iscrizione SSN, codice STP/ENI, esenzioni ticket). Per le restanti prestazioni, emerge che il 12,6% richiede visite odontoiatriche, l'11,6% visite cardiologiche, il 9,6% visite diabetologiche, il 7,2% visite oncologiche e il 3% visite ginecologiche. Dal confronto dei dati 2018-2019 emerge un aumento del 45,2% degli utenti e del 32,8% delle prestazioni (305 e 665 nel 2018 vs 443 e 883 nel 2019). In particolare, si evidenzia un aumento di richieste per accedere al Servizio Sanitario Nazionale (49,8% vs 63%, p0,0001). Inoltre il 9,8% dei migranti risulta aver usufruito del Servizio Salute Migranti in entrambi gli anni.

Conclusioni

Migliorare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria è un importante obiettivo di Sanità Pubblica e favorisce l'inclusione sociale dei migranti che vivono in un contesto di grande fragilità. L'aumento di patologie cronico-degenerative (diabete, malattie cardio-vascolari etc.), che richiedono terapie prolungate nel tempo e controlli frequenti, sottolinea la necessità di facilitare l'accesso ai servizi sanitari, anche attraverso reti di collaborazione tra pubblico e privato sociale. Questo permette la continuità nelle cure, che ha grande significato di prevenzione secondaria, nonché di razionalizzazione delle risorse; infatti i dati in letteratura mostrano spesso un uso improprio del pronto soccorso che fornisce un intervento occasionale, ma non integra un percorso terapeutico efficiente/efficace.

Come si evince dai nostri dati, la maggior parte delle richieste dei migranti riguarda il rilascio di documenti necessario per accedere all'assistenza sanitaria, elemento che si può leggere in un'ottica di inclusione e di riconoscimento del diritto alla salute. Il crescente numero di pazienti, di prestazioni erogate e l'uso del servizio in modo continuativo negli anni dimostrano come la fiducia dei migranti negli operatori del servizio sia in aumento.

Contatto: Filippo Gnolfo (filippo.gnolfo@aslroma1.it)

Procedure di screening per la salute mentale tra MSNA

FONTANA M., MARANDO L., TREZZI S., BERNARDINI L., COSTANTINO A., CONTE M.

Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano

Introduzione e obiettivi

Il Refugee Health Screener (RHS) è uno strumento di screening sviluppato per consentire lo screening precoce e l'intervento verso rifugiati che vivono condizioni di stress emotivo e psicologico. Lo studio condotto dall'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, ha permesso di validarne l'utilizzo per la popolazione dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), in carico al Comune di Milano e di introdurre una procedura di identificazione precoce del rischio di sviluppo di psicopatologia.

Metodi/Azioni

Validazione dello strumento:

RHS è stato somministrato a 109 MSNA, 81 dei quali sono stati, successivamente, sottoposti a tre test utilizzati per la validazione predittiva e convergente dell'RHS: BSI-18, LEC, PCL-5.

Una volta validato, lo strumento è stato inserito a sistema e somministrato durante il primo colloquio con uno psicologo, nel nuovo centro di prima accoglienza del Comune di Milano.

I punteggi ottenuti sono suddivisi in tre fasce (alto, medio e basso rischio). Ogni fascia, integrata con elementi di osservazione clinica, educativa e sociale, determina l'attivazione di una specifica procedura di presa in carico socio-sanitaria del minore.

Risultati

I dati analizzati consentono di validare l'utilizzo del RHS nella sua forma a 13 item, per cui si rileva una buona efficienza di somministrazione, una buona affidabilità inter item e una buona validità predittiva e convergente. In particolare, le analisi condotte hanno evidenziato una buona capacità di evitare falsi negativi, anche se con una chiara tendenza ad identificare falsi positivi. La procedura attualmente in sperimentazione integra i risultati dello strumento con ulteriori elementi di osservazione e favorisce una pertinente ed adeguata attivazione di percorsi di cura socio-sanitari integrati e tempestivi.

Conclusioni

Ad oggi è quindi possibile considerare la procedura proposta (somministrazione RHS-13, osservazione clinica individuale e di gruppo/educativa e sociale) come una modalità utile e affidabile per un intervento di presa in carico socio-sanitaria integrata. Tale procedura nel suo complesso ha come finalità: l'identificazione precoce del rischio di sviluppo di disturbi neuropsichiatrici, la riduzione dei casi di falsi positivi e l'indicazione sulla tipologia di struttura idonea al collocamento in seconda accoglienza. Ciò contribuisce al rafforzamento della rete e alla condivisione di buone prassi per la promozione della salute mentale dei MSNA nel territorio del Comune di Milano.

Contatto: Sofia Trezzi (sofia.trezzi@policlinico.mi.it)

“Storia di un bambino stregone....”

TRINCONE S.¹, ORLANDI C.¹, MORELLINI A.¹, VENTURI M.¹, STELLA, M.², MELANDRI D.¹

¹ U.O. Centro Grandi Ustionati, Ospedale Bufalini Cesena; ² U.O. Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Bufalini Cesena

Introduzione e obiettivi

Riportiamo il caso di Daniel, un bambino di 12 anni, originario della Repubblica del Congo, giunto alla nostra osservazione su segnalazione della Direzione Sanitaria del nostro Ospedale, nell'ambito di un Progetto Umanitario.

Daniel era considerato un “bambino stregone”.

In Congo i Bambini Stregoni sono ritenuti responsabili di malattie e povertà e vengono cacciati dalle famiglie e sottoposti a torture e riti crudeli da parte di alcune Chiese di ispirazione cristiana chiamate “Chiese del risveglio”, e che prosperano con il business degli esorcismi.

Affinché un bambino sia considerato “Stregone”, e quindi causa di tutti i mali della famiglia, è sufficiente che sia irrequieto o abbia sonni agitati o addirittura solo una tensione addominale.

Metodi/Azioni

Daniel pertanto aveva subito persecuzioni ed aggressioni da parte soprattutto dei familiari.

Il bambino presentava imponenti cheloidi del volto, collo, cavi ascellari e torace responsabili di retrazioni cicatriziali e conseguente severa limitazione funzionale. I cheloidi erano la conseguenza di ustioni profonde da liquido bollente occorse in Congo, in seguito a violenza da parte del patrigno per le quali il ragazzo era stato ricoverato e seguito c/o l'ospedale del Paese di provenienza. Come conseguenza delle lesioni cutanee aveva sviluppato un deficit di crescita con posture scorrette e un iniziale sviluppo psicofisico patologico.

Risultati

Dopo aver attentamente valutato il quadro clinico, abbiamo programmato la rimozione dei cheloidi del collo e del torace. Verrà presentata iconografia dettagliata delle diverse fasi dell'intervento e la ricostruzione plastica con l'utilizzo di sostituti dermici e Terapia a Pressione Negativa (TPN) e del primo periodo di follow up.

Il bambino per tutto il periodo di degenza è stato ricoverato c/o l'U.O. Pediatria dove è stato seguito anche da una Psicologa e da una fisioterapista.

Conclusioni

Presentiamo questo caso per sottolineare l'importanza della presa in carico di questi bambini che anche per motivi pseudo-religiosi subiscono violenze nel Paese di origine, oltre che per evidenziare l'importanza dell'utilizzo dei sostituti dermici in associazione alla TPN negli esiti cicatriziali invalidanti dal punto di vista funzionale ed estetico.

Contatto: *Silvana Trincone (silvana.trincone@auslromagna.it)*

Il percorso di definizione di un profilo di competenze per l'Educatore Infermieristico Interculturale. Un progetto Europeo

GRADELLINI C.¹, SELIGARDI M.¹, MECUGNI D.², VAN DER LINDEN E.³, FILOV I.⁴, MIJATOVIC M.⁵, BØNLØKKE M.⁶, VAN DE POEL K.⁷, BOURKIA P.⁸, HÄNDLER-SCHUSTER D.⁹, BENNET M.¹⁰, DE LORENZO E.¹¹

¹ Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia/Azienda Unità Sanitaria Locale - IRCCS di Reggio Emilia (IT); ² Università Degli Studi di Modena e Reggio Emilia (IT); ³ AP University College Antwerp (BE); ⁴ University St Kliment Ohridski Bitola (MK); ⁵ Udruzenje Centar Djordje Vajfert (RS); ⁶ VIA University College (DK); ⁷ InterCulturate (BE); ⁸ Berner Bildungszentrum Pflege (CH); ⁹ Zurich University of Applied Sciences; ¹⁰ Intercultural Development Research Institute Europa (IT); ¹¹ Servicio Vasco de Salud Osakidetza (ES)

Introduzione e obiettivi

Per rispondere al diritto alla salute nella popolazione migrante, la letteratura suggerisce una specifica attenzione alla formazione degli operatori sulla competenza culturale, utilizzando strategie didattiche innovative. Il ruolo del docente è considerato essenziale, sia come mediatore delle diversità, sia come facilitatore dell'apprendimento. Nonostante ciò, dalla letteratura emerge che solo un educatore su dieci risulta culturalmente competente, dunque la sua formazione in primis diventa elemento fondamentale.

Metodi/Azioni

Il progetto TRAINERS (Trainer Intercultural Nursing Educators and Students), pensato e gestito da una rete di partner che rappresenta dieci paesi della Comunità Europea, lavora su tali competenze con i seguenti obiettivi: 1) definire un profilo di competenza dell'educatore interculturale in contesto infermieristico (Intercultural Nursing Educator/INE); 2) validare il profilo; 3) definire un progetto formativo per la formazione di quanto definito dal profilo; 4) sviluppare un corso gratuito online, in lingua inglese; 5) sviluppare e validare uno strumento di valutazione delle competenze acquisite.

Risultati

Il progetto ha avuto inizio a novembre 2019. La prima fase di definizione del profilo è partita da un'approfondita revisione della letteratura e ha proseguito con l'utilizzo del metodo Delphi che si basa sull'opinione di esperti. Il campione di esperti coinvolti, per i primi tre round del Delphi, era multicentrico (Italia, Belgio, Macedonia, Serbia, Spagna, Svizzera), con competenza pluriennale nell'insegnamento della competenza culturale in Infermieristica.

Conclusioni

Nella sua prima versione, il profilo dell'INE distingue 4 dimensioni (Personale, Professionale, Pedagogica per studenti, Pedagogica per docenti), ciascuna delle quali è suddivisa in 3 gruppi: conoscenze, attitudini/valori e abilità. Complessivamente sono state identificate 127 competenze. Tale profilo è ora all'ultima fase di validazione, che prevede il coinvolgimento di un più ampio numero di esperti, rappresentativo di tutti i paesi dell'Unione. A tale campione verrà sottoposto un questionario relativo alla validità delle competenze proposte che valuterà il livello di accordo relativamente all'inclusione di ogni specifica competenza del profilo, utilizzando una scala Likert a 6 opzioni (1/Totally disagree; 6/Totally agree).

Il prodotto finale non solo risponderà alla definizione di una figura specifica, ma definirà un pacchetto formativo in grado di preparare tale figura e lo specifico strumento di valutazione delle competenze acquisite.

Contatto: Cinzia Gradellini (cinzia.gradellini@ausl.re.it)

Triage multilingua

CASERTA M.¹, MARCHISIO D.², AMBROSIO S.², FERRARO M.¹, BERGESE I.³, CAMERANO D.⁴, FERRARI C.⁵, LAZZARI E.⁶

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino: ¹ Area Progetti - URP; ² Gruppo Formazione Triage – Area Ambulatoriale CTO ³ Pronto soccorso pediatrico – Ospedale Regina Margherita; ⁴ Pronto soccorso – Ospedale Molinette; ⁵ Pronto soccorso ostetrico-ginecologico – Ospedale S.Anna; ⁶ Pronto soccorso traumatologico – Ospedale CTO

Introduzione e obiettivi

A seguito del continuo aumento di pazienti stranieri che accedono al Pronto Soccorso e rilevata la difficoltà linguistica degli operatori a comunicare con tali utenti, è stato costituito nel 2018 un gruppo di lavoro per elaborare strategie atte ad agevolare l'operato del personale e la sicurezza di pazienti ed operatori.

Obiettivo: costruzione di uno strumento atto a facilitare la comunicazione linguistica/culturale tra operatore e paziente durante il Triage.

Metodi/Azioni

Il gruppo, coordinato dall'Area Progetti dell'URP e composto da un Infermiere per ogni Pronto Soccorso aziendale, dai referenti del GFT (Gruppo Formazione Triage) e dell'AMMI (Associazione Multi-etnica dei Mediatori Interculturali) ha elaborato delle schede per tradurre le domande e le risposte da porre secondo lo schema del Triage Globale.

Lo strumento è composto da 6 schede: la principale, la "scheda delle risposte", da porre davanti al paziente e che lo stesso usa per indicare le risposte sulla sagoma di un uomo (dove hai male?), la scala del dolore (indica quanto hai male?), intervalli di tempo (da quanto tempo hai male?). A questa si aggiungono 5 schede, una per ogni distretto anatomico, che riportano le domande, suddivise per distretto anatomico, da indicare al paziente in modo che quest'ultimo possa leggerne la traduzione nella propria lingua.

Essendo la nostra azienda composta da 4 presidi, con relativi pronto soccorso, di cui due specialistici, sono state previste anche le schede ostetrico-ginecologiche, con due sagome di donna, una in gravidanza, ed i quesiti per i relativi problemi di salute, e le schede pediatriche con la sagoma di un bambino e tutte le domande rivolte al bambino o al genitore.

Lo strumento, redatto in una veste grafica di facile lettura atta a limitare gli errori nell'indicazione delle domande/risposte, è stato poi tradotto e validato dai mediatori culturali in lingua inglese, araba e cinese. Sono in corso le traduzioni in albanese, romeno, francese, tedesco e spagnolo.

Risultati

La sperimentazione nei due pronto soccorso generalisti testerà l'usufruibilità e il costruito tecnico scientifico dello strumento. Al termine della stessa, ed effettuate le correzioni, lo strumento sarà vagliato dalla Direzione Regionale Sanità e adottato in tutti i Pronto Soccorso piemontesi.

Conclusioni

Le schede presentano tre punti di forza e un probabile punto debole:

numero ridotto di schede, suddivise per distretto anatomico che consentono una facile individuazione delle domande; riproduzione della procedura del "Triage globale" la cui concatenazione delle domande è nota agli infermieri;

traduzioni curate dai mediatori culturali, e non da traduttori, per contestualizzare le domande/risposte allo specifico antropologico del paziente;

il formato cartaceo, seppur plastificato, potrebbe essere il limite dello strumento, quindi non si esclude, in futuro, il passaggio ad un'applicazione per smartphone.

Contatto: Mario Caserta (mcaserta@cittadellasalute.to.it)

La salute dei minori migranti: buone prassi per il supporto psicosociale e la formazione degli operatori

CASCIO G.¹, RUSSO M.L.², GIANNOTTA F.¹, LA PLACA S.^{2,3}

¹ Fondazione Terres Des Hommes; ² SIMM; ³ AOUP P. Giaccone Palermo; ⁴ Società Italiana di Pediatria - Gruppo Bambino Migrante

Introduzione e obiettivi

Il contributo presenta l'esperienza maturata nell'ambito del progetto "Faro" Fami 1635 con la finalità di presentarne i principali risultati e condividere buone prassi e raccomandazioni concernenti sia il supporto psicosociale diretto ai minori migranti in arrivo in Italia, sia la formazione degli operatori.

Metodi/Azioni

Il progetto è stato implementato in 5 diverse province della regione Sicilia ed ha previsto la realizzazione di azioni di supporto psicosociale e di formazione degli operatori. In una prospettiva di ricerca-intervento partecipativa orientata alla riduzione del danno ed alla promozione della salute, équipe multiprofessionali hanno erogato azioni di sostegno individuale e di gruppo effettuate in stretto raccordo con i servizi socio-sanitari territoriali e con un riferimento forte ai modelli accreditati per la presa in carico in contesti transculturali. Inoltre, in considerazione dell'opportunità di promuovere interventi di presa in carico globale e sistemica, sono state parallelamente svolte azioni di capacity building consistenti in attività formative rivolte agli operatori di settore. Tra le azioni di formazione realizzate, in modo particolare, il contributo si focalizzerà sull'esperienza del Dipartimento Promise dell'Università di Palermo, fortemente connotata dall'adozione di una prospettiva multiprofessionale ed incentrata sul coinvolgimento attivo dei partecipanti attraverso il training on the job e la riflessione sull'esperienza professionale e formativa.

Risultati

396 minori hanno beneficiato di azioni di supporto psicosociale e 283 operatori hanno preso parte ad azioni formative su tematiche rilevanti ai fini della promozione della salute dei minori migranti. Come rilevato nel report di monitoraggio qualitativo di progetto, il coinvolgimento dei destinatari e la loro soddisfazione per gli interventi effettuati sono stati elevati, con azioni che hanno permesso di rilevare alcune criticità relative alle modalità di accoglienza e presa in carico, di rafforzare il lavoro di rete all'interno dei territori coinvolti, di sperimentare modalità formative innovative.

Conclusioni

Le azioni di supporto psicosociale rivolte ai minori migranti sono funzionali in un'ottica di riduzione del danno ma anche di prevenzione del disagio e promozione della salute. Lo stesso può affermarsi rispetto agli interventi di capacity building, soprattutto quando siano orientati a mettere in rete competenze diversificate e prevedano l'integrazione di diversi servizi e culture organizzative, promuovano le capacità di agire riflessivo dell'operatore. In relazione al supporto psicosociale, la qualità dell'accoglienza rappresenta un elemento cruciale, con alcuni contesti che espongono i minori a un elevato rischio di ri-traumatizzazione. Fattori di protezione, la valorizzazione della funzione di mediazione linguistico-culturale, la promozione del lavoro di rete, l'adozione di approcci di intervento rispettosi della soggettività dei minori e volti a promuoverne l'agentività.

Contatto: Gandolfa Cascio (gandacascio@gmail.com)

Follow up della presa in carico psicoterapeutica e psichiatrica in una popolazione di Minori Stranieri Non Accompagnati con Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) attraverso un recall back telefonico

PETTINICCHIO V.¹, BERNARDINI L.², LIBERTAS M.³, DA SILVA E.⁴, CAIZZI C.⁴, CIAMBELLINI S.⁴, COLOSIMO F.^{3,4}, MAZZETTI M.^{3,4}, GERACI S.^{3,4}

¹ Dottorato di Ricerca in malattie infettive microbiologia e sanità pubblica, Sapienza Università di Roma; ² Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; ³ Società di Medicina delle Migrazioni (SIMM); ⁴ Progetto "Ferite Invisibili", Area sanitaria Caritas, Roma

Introduzione e obiettivi

Il trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) si pone, tra gli obiettivi, quello della prevenzione delle ricadute che possono essere secondarie a uno o più eventi ritraumatizzanti.

Questo studio si propone di valutare lo stato di benessere e la situazione amministrativa e abitativa di una coorte di minori stranieri precedentemente affetti da DPTS, presi in carico prima del compimento dei 18 anni da un servizio di etnopsichiatria e psicoterapia.

In secondo luogo, verrà valutata l'eventuale persistenza di sintomatologia post-traumatica in coloro che mostrano stati di benessere carente.

Metodi/Azioni

L'indagine è stata effettuata ricontattando telefonicamente tutti i minori presi in carico dal servizio tra il 2006 e il 2017 e somministrando loro un questionario, nel rispetto della normativa sul consenso informato. I soggetti sono stati contattati per 3 volte, in 3 orari diversi; in caso di mancata risposta è stato loro inviato un sms, invitandoli a ricontattare la Responsabile del Servizio.

Durante l'intervista sono stati indagati: luogo di vita, situazione abitativa, situazione familiare, frequenza a scuola o al lavoro, situazione amministrativa. È stato rilevato il livello di conoscenza della lingua italiana (da 0, nessuna conoscenza, a 10, conoscenza eccellente). È stato poi somministrato il questionario OMS sullo stato di benessere a 5 items. I soggetti con punteggio insufficiente (13) sono stati sottoposti a un colloquio psicologico de visu per la valutazione dell'eventuale sintomatologia post-traumatica.

Risultati

Sono stati ricontatti 93 minori. Il tentativo è andato a buon fine in 10 casi (10,7%).

Gli intervistati hanno ottenuto un punteggio medio di 17,4 al test dell'OMS sullo stato di benessere (su un massimo di 25 punti). Tutti gli intervistati sono in possesso di permesso di soggiorno e riferiscono di vivere in Italia; 7 riferiscono una situazione abitativa stabile (in affitto); 8 riferiscono di lavorare o studiare. Un solo soggetto ha ottenuto un punteggio pari a 8 ed è stato, pertanto, sottoposto a un colloquio psicologico de visu e inserito in un percorso integrato di sostegno sociale e psicologico, con buoni esiti.

Conclusioni

I dati ottenuti dimostrano, come atteso, la difficoltà di mantenere un contatto stabile con questo particolare gruppo target, per ragioni legate alla mobilità professionale e all'instabilità abitativa. In quest'ottica appare opportuno, per i servizi che lavorano con popolazioni analoghe, impostare procedure di richiamo periodico, attraverso contatti mediati da figure di riferimento con le quali si sia stabilito un rapporto fiduciario, allo scopo di verificare se i bisogni di salute e di integrazione sono stati soddisfatti. È importante prevedere la possibilità di una nuova presa in carico, qualora necessaria, secondo un'ottica di follow up della cronicità, per sostenere a lungo termine il miglioramento dello stato di salute.

Contatto: Marco Mazzetti (marcom.imat@gmail.com)

Osservazione ed individuazione dei fattori di rischio in salute mentale nei Minori Stranieri Non Accompagnati: uno studio sulla sintomatologia trauma-correlata attraverso l'utilizzo di una Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR)

DAL LAGO B., BERRINI C., MAZZONI R., MAFFEIS P., BELLANTONI C., COSTANTINO A.

UONPIA-Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Introduzione e obiettivi

In letteratura, i dati relativi al rischio di disagio psichico evidenziano che i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) presentano un più alto numero di patologie psichiatriche, in particolare Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), disturbi dell'umore e disturbi d'ansia, rispetto alla popolazione di adolescenti non migranti. I fattori di rischio si pongono su tre differenti livelli che possono intersecarsi tra loro: il contesto di provenienza, la tipologia di viaggio e il contesto di accoglienza.

Il presente studio è stato condotto dall'Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano con l'obiettivo di esplorare la sintomatologia e i segnali di rischio correlati alla presenza di esperienze traumatiche in un campione di MSNA inseriti in comunità socio-educative del territorio milanese. Lo strumento utilizzato a tale scopo, Griglia di Osservazione dei Segnali di Rischio (GOSR), è stato costruito con modalità partecipata e multi-professionale all'interno di un tavolo di lavoro che ha coinvolto l'équipe Migranti della UONPIA, l'Unità Politiche per l'inclusione e l'immigrazione del Comune di Milano, le comunità socio-educative del territorio e alcune agenzie del terzo settore.

Metodi/Azioni

- L'utilizzo dello strumento GOSR definisce tre indicatori relativi a tre aree (anamnesi, adattamento e comportamento) e un indicatore di rischio globale;
- Il campione è costituito da 125 MSNA di sesso maschile inseriti in diverse comunità socio-educative in convenzione con il Comune di Milano;
- La GOSR è stata compilata da educatori delle comunità socio-educative;
- È stata effettuata un'analisi delle correlazioni tra la presenza di esperienze traumatiche nella storia e nel viaggio migratorio dei MSNA e modalità di adattamento al nuovo contesto e di comportamento, a partire dai dati delle GOSR compilate.

Risultati

Il campione analizzato mostra correlazioni significative tra le esperienze traumatiche nella storia anamnestica e migratoria dei MSNA e la presenza di segnali di rischio psicopatologico nell'adattamento al nuovo contesto e nelle manifestazioni comportamentali quali: relazioni conflittuali, difficoltà legate al discontrollo dell'impulso (es. aggressività eterodiretta e autodiretta), comportamenti di ipervigilanza e di controllo, difficoltà nel sonno.

Conclusioni

Il presente studio conferma quanto evidenziato dalla letteratura scientifica internazionale rispetto alla maggiore fragilità e vulnerabilità dei ragazzi che affrontano un viaggio migratorio da soli in adolescenza. Il campione di MSNA mostra correlazioni positive con problematiche di adattamento e comportamento sia nei minori che hanno vissuto eventi stressanti e potenzialmente traumatici nelle storie di sviluppo, sia nei minori che hanno affrontato viaggi migratori particolarmente stressanti e potenzialmente traumatici.

Contatto: Barbara Dal Lago (barbara.dallago@policlinico.mi.it)

Accertamento sociosanitario dell'età sui minori stranieri non accompagnati: la commissione multidisciplinare GIADA

SGARAMELLA A.¹, FOSCHINO BARBARO M.G.¹, DE IACO D.¹; GIANNINI A.M.², LAROVERE D.², MASSAGLI P.², TRICARICO D.², VITALE G.T.¹

¹ U.O. SD Psicologia, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII-A.O.U. Consorziata Policlinico di Bari; ² U.O. Malattie Infettive, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII -A.O.U. Consorziata Policlinico di Bari

Introduzione e obiettivi

La legge 7 aprile 2017 n.47 recante "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati" (MSNA) include tra i destinatari dell'assistenza sanitaria e delle azioni di tutela e protezione, gli MSNA alla stregua di quanto previsto per i minorenni italiani e comunitari. Questi ragazzi privi di accompagnamento sono identificati come soggetti particolarmente a rischio di trascuratezza e violenza, in condizioni di vulnerabilità per le critiche esperienze a cui sono esposti sia prima che durante, ma anche dopo l'iter migratorio. La normativa ha imposto l'accelerazione della costituzione dell'équipe per l'accertamento socio-sanitario dell'età dei minori, al fine di avviare tempestivamente percorsi di accoglienza e tutela più opportuni. Sulla base di tale cornice, nel maggio del 2017 l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari ha costituito la Commissione multidisciplinare per accertamento sociosanitario su MSNA.

Metodi/Azioni

L'accertamento, richiesto esclusivamente dalla Procura minorile, viene eseguito da un'équipe multidisciplinare (assistente sociale-case manager, medico pediatra, psicologo), alla presenza di un mediatore culturale, presso l'ambulatorio denominato "Welcome", individuato con molta attenzione al fine di facilitarne l'accesso, la privacy e l'accoglienza.

Il protocollo operativo si articola nelle seguenti fasi:

- Accoglienza

- Valutazione

- Restituzione: - comunicazione dell'esito dell'accertamento al MSNA, e/o accompagnatore; - redazione della relazione, con indicazione dell'età presunta e del margine di errore; - invio della relazione alla Procura richiedente entro al massimo 10 giorni al fine di garantire anche le esigenze di celerità dell'Autorità giudiziaria.

Il protocollo in uso mira alla rilevazione precoce delle vulnerabilità psicologiche, solitamente riscontrabili negli MSNA, attraverso:

- la rilevazione di fattori di rischio e di protezione pre peri e post migratori oltre che le strategie adattive utilizzate;

- la valutazione dell'eventuale presenza di quadri clinici riferibili al PTSD e a disturbi correlati.

Risultati

La determinazione della minore età è uno step particolarmente delicato nel percorso dei MSNA, configurandosi tra l'altro come presupposto fondamentale per permettere al minore di accedere alle corrette misure di protezione. I Servizi socio-sanitari offerti a tali popolazioni, se non opportunamente preparati all'incontro, rischiano di rappresentare luoghi di ulteriori vittimizzazioni.

Conclusioni

L'approccio transculturale adottato promuove risposte concrete ai bisogni di salute, non solo in un'ottica di rispetto del diritto universale alla salute, ma anche nella prospettiva dell'integrazione della popolazione migrante, rifugiati e richiedenti asilo. Il presente lavoro descrive la metodologia utilizzata e i dati sin'ora raccolti.

Contatto: Alessandra Sgaramella (aless.sgaramella@gmail.com)

Progetto di assistenza pediatrica di sostegno alla madre migrante

GOVONI M., BENVENUTI C., FLORIO G.

Ambulatorio Betania presso Caritas Diocesana di Ferrara-Comacchio; Associazione Amici della Caritas di Ferrara-Comacchio

Introduzione e obiettivi

L'Associazione Amici della Caritas di Ferrara-Comacchio ospita dal 2014 donne richiedenti asilo, provenienti principalmente dalla Nigeria, con minori a carico. Il discreto numero di minori accolti (ad oggi 32 bambini per la maggior parte sotto i 2 anni) e la giovane età delle mamme ha incentivato l'istituzione di un ambulatorio pediatrico accanto all'ambulatorio di medicina generale già esistente. Questa attività pediatrica, partita nell'aprile 2018, si affianca a quella del PLS e ha l'obiettivo di fornire alle giovani mamme informazioni e sostegno per valorizzarle nel percorso della maternità, al fine di favorire l'empowerment genitoriale.

Metodi/Azioni

Il progetto vede la partecipazione di due pediatre volontarie e di operatrici della struttura di accoglienza, e si articola in due modalità:

-incontri di gruppo volti al dialogo e all'informazione sulle problematiche messe in evidenza dalle giovani mamme direttamente (richieste di chiarimenti e indicazioni) o indirettamente (comportamenti o situazioni rilevati dalle operatrici). Tali incontri prevedono la partecipazione di piccoli gruppi di mamme (5 o 6) insieme ai propri bambini. Gli argomenti trattati spaziano da problematiche quali la gestione delle emergenze (conoscenza dei servizi pediatrici del territorio e delle modalità di accesso, comprensione della reale criticità dello stato del bambino) a tematiche di confronto (ricette e cibi per lo svezzamento del bambino, educazione al sonno);

-incontri individuali con le pediatre volontarie in due giornate settimanali presso l'ambulatorio Caritas. Tali incontri sono sia di carattere informativo individuale sia di carattere medico specialistico per problemi clinici intercorrenti.

L'attività ambulatoriale è stata aperta anche alle ospiti delle altre associazioni di accoglienza e alle donne sul territorio che necessitano di supporto.

È stato somministrato un breve questionario alle mamme per valutare il grado di soddisfazione.

Risultati

La possibilità di accedere a questo ambulatorio in tempi brevi ha permesso di risolvere condizioni frequenti di patologia comune, con un ricorso più selezionato alle risorse sanitarie dell'emergenza (118, PS Pediatrico), in collaborazione con il PLS.

Gli incontri di gruppo e il follow up individuale permettono alle donne di acquisire nuove conoscenze, rafforzando e valorizzando le capacità genitoriali e mitigando il frequente senso di solitudine e di disorientamento.

Conclusioni

Visto il crescente numero di accessi al servizio (63 nel 2018 a partire da aprile, 195 nel 2019), i risultati riguardanti la soddisfazione delle utenti e i progressi relativi all'empowerment genitoriale delle giovani donne che usufruiscono del servizio, l'attività sta continuando in maniera stabile ed è in programma l'ampliamento dei cicli di incontri di gruppo che vedranno il coinvolgimento di altre figure.

Contatto: Chiara Benvenuti (c.benvenuti10@gmail.com)

Accoglienza Pazienti Stranieri

CATENA S., CELESTI L., RAPONI M.

Direzione Sanitaria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Introduzione e obiettivi

L'Ospedale Bambino Gesù è punto di riferimento per le cure pediatriche a livello nazionale e internazionale. Nell'anno 2019 su 29.422 ricoveri ordinari, 4.831 hanno interessato pazienti di cittadinanza non italiana, 1.046 non residenti in Italia. I ricoveri diurni sono stati 49.901 di cui 5.728 di cittadini non italiani, 1.013 non residenti in Italia. Per venire incontro alle esigenze di questa utenza si è strutturato una rete di servizi di Accoglienza, in Direzione Sanitaria, per fornire risposte a 360 gradi alle famiglie straniere (Unione Europea e Paesi Terzi). L'obiettivo è quello di agevolare il percorso e la permanenza in Ospedale offrendo supporto per il soggiorno in Strutture di Accoglienza, la mediazione culturale, la consulenza normativa in merito all'assistenza sanitaria e ai visti e permessi di soggiorno. Vi è poi una particolare categoria di pazienti che, se indigenti, può ricoverarsi a titolo umanitario.

Metodi/Azioni

La metodologia si basa sul rispetto della normativa e su criteri di prudenza e sicurezza del paziente, nel rispetto della diversità, cercando di accogliere chiunque abbia bisogno. Una particolare attenzione è data alla formazione del personale. Per i pazienti dell'Unione Europea, è necessario inoltrare richiesta di cure, con documentazione medica, alla Direzione Sanitaria che, dopo parere positivo dello specialista, programmerà il ricovero, previo invio del Modello S2, così come stabilito dal Regolamento 883/2004. Per i pazienti di Paesi Terzi in povertà, a seguito di richiesta e previo parere positivo dello specialista, si chiederà autorizzazione per procedere con ricovero umanitario. Per questa tipologia di pazienti è previsto un servizio di Pick Up all'aeroporto, quando necessario con ambulanza dell'Ospedale, soggiorno in Case Famiglia con navetta, vitto per l'accompagnatore, lezioni di italiano, medicinali, supporto nello svolgimento delle pratiche per il rilascio del permesso di soggiorno. Per tutti è attivo un Servizio di Mediazione Culturale e di Consulenza Normativa.

Risultati

Nel 2019 sono stati ricoverati pazienti provenienti da Romania, Albania, Ucraina, Bangladesh e Filippine. A titolo umanitario più di 100 pazienti provenienti principalmente da Albania, Africa Centrale, Venezuela, Perù e Marocco. A tutti i pazienti umanitari è stato fornito un alloggio gratuito ed è stato dato un supporto materiale per le esigenze quotidiane. La consulenza normativa, negli ultimi sei mesi del 2019, è stata richiesta per 129 pazienti stranieri, 48 dell'Unione Europea, 85 di Paesi terzi. In tutti i casi ci sia stata la necessità, è stato presente il mediatore culturale.

Conclusioni

Concludendo, si può dire di aver strutturato un Servizio dedicato al cittadino straniero con un percorso che si è consolidato nel tempo, mediante la formazione di personale dedicato con master e corsi, di essere riusciti a creare una rete con le figure istituzionali maggiormente coinvolte nel campo dell'immigrazione, con lo scopo di garantire le cure nel superiore interesse del minore.

Contatto: Sara Catena (sara.catena@opbg.net)

Ospedale e territorio: una rete a colori, supporto e buone prassi di accompagnamento alla maternità e genitorialità per popolazione fragile

MARTELLINI M., MARINARO MANDUCA A., ANTONINI S., RICCIO G., FRANCESCA M., DI GIRONIMO M., DI MAMBRO A.
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata; Fondazione Archè; Save The Children

Introduzione e obiettivi

L'Italia, a differenza di altri paesi europei, garantisce l'accesso universale alle cure sanitarie, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione italiana. L'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata ha attivato nel 2006 il Servizio Accoglienza e Assistenza Stranieri (SAAS) con l'obiettivo di incrementare l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari agli stranieri attraverso procedure semplificate. Per questo, negli ultimi anni si è lavorato e costruito insieme alle diverse figure aziendali (assistente sociale, medici neonatologi/pediatri, ginecologi, figure ostetriche ed infermieristiche), in collaborazione con servizi del territorio del privato sociale Caritas di Roma, centri di accoglienza per mamme con bambini e Fiocchi in Ospedale di Save the Children in partenariato con Fondazione Archè, Comune di Roma, una rete di supporto e buone prassi di accompagnamento alla maternità e genitorialità, partendo dal presupposto che la maternità e la genitorialità sono un aspetto della vita di maggior vulnerabilità.

L'accoglienza rappresenta il primo contatto per comprendere le esigenze dell'utente. All'accoglienza segue l'informazione e l'orientamento con l'obiettivo di colmare i bassi livelli di educazione sanitaria, in particolare per quanto riguarda l'uso appropriato dei sistemi italiani di assistenza sanitaria.

Metodi/Azioni

Il percorso attivato dall'AO San Giovanni-Addolorata parte dalla gravidanza (accompagnamento alle visite di controllo, programmazione del corso pre-parto, invio ai consultori familiari) fino alla nascita del neonato ed allo sviluppo del bambino (0-6 anni). In particolare con l'avvio recente del progetto "Per mano", il SAAS ha perseguito l'obiettivo di intercettare donne in gravidanza e i nuclei familiari in condizione di fragilità.

Risultati

Il SAAS prevede l'accompagnamento e l'orientamento di pazienti stranieri di diverse nazionalità. Nel 2019 l'AO San Giovanni-Addolorata ha effettuato 2.600 ricoveri di pazienti stranieri, di cui 824 donne, su un totale di 29.300 ricoveri.

Il SAAS ha accolto e orientato 650 utenti stranieri, di questi, circa 240 hanno ricevuto informazioni per usufruire dei servizi sia dell'azienda ospedaliera che del territorio.

Inoltre sono state prese in carico 140 donne (22% del totale) ricoverate nel reparto materno-infantile e circa 267 ricoverati in altri reparti.

Conclusioni

L'accompagnamento di donne o nuclei familiari sul territorio ha permesso nel tempo di supportare e migliorare situazione di forte svantaggio socio-culturale e tutelare il percorso materno-infantile.

L'esperienza del SAAS dell'AO San Giovanni-Addolorata rappresenta una conferma della possibilità per le istituzioni sanitarie di promuovere politiche più inclusive, in una prospettiva di un rinnovato modello di sistema di assistenza sanitaria. Il punto di forza del SAAS, quale importante "nodo di rete", è stato conseguito con il concorso e con la sensibilizzazione di più professionalità e il coinvolgimento di ambulatori e servizi territoriali.

Contatto: Mariarosa Martellini (mmartellini@hsangiovanni.roma.it)

Ricerca nell'ambito sessuale riproduttivo in un CAS femminile

REGAZZO C., SCOTTI S.

Fondazione Progetto Arca Onlus, Milano

Introduzione e obiettivi

Nei Centri di accoglienza straordinari (CAS) femminili, uno dei temi principali da affrontare è l'educazione sanitaria per la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili e l'educazione al controllo delle nascite e alla progettazione familiare.

Obiettivo: analisi dei cambiamenti comportamentali nell'ambito sessuale e riproduttivo nel contesto di un CAS femminile sul territorio milanese (CAS Via Agordat-Fondazione progetto ARCA Onlus).

Metodi/Azioni

Sono stati raccolti i dati dalle cartelle sanitarie di 254 donne presenti in un CAS Milanese (l'unico criterio di esclusione è stato la minore età) relativi a gravidanze, aborti spontanei, interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e utilizzo anticoncezionale. Sono stati confrontati i dati all'arrivo e durante la permanenza al CAS della donna mettendo in relazione, estrapolandone le percentuali, il comportamento delle donne al momento dell'insorgenza di una gravidanza.

Risultati

Delle 254 donne partecipanti allo studio è emerso che 44 hanno avuto una gravidanza durante la permanenza al CAS, questo rappresenta poco più del 17% delle donne presenti, di queste il 57% ha portato a termine la gravidanza, il 16% ha avuto un aborto spontaneo e il 27% ha fatto ricorso all'IVG. Il numero totale di ospiti in questo caso è stato calcolato su 228: corrisponde al numero totale di ospiti coinvolte nello studio (254) a cui sono state tolte le 26 persone che già prima dell'arrivo al CAS utilizzavano metodi contraccettivi, l'11% inizia ad utilizzare metodi contraccettivi dopo l'ingresso al CAS, in totale si arriva al 20% di donne che usano un anticoncezionale.

Conclusioni

Nei CAS è necessario il potenziamento di percorsi di educazione sanitaria e di programmazione familiare, in considerazione dell'appartenenza culturale, delle modifiche dello contesto sociale in cui vengono inserite, per aumentare la conoscenza e l'importanza di metodi protettivi per prevenire malattie e gravidanze non desiderate, favorendo l'integrazione con i servizi territoriali presenti.

Contatto: *Silvia Scotti (coord-infermiere-ambulatori@progettoarca.org)*

Analisi preliminare dei ricoveri per parto delle donne straniere residenti nella ASL 1 Abruzzo

CARMIGNANI M.C.¹, BERRA C.¹, MUSELLI M.¹, COFINI V.¹, SPAGNOLI R.¹, MAMMARELLA L.², NECOZIONE S.¹

¹ Dipartimento MESVA, Università degli Studi di L'Aquila; ² Servizio Gestione Flussi Informativi e Statistica Sanitaria, ASL1 ABRUZZO

Introduzione e obiettivi

Nel 2010 l'OMS ha dichiarato che la salute riproduttiva include "il diritto di accesso a servizi sanitari adeguati che consentano alle donne di portare a termine la gravidanza ed affrontare il parto in modo sicuro". Dai dati nazionali sappiamo che i ricoveri ostetrici delle donne provenienti dai paesi a forte pressione migratoria (PFPM) sono per il 61,2% per parto, 18,0% IVG, 7,9% Aborti Spontanei (AS) e 12,9% per altre cause. I parti cesarei sono il 28,3% contro il 37,1% delle donne italiane. Obiettivo di questo studio è analizzare, attraverso le SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) dal 2010 al 2018, i dati relativi ai ricoveri per parto delle donne straniere residenti nella ASL1 Abruzzo per individuare eventuali disuguaglianze nell'accesso alle cure o nell'assistenza al parto nella popolazione migrante.

Metodi/Azioni

Analizzando le SDO dal 2010 al 2018 di tutti i presidi ospedalieri della ASL1 Abruzzo abbiamo considerato per prima cosa l'MDC (Major Diagnostic Category) 14 (Gravidanza, Parto e Puerperio) e poi i DRG 370 (Parto cesareo con CC), 371 (Parto cesareo senza CC), 372 (Parto vaginale con diagnosi complicanti), 373 (Parto vaginale senza diagnosi complicanti) delle pazienti residenti, ma nate all'estero. La popolazione straniera è stata stratificata in base alle cinque nazionalità di nascita più frequenti presenti sul territorio (Romania, Marocco, Ucraina, Macedonia e Albania) e alla provenienza da PFPM. Per l'analisi statistica è stato utilizzato "Statistical Analysis System" (SAS, software).

Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che:

- si è registrato un calo dal 2010 al 2018, in numeri assoluti e in percentuale (-7%), della categoria MDC 14 Gravidanza, parto e puerperio, soprattutto nella popolazione romena, ucraina e macedone. L'unica popolazione in cui si è avuto un aumento è stata quella marocchina;
- le donne provenienti dal Nord Africa, in particolare dal Marocco, sperimentano il parto cesareo con complicanze quasi quattro volte di più rispetto alla popolazione italiana (SMR=4,9), mentre le macedoni quasi tre volte di più (SMR=3,8). Per quanto riguarda il taglio cesareo senza complicanze, tranne che per le donne Ucraine, nelle quali risulta meno frequente rispetto alle italiane, le donne nate nei PFPM lo sperimentano circa il doppio rispetto alle donne italiane (SMR=2,7).

Conclusioni

I dati concernenti il parto cesareo risultano essere preoccupanti e anche contro-tendenza rispetto alla situazione nazionale. È da supporre che il ricorso al parto cesareo non dipenda solo dalle condizioni di salute della donna o dal percorso della gravidanza, ma anche da altri fattori legati non solo all'organizzazione dei servizi sanitari ma anche alla difficoltà nella comunicazione, alla mancanza di mediatori culturali nei servizi e, soprattutto, alla poca continuità di cura e assistenza al paziente straniero.

Contatto: Maria Cristina Carmignani (cristinacarmignani@yahoo.it)

La psicoterapia con i migranti: ricerca, azione e formazione continua di un gruppo di psicoterapeuti

MAISTO R., COSTA S., MERINI A., RIGON G., BEVILACQUA S., BOTTAZZI M., BRACA M., CANNEVA L., CASALI P., CASSETTI A., GAMBERINI L., GENTILI C., GESSAROLI L., GIAMBONI L., GUIDOTTI MAR., GUIDOTTI MAT., MAGNANI G., MALAFFO L., MASSI L., MANCARUSO A., POLI L., PASQUINI F., PELLICCIA A., ROMANELLI S., TAVORMINA M.

Membri della Sezione Emiliano-Romagnola della Società Italiana di Psicoterapia Medica

Introduzione e obiettivi

La Sezione Emiliano – Romagnola della Società Italiana di Psicoterapia Medica ha promosso da oltre tre anni un gruppo di supervisione e ricerca aperto ai clinici interessati (psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi in formazione) operanti nei servizi pubblici, in strutture convenzionate o nel volontariato con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza degli interventi psicoterapeutici con i migranti, adulti e adolescenti, presenti nei vari ambiti di cura.

Metodi/Azioni

Gli incontri di discussione di casi hanno una cadenza mensile e il gruppo ha la caratteristica di essere alla pari. La supervisione collegiale realizzata come lavoro grupppale appare una metodologia fondamentale per l'approfondimento diagnostico, lo sviluppo di strategie di cura, l'analisi del controtransfert, aspetti questi ultimi spesso trascurati nella quotidianità del lavoro istituzionale e non. Sul piano della formazione tale metodologia ha sviluppato nel tempo una maggiore competenza tecnica e culturale.

La casistica affrontata ha riguardato migranti adulti e adolescenti, richiedenti protezione internazionale o presenti da poco nel nostro paese, e si sono considerate nel lavoro di cura anche le diverse problematiche sociali e culturali che via via emergevano, compresi aspetti socio-educativi in particolare per i minori presi in carico.

Risultati

Il gruppo di lavoro ha permesso di meglio inquadrare il disagio offerto e modulare le strategie di presa in carico; ha inoltre promosso l'indicazione di avere una grande cautela nelle definizioni diagnostiche per la salute mentale. I casi discussi andavano dai disturbi dell'adattamento, alle bouffées deliranti, dai quadri post-traumatici a quelli più complessi di possessione in cui si imponeva una lettura e un approccio complementaristico.

Il lavoro di follow up, ancora in corso, ha evidenziato una buona tenuta e continuità degli interventi di cura, a dimostrazione dell'importanza della relazione, come fattore fondante.

Conclusioni

Nel campo della salute mentale e della psicoterapia con i migranti in particolare è sempre più necessario che vi sia non solo l'approfondimento della ricerca in campo transculturale, ma prevedere momenti di confronto e formazione continua capaci di mettere in dialogo varie discipline umane per migliorare la cura e sostenere gli operatori e i clinici impegnati.

Le differenze pur presenti tra i casi di minori e adulti non hanno ostacolato il buon funzionamento dei compiti del gruppo, ma sono state uno stimolo per discussioni e confronti fecondi.

Contatto: Roberto Maisto (robertomaisto@hotmail.com)

Il progetto SPRINT: promuovere la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati tramite un approccio intersettoriale e multidisciplinare

ALBIANI S.¹, BRACCI F.², CALDES M.J.¹, CARDAMONE G.⁴, DA PRATO M.⁵, DELLI PAOLI L.¹, ZORZETTO S.⁷

¹ Centro di Salute Globale, Regione Toscana, AOU Meyer; ² IRIS; ³ Centro di Salute Globale, Regione Toscana, AOU Meyer; ⁴ AUSL Toscana Centro; ⁵ psicologa-psicoterapeuta; ⁶ Centro di Salute Globale, Regione Toscana, AOU Meyer; ⁷ psicologo-psicoterapeuta

Introduzione e obiettivi

Il progetto SPRINT è stato promosso dalla Regione Toscana, con il coinvolgimento delle tre Aziende USL regionali. Si è svolto dal gennaio 2018 all'agosto 2019, grazie ai finanziamenti del Fondo FAMI e poi a quelli regionali. L'obiettivo è stato quello di definire una strategia regionale di salute mentale di comunità volta alla presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati (adulti e minori) e MSNA, basata su un approccio intersettoriale (settore pubblico e privato sociale), multidisciplinare e multiculturale, coinvolgendo anche la medicina di famiglia (MMG e PLS) e gli operatori delle strutture di accoglienza.

Metodi/Azioni

Il progetto si è articolato su due livelli paralleli volti a supportare gli enti gestori e il Servizio Sanitario Regionale (SSR) in una presa in carico più appropriata ed efficace dei casi di disagio mentale: 1) è stata attivata una struttura operativa di progetto integrata nel SSR, articolata in un Gruppo Interdisciplinare Regionale (GIR) e tre Équipe Mobili Multidisciplinari (EMM), una per ogni AUSL. Il GIR si è occupato di consulenza antropologica, coordinamento generale degli interventi clinici, supervisione degli psicologi delle EMM e presa in carico di vittime di tortura, di tratta e di situazioni psicopatologiche più complesse dal punto di vista antropologico-culturale. Le EMM hanno svolto attività di supervisione, consulenza e presa in carico delle situazioni di vulnerabilità segnalate dai servizi sanitari e/o dalle strutture di accoglienza; 2) è stato realizzato un ampio piano di formazione, indirizzato ad operatori socio-sanitari del SSR, MMG e PLS, operatori delle organizzazioni del terzo settore. Il percorso formativo ha approfondito i seguenti ambiti: epidemiologico, salute globale, giuridico, antropologico-culturale, etno-psichiatrico e medico legale.

Risultati

Nel corso del progetto, al GIR sono pervenute 585 domande di attivazione delle EMM, che si sono poi evolute in percorsi di presa in carico variegati. Al percorso formativo hanno partecipato 460 persone, equamente suddivise tra i 3 target del progetto.

Conclusioni

SPRINT ha rappresentato un obiettivo passo in avanti verso la crescita di competenze appropriate, nonostante i problemi emergenti in un sistema di accoglienza modificato profondamente. La sperimentazione ha integrato un lavoro clinico ad impostazione etnopsichiatrica con uno sguardo antropologico e dei percorsi operativi condotti dagli educatori. Ha preso forma in tal modo una strategia di salute mentale di comunità culturalmente sensibile. Per quanto riguarda il percorso formativo, il personale del SSR ha acquisito strumenti utili a migliorare l'approccio terapeutico e la compliance di tutti gli utenti, evidenziando le potenzialità di un lavoro multidisciplinare e la necessità di potenziare l'integrazione tra i servizi socio-sanitari del territorio e le strutture di accoglienza.

Contatto: Giuseppe Cardamone (giuseppe.cardamone@uslcentro.toscana.it)

Percorsi di Cura ed Inclusione Sociale: il progetto START 2.0 Servizi sociosanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale 2.0

BRUNO V.¹, SIMONINI F.¹, ALBERTI M.³, FESTA G.³, FERRARI M.², GRITTI M.¹, INDELICATO A.¹, TURA G.B.⁴, TURRINA C.¹, EL HAMAD I.¹

¹ Progetto START 2.0, ASST Spedali Civili di Brescia; ² Progetto START 2.0, Cooperativa Sociale La Vela - Brescia;

³ Progetto START 2.0, Associazione ADL Zavidovici - Brescia; ⁴ Progetto START 2.0, IRCCS Centro S. Giovanni di Dio - Fatebenefratelli - Brescia

Introduzione e obiettivi

Il progetto Fami START 2.0 nasce come prosecuzione naturale del precedente progetto START (2016-2018), in risposta alla crescente esigenza del territorio bresciano di strutturare percorsi di presa in carico psico socio sanitaria, rivolti a Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) adulti e minori in situazione di vulnerabilità psichica e/o fisica.

Metodi/Azioni

Il modello Biopsicosociale, alla base della presa in carico integrata proposta, vede l'attivazione di percorsi di cura che tengono conto della vulnerabilità del singolo, non solo dal punto di vista psichico, ma anche sociale e relazionale. Sono previste azioni di sostegno psicologico, di valutazione psichiatrica e neuropsichiatrica infantile che integrano l'intervento dei Servizi Pubblici di Salute Mentale con quelli offerti dai partner del privato sociale. Nei casi di vulnerabilità psichiatrica viene considerata l'attivazione di un servizio sul modello di Macroattività Ambulatoriali Complesse (MAC) presso IRCCS S. Giovanni di Dio-FateBeneFratelli, al fine di coordinare le prestazioni diagnostiche e terapeutiche delle differenti figure specialistiche. L'approccio terapeutico è affiancato da progetti di inclusione e reinserimento sociale sul territorio, con l'obiettivo di integrare i molteplici aspetti della vita della persona. A tal fine l'operatore sociale inserito all'interno dell'equipe, partecipa attivamente alla costruzione di una proposta progettuale a partire dalle esigenze del singolo RTPI in condizione di vulnerabilità psichica.

Risultati

Dal 01/09/2018 al 30/01/2020, sono stati presi in carico 549 utenti (102 F e 447 M) RTPI; tra questi il 22,7 % (125 pazienti) adulti e minori (42 F e 83 M) hanno beneficiato dei servizi di Salute Mentale individuale. L'87,2% (109 pazienti) ha usufruito dei servizi di Salute Mentale Adulti; mentre del 12,8 % (16 pazienti) di minore età, il 75% (12 minori) ha effettuato valutazione Neuropsichiatrica Infantile. Inoltre 60 RTPI adulti e minori sono stati inclusi in percorsi di presa in carico socio-educativa: inserimento in corsi di lingua italiana, progetti di orientamento ed integrazione sul territorio, attivazione di tirocini formativi ed un supporto concreto all'acquisizione di abilità e competenze per la ricerca lavoro. Per 9 nuclei famigliari presi in carico sono stati attivati gli interventi di educativa domiciliare.

Conclusioni

Le occasioni sociali integranti e di partecipazione attiva all'interno dei contesti di vita delle persone, a sostegno dei percorsi di cura attivati, hanno rappresentato un prerequisito necessario per il raggiungimento di un più ampio benessere biopsicosociale. I risultati raggiunti dal progetto START 2.0 hanno confermato la validità di tale modello, evidenziando un miglioramento delle condizioni psicofisiche degli utenti presi in carico e l'attivazione di un sistema di *network* tra i servizi presenti sul territorio.

Contatto: Vincenzo Bruno (vince.bruno@hotmail.it)

Accoglienza, riconoscimento e cura. Oltre il trauma, verso la ricostruzione di una trama narrativa

PAGANI S., PAGLIARANI G., PUERINI E.

UOS Medicina legale Senigallia - Asur marche 2; DSM di Senigallia - Asur marche 2; Psicologa - psicoterapeuta libera professionista.

Introduzione e obiettivi

Descrizione di un percorso di presa in carico in equipe multidisciplinare e certificazione medico legale di un richiedente asilo vulnerabile vittima di tortura.

Il dispositivo coinvolge l'U.O. di medicina legale e il DSM di Senigallia, il servizio etnoclinico di un CAS e una mediatrice linguistico-culturale del privato sociale con l'obiettivo di fornire una risposta ai bisogni di salute di persone appartenenti a gruppi vulnerabili.

Metodi/Azioni

Caso clinico: Richiedente asilo (RA) di 20 anni della Guinea Bissau accolto nel progetto emergenza della Prefettura di Ancona. Dal colloquio emerge la volontà da parte del RA di condividere il complesso vissuto traumatico e il carico di sofferenza passata e presente, in particolare le esperienze traumatiche sopportate durante la detenzione in Libia. Presenta un quadro clinico dato da tensione continua, angoscia che impedisce il riposo notturno. La storia di vita è costellata di traumi gravi e violenti: l'assassinio del padre durante il colpo di stato, il cui corpo non è mai stato riconsegnato alla famiglia. Dalle cicatrici visibili e invisibili e dal dolore fisico cronico emerge la violenza subita nella detenzione in Libia, un passato che non riesce a farsi memoria e che sembra possederlo, provocando una disarticolazione della continuità soggettiva. La Storia diventa sintomo.

Il percorso ha previsto:

- strutturazione colloqui con psichiatra, psicologa e mediatrice;
- psicoterapia con approccio etnoclinico;
- valutazione co-condotta da medico legale, psicologa e mediatrice e visite medico-legale;
- intervizione tra psicologa, psichiatra e medico legale;
- rilascio collegiale della certificazione medico legale che assume funzione di testimonianza;
- in tutto il percorso il dispositivo della mediazione interculturale costituisce elemento chiave nella facilitazione della comunicazione tra RA ed operatori.

Risultati

Creazione di un percorso di intervento integrato con sinergia delle azioni cliniche e psicologiche per migliorare la presa in carico dell'utenza vulnerabile vittima di torture fisiche e psicologiche nonostante la carente organizzazione dei servizi in tal senso.

La persona da "vittima" diventa "testimone", rendendo possibile una forma di ri-soggettivazione.

Conclusioni

Il caso mostra come per redigere la certificazione sia necessario che la vittima riacquisti la parola ed esponga la propria storia e le proprie ferite alla verifica di testimoni.

C'è l'urgenza di essere creduti, di essere qualcuno per qualcuno.

Il SSN deve riconoscere i bisogni emergenti, avviare strumenti operativi adeguati ad assistere un'utenza vulnerabile multiculturale, "marchiata" da traumi e violenze psico-fisiche.

L'attenzione rivolta a far emergere queste sofferenze, spesso trascurate o nascoste, si deve tradurre in interventi integrati medico-psicologici coinvolgenti i servizi pubblici e privati secondo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Significa riconoscere un valore "terapeutico" alla stessa strutturazione della rete.

Contatto: Giuseppina Pagliarani (gpaglia@hotmail.it)

Immigrati e Servizi di Salute Mentale: accessibilità e fruibilità nel territorio di Roma

MORGILLO T., COLOSIMO F.

SIMM

Introduzione e obiettivi

La Costituzione Italiana (art. 32) riconosce il diritto alla salute a tutti gli individui, anche indigenti. La legge 286 del 1998 regola e garantisce il diritto di inclusione nel Sistema Sanitario Nazionale degli immigrati.

L'obiettivo è quello di descrivere quali sono le principali barriere all'accesso e alla fruibilità ai Servizi di Salute Mentale nel territorio di Roma.

Metodi/Azioni

A partire dalla consultazione della normativa in ambito sanitario, dalla mappatura di alcuni servizi di salute mentale di Roma e dalle interviste semi-strutturate a diversi operatori socio-sanitari, sia pubblici che del terzo settore, sono state descritte alcune delle barriere all'accesso e alla fruibilità ai suddetti servizi.

Risultati

Esistono alcune barriere che le persone straniere e migranti regolari e irregolari incontrano nell'accedere ai Servizi di Salute Mentale e che possiamo distinguere in barriere di accesso e barriere di fruibilità. Per barriere di accesso (giuridico-legali, economiche, burocratiche-amministrative e organizzative) si intendono anche gli ostacoli che il migrante che arrivi a contattare un Centro di Salute Mentale può incontrare in fase di richiesta, mentre per barriere di fruibilità intendiamo le barriere che possono essere incontrate nelle azioni successive all'accesso (barriere linguistiche, comunicative, interpretative e comportamentali) ed ostacolare la possibilità della persona di avvalersi di tutti i servizi offerti.

Spesso queste disuguaglianze in salute sono sorrette anche da una netta discrepanza tra la normativa sanitaria e la prassi, determinata dalle difficoltà all'interno dei servizi.

Conclusioni

Avendo messo in evidenza alcune delle barriere di accesso e fruibilità della popolazione straniera e migrante ai Servizi di Salute Mentale di Roma, è auspicabile avviare una riflessione sulla necessità di una riorganizzazione dei servizi pubblici di salute mentale per l'utenza straniera e un arricchimento dei servizi soprattutto in termini di risorse umane.

Contatto: Teresa Morgillo (morgillo.teresa@gmail.com)

Il Progetto TR 98: Valutazione, presa in carico, formulazione di percorsi di cura e di progetti riabilitativi individuali per persone migranti, richiedenti asilo, vittime di tortura. Presentazione dati e metodologia

CONTINI M., EUSEBIO C., MASCAZZINI E., MARZAGALIA M., STIRONE V., TORRESIN A., CARDULLO A.

Servizio di Etnopsichiatria ASST GOM Niguarda; C.P.S. Cinisello Balsamo ASST Nord-Milano

Introduzione e obiettivi

Il Progetto Innovativo Regionale (PIR) TR98 ha visto nel 2019 l'implementazione di percorsi di cura individualizzati rivolti a persone migranti, richiedenti asilo, vittime di violenza intenzionale e di traumi estremi. Sono stati realizzati, presso il Servizio di Etnopsichiatria dell'ASST GOM Niguarda e presso il Centro Psico-Sociale di Cinisello Balsamo dell'ASST Nord-Milano, percorsi terapeutici integrati, continuativi e in stretta sinergia con i Servizi del territorio. Attraverso la presentazione di dati relativi alla presa in carico dei beneficiari del progetto si porterà una riflessione sulla metodologia di lavoro promossa.

Metodi/Azioni

Il Progetto, attivo su due Servizi afferenti a due diverse ASST, ha portato avanti una metodologia caratterizzata da una presa in carico intensiva dal punto di vista psico-sociale. I colloqui si sono svolti in un setting "allargato" e demedicalizzato. La presa in carico ha previsto l'utilizzo di specifiche tecniche di psicotraumatologia e, a seconda dei bisogni individualizzati del singolo utente, la presenza di varie figure professionali (mediatori culturali, operatori dell'accoglienza, operatori sociali, legali e medico-legali) mettendo costantemente al centro il dato relazionale e culturale. L'attività di mappatura delle risorse e dei servizi, oltre che di formazione, ha permesso la creazione di una rete di servizi integrata.

Risultati

Il progetto ha visto lo svilupparsi di un modello di presa in carico coerente con le indicazioni delle Linee guida emanate dal Ministero della Salute nel 2017. La ricognizione e la mappatura delle realtà territoriali esistenti effettuata ha permesso di individuare risorse adatte a percorsi riabilitativi sia a livello individuale che gruppale. I percorsi di integrazione sociale e lavorativa, avviati durante l'anno scorso, sono stati implementati e portati avanti grazie alla stretta collaborazione con i Servizi territoriali dedicati. L'approccio multidisciplinare sembra rispondere in modo adeguato alle caratteristiche specifiche di un'utenza che presenta in prevalenza disturbi psichici legati a fattori traumatici.

Conclusioni

L'utenza migrante portatrice di disturbi post-traumatici è caratterizzata da una struttura personale non integrata e non coesa. Tali utenti sono portatori di domanda di aiuto e cura con una specifica complessità, cui sembra necessario rispondere tramite un *network* di servizi specialistici che lavorino in modo sinergico, integrato e coeso. Le attività di formazione rivolte agli operatori di CAS e SPRAR, agli operatori dei Comuni e dei servizi sanitari, di Questura e Prefettura e ai membri delle Commissioni Territoriali della Lombardia, hanno permesso la condivisione di elementi teorici e operativi rispetto alla gestione delle diverse relazioni con questa utenza, in particolare riguardo ai rischi relativi al trauma vicario, in un'ottica di prevenzione del burn-out degli operatori.

Contatto: Matteo Contini (matteo.contini@ospedaleniguarda.it)

Programma di Assistenza, Sostegno, Sviluppo e Integrazione per richiedenti asilo e minori

MACIOCIA L., BALDANZI M.G.

ASL Frosinone DSMPD

Introduzione e obiettivi

Il Programma PASSI nasce dall'esigenza di strutturare una Comunità di Pratica per la presa in carico, la diagnosi e il trattamento del disagio mentale tra gli ospiti dei CAS e degli SIPROIMI (l'evoluzione degli SPRAR); soprattutto vuole affrontare le dinamiche psichiche che nascono dalla permanenza nella strutture senza chiarezza per l'avvenire, che vanno a sommarsi al disturbo post traumatico da stress dovuto al trauma del viaggio, delle torture, del mare, della prigionia, delle violenze, ecc.; la Comunità di pratica che si struttura è formata da una équipe di operatori del DSMPD ASL Frosinone, uno psichiatra, due psicologi, un'assistente sociale, e figure tecniche delle cooperative di accoglienza, che, con incontri periodici, lavorano per strutturare percorsi di diagnosi, trattamento e cura condivisi. La Comunità sta tendendo altresì a superare la nosografia psichiatrica occidentale per un approccio di rispetto della cultura originaria e delle commistioni culturali, oltre che dello stretto rapporto tra povertà e disagio mentale.

Metodi/Azioni

Incontri periodici in modalità di comunità di pratica, con discussioni cliniche su singoli pazienti, strutturazione di percorsi metodologici terapeutici, percorsi di inclusione sociali; supervisione periodica degli operatori delle cooperative di accoglienza; visite psichiatriche e psicologiche a seguito di discussione di équipe alla presenza di personale delle cooperative e con mediatore culturale di madre lingua.

Risultati

Il percorso è attivo dal mese di ottobre 2019; sono state redatte circa 10 relazioni per le Commissioni territoriali, con alterna fortuna; supervisione periodica quindicinale degli operatori di base; incontri mensili del gruppo di comunità di pratica, con coinvolgimento dei pastori evangelici nigeriani per il trattamento delle vittime di tratta.

Conclusioni

Il DSMPD sta attraversando un periodo di difficoltà nel trattamento del disturbo mentale e delle dipendenze a causa della scarsità di personale. La strada della rete con le Cooperative, oltre ad essere necessaria, è diventata essenziale per superare le difficoltà e le liste di attesa. Resta un obiettivo comune quello della creazione di percorsi di inclusione sociale che richiedono necessariamente processi di apertura culturale all'inclusione. Il percorso di inserimento nel PASSI è stato ratificato con Delibera ASL ed è diventato un PDTA. Si registrano difficoltà nella stabilizzazione della rete interna alla ASL, con conflittualità tra servizio multietnico e cura della salute fisica medica e salute mentale.

Contatto: Lucio Maciocia (luciomaciocia@gmail.com)

L'esperienza dell'Egypt Cirque: il circo sociale e la teatroterapia come cura individuale, di gruppo e di comunità

POLITO A., BONADIES S.

PuntoPsi Ricerca e Intervento in Psicologia

Introduzione e obiettivi

Le Arti Terapie, e nello specifico l'uso del teatro e delle arti circensi, sono strumenti capaci di promuovere il benessere psicologico e l'inclusione sociale poiché permettono la riscoperta di sé stessi come capaci di fare e di realizzare in armonia con sé stessi e con gli altri, sfatando le credenze di inefficacia personale che spesso minano i percorsi migratori dei Minori Stranieri Non Accompanati.

Le attività artistiche, grazie alla loro capacità di incrementare la resilienza, favorire l'analisi del proprio passato e la costruzione di progetti per il futuro, sono indispensabili per accompagnare i MSNA nella realizzazione del proprio progetto migratorio. Esse permettono, infatti, da un lato di riscoprire, valorizzare e ridare senso alla propria cultura di origine, alla propria simbologia e alla propria "cosmo-logica" (Coppo, 2008), dall'altro riducono lo stress acculturativo, favorendo l'incontro con la cultura e la popolazione del paese d'arrivo.

La messa in scena di opere teatrali e circensi non può prescindere dal coinvolgimento della comunità locale che nel suo ruolo di spettatore e di sostenitore può acquisire nuove consapevolezze.

Il progetto Egypt Cirque ha avuto diversi obiettivi: il principale è stato quello di permettere che i MSNA coinvolti potessero avere uno spazio per acquisire competenze nuove al fine di ridurre il senso di inefficacia personale. Al contempo, il laboratorio è stato pensato come uno spazio di riflessione e di condivisione dei vissuti migratori e post migratori. Infine, il coinvolgimento della comunità locale (paese arbrëshe del Pollino) nella progettazione e nella realizzazione degli spettacoli ha permesso una riscoperta delle proprie radici migranti ed una nuova apertura ai processi transculturali che la attraversano.

Metodi/Azioni

Si è realizzato un laboratorio di teatro e arti circensi che ha coinvolto 6 MSNA e 2 operatori del centro SPRAR di Acquaformosa (CS) e al cui interno sono stati creati diversi spettacoli, sia formali (alla cui organizzazione tecnica hanno partecipato i ragazzi della comunità locale) che informali, denominati raid teatrali, i quali avevano come obiettivo quello di creare spazi di discussione, confronto e sensibilizzazione con la comunità locale sui temi delle migrazioni, delle identità migranti e della transculturalità.

Risultati

Comunità locale e gruppo di MSNA, a specchio, hanno potuto ragionare sulle proprie identità migranti, trovando così legami e vissuti comuni.

Conclusioni

L'uso delle artiterapie è risultato particolarmente utile per aumentare il livello di autoefficacia dei MSNA coinvolti e per favorire l'incontro e l'inclusione sociale.

Contatto: Simonetta Bonadies (info@puntospsi.it)

Il Servizio di Consultazione Culturale dello SPRAR/SIPROIMI di Bologna. Dalla valutazione psicopatologica alla gestione in rete della vulnerabilità psichica di richiedenti asilo e rifugiati

SPIGONARDO V., CACCIATORE F., CAMPALASTRI R., DEL BORRELLO A., JATIN L., KANA M., MARTELLI M., NOLET M., MENCACCI E., NICOLINI G., RONDELLI R., FIORITTI A.

A.S.P. città di Bologna; Dipartimento di Salute Mentale, Bologna; Cooperativa Sociale Dolce, Bologna; Scuola di specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Bologna; Cooperativa Sociale Arca di Noè, Bologna;

Introduzione e obiettivi

Il Servizio di Consultazione Culturale (SCC) di Bologna fornisce assistenza psichiatrica e psicologica ai rifugiati e richiedenti ospitati dall' A.S.P di Bologna (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona) all'interno del progetto SPRAR/SIPROIMI, SPRAR/DM (vulnerabilità legata al disagio mentale) e SPRAR/MSNA (minori non accompagnati). Nella provincia di Bologna il numero totale di richiedenti asilo e rifugiati nello SPRAR è di 1013 persone, tra questi 60 sono nello SPRAR/DM e 267 nello SPRAR/MSNA. Il SCC lavora in maniera integrata con il Dipartimento di Salute Mentale di Bologna all'interno dei progetti Start-ER 2 (Salute, Tutela e Accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna), I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum Seekers and Refugees in Emergency), Casp-ER (Piano regionale multi-azione per l'integrazione) e con il Terzo Settore. Il servizio ha l'obiettivo sia di offrire uno spazio clinico con specifiche competenze transculturali, sia essere un punto di raccordo tra i diversi attori della scena sociale e sanitaria.

Metodi/Azioni

Il SCC di Bologna è formato da 2 psichiatri (Asp e Università di Bologna), 3 psicologi (Asp, Start-ER e Casp-ER), 1 antropologa (Start-ER), 1 infermiera (Star-ER) e si articola attraverso due diversi modelli operativi: la consultazione culturale e il lavoro psicoterapeutico etnopsichiatrico.

La consultazione culturale fornisce una valutazione psichiatrica e psicologica per tutti gli utenti individuati dagli operatori dell'ASP come vulnerabili o potenzialmente affetti da problematiche psicologiche/psichiatriche. Dopo tre/quattro consultazioni viene prodotta una relazione clinica da parte dello psichiatra del Servizio, e viene individuato un possibile percorso di cura. Per gli utenti nei quali viene riconosciuto un distress psicologico che richiede competenze culturali e cliniche specifiche (traumi severi, abusi sessuali, esperienze di violenza/guerra, etc.) il SCC fornisce un percorso psicoterapeutico basato sui principi di base dell' etnopsichiatria.

Il SCC fornisce due ore mensili di supervisione etnoclinica aperta a tutti gli operatori dello SPRAR.

Risultati

Nel 2019 (l'anno di attività) il numero totale di consultazioni è stato di 73, di cui 5 per pazienti ricoverati presso Servizi di Diagnosi e Cura psichiatrici. Le altre consultazioni riguardavano sia utenti del Dipartimento di Salute Mentale di Bologna, sia persone non conosciute ai Servizi. I percorsi etnopsichiatrici attivati sono stati 34 e gli incontri di supporto con gli operatori sono stati 21.

Conclusioni

Il servizio si muove verso un percorso di integrazione tra Servizio Pubblico e Privato Sociale, mettendo in rete risorse che promuovano competenze culturali e diffusione di buone pratiche. Rimangono aperti al dibattito temi quali la formazione clinica degli operatori, la raccolta e condivisione di dati scientifici e la ricerca di fondi per un consolidamento nel tempo di tale progetto.

Contatto: Vincenzo Spigonardo (vincenzo.spigonardo@gmail.com)

Il dispositivo di cura verso la soggettivazione - Progetto FAMI 2.0

BRUNDO F.

Centro Salute Mentale distretto 11 - ASL 3 genovese

Introduzione e obiettivi

La seguente relazione riguarda il lavoro di supporto psicologico effettuato all'interno del progetto FAMI (Fondo Asilo e Migrazione) Prog. 1941 IN DIVENIRE 2.0: "In divenire - Saper essere per saper fare".

L'obiettivo del progetto è avviare un percorso di psicoterapia individuale o di gruppo con i pazienti portatori di problematiche psichiche: chi ha subito torture, violenza psicologica, fisica o sessuale, vittime di tratta, disabili, minori stranieri non accompagnati al fine di curare un eventuale disturbo post traumatico da stress e le problematiche psicologiche che possono derivare dalla condizione di migrante.

Metodi/Azioni

La persona migrante vive esperienze che lo svuotano dei propri elementi psichici e culturali riducendolo a "solo corpo": braccia da lavoro; corpo lesionato o abusato; corpo trasportato e gestito da altri; corpo illegale. Il dispositivo di cura mira a restituire soggettività alla persona, favorendo il passaggio da vittima dei propri accadimenti traumatici a testimone della propria storia che contiene quegli avvenimenti.

Concretamente il lavoro inizia entrando in contatto con gli operatori sociali che si occupano dell'assistenza al migrante: responsabile ed educatori di struttura, assistente sociale, operatori legali.

Il caso viene analizzato con l'equipe di lavoro prendendo in esame:

STORIA MIGRATORIA: condizione socio-familiare pre-partenza, ragioni della migrazione, rapporto con il mondo di origine, rapporto con elementi spirituali, esperienze durante la migrazione.

PERMANENZA IN ITALIA: accesso nel Sistema di Accoglienza, attuale posizione legale, progetti in essere e futuri.

CRITICITÀ' CLINICO-ESISTENZIALI: etiologia del disagio evidenziando gli elementi fattuali e simbolici che il paziente stesso riconosce come scatenanti malessere. Il lavoro non può strutturarsi seguendo metodi e teorizzazioni derivanti da un approccio psichiatrico occidentale classico, ma deve in tutti i casi costruirsi seguendo un approccio SISTEMICO nella comprensione delle dinamiche socio-familiari; NARRATIVO nel tessere la storia personale in maniera dialogica e condivisa; POLITICO inserendo la storia del paziente in un processo di soggettivazione all'interno di un contesto storico passato e attuale

Risultati

I pazienti spesso mostrano miglioramenti repentini derivati dal contenimento terapeutico accanto al permanere di elementi che più profondamente creano disturbo e dolore. Appare tuttavia evidente che percepire una figura che si occupi unicamente di creare senso esistenziale nei vissuti concreti e simbolici, in rete con gli operatori sociali e legali che supportano concretamente il percorso, sia estremamente strutturante per la persona migrante che recupera coesione, seppur in aspre condizioni cliniche.

Conclusioni

Il dispositivo terapeutico offre alla persona uno spazio nel quale rileggere il proprio passato, restituendo una narrazione sensata che riconosca alla propria esistenza un ruolo interno a una narrazione sociale e politica patogena ed alienante per il singolo.

Contatto: Federico Brundo (Federico.brundo@gmail.com)

SESSIONE 3

ADVOCACY:
DALLA COSTRUZIONE AI RISULTATI



Consapevolezza di un impegno e l'*advocacy* di domani

Salvatore Geraci

Area sanitaria Caritas Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Forti di una storia di 30 anni, possiamo certamente dire che un elemento costitutivo o comunque identitario della SIMM è l'impegno per affermare il diritto alla tutela sanitaria degli immigrati. Come testimoniano i vari documenti prodotti nel tempo o gli atti dei 15 Congressi societari celebrati, questo non è stato il solo ambito di riflessione ed azione della nostra società, ma è quello che costantemente è stato presente nella SIMM dall'inizio ad oggi.

Questo impegno ne motiva la nascita come "rete" prima e "reti di reti" poi, ne giustifica la caparbia volontà nel creare connessioni tra attori diversi a livello nazionale e locale, fa capire l'ostinazione a smussare approcci operativi o riferimenti culturali non sempre sovrapponibili. Pur essendo prima ed unica società scientifica che ha come specifico target di riferimento la salute della popolazione immigrata, la SIMM non ha mai voluto sottolineare questa primogenitura e originalità andando a cercare continuamente alleanze e collaborazioni, a volte "cedendo sovranità" dovuta alla sua storia, esperienza e competenza, consapevole che insieme e nel "meticciamento" si potessero raggiungere obiettivi alti: emersione di diritti, riconoscimento di dignità, modifiche di atteggiamenti, giustizia sociale. E questo senza mai cedere a facili compromessi o inutili vittimismo o, peggio, ad arrendevoli posizionamenti: disposta, questo sì, a mettersi in gioco, a ricominciare percorsi, a ricostruire trame valoriali. Forse, a volte, non

si è brillato in tempestività e velocità ma certamente ci si è caratterizzati in caparbia, ostinazione ... e coerenza.

Quanto scritto, è probabile che ai soci più anziani di frequentazione della SIMM o dei GrIS, possa far emergere ricordi più o meno circostanziati di iniziative prese, di battaglie fatte, di conquiste o delusioni. Alcuni semplici titoli evocativi: il diritto negato o nascosto; un pediatra per ogni bambino; il pendolo di ambiguità; contro una legge patogena; cittadinanza è salute; pacchetto sicurezza: inutile, dannoso anzi pericoloso; salute senza esclusione; noi non segnaliamo; doppio livello partecipativo; le 3 P (procedure, percorsi, processo).

Tutto ciò è inscrivibile nel capitolo dell'*advocacy*, a volte inconsapevole, anche involontaria, altre volte circostanziata e ostinatamente perseguita. In alcuni casi inconsistente: non basta una firma in una lettera o esprimere un'opinione "contro" per fare *advocacy*; altre volte evocata ma non riuscita, ed ancora realizzata con un percorso ineccepibile. Nel tempo abbiamo scoperto che per l'*advocacy* ci vuole metodo, non solo intuizione, fantasia, passione e impegno. O forse ci vuole tutto questo ed ancora molto altro.

Il documento predisposto dalla SIMM che troverete tra gli allegati, nasce da un percorso partecipato (vedi lo specifico contributo in "La SIMM informa") e certamente è un tassello importante per costruire una comune visione sul tema dell'*advocacy*. Un percorso analogo lo abbiamo

già fatto nel 2007 quando, man mano che si consolidavano i primi GrIS sull'esempio di quello del Lazio e in sequenza Trento, Sicilia, Sardegna e Lombardia, avevamo chiesto un approfondimento sul senso del lavoro di rete, sulle basi teoriche, sui possibili sviluppi. Oltre che cominciare a parlare un linguaggio comune, riuscimmo a passare dal particolare della nostra esperienza, al generale, al globale, e questo ci diede la spinta e le motivazioni per attivare nuovi GrIS e per arrivare a quel che siamo e a quel che potremmo divenire¹.

E così oggi sappiamo che le azioni di *advocacy* possono essere intraprese con diversi ruoli (l'esperto tecnico, il mediatore, il *capacity-builder*, il lobbista) e che comunque queste prevedono un processo continuo, con tappe precise, ... ma anche elasticità e creatività.

La SIMM è stata tutto questo, con ruoli diversi in momenti diversi o in fasi diverse dello stesso processo. La prima azione significativa di *advocacy* come gruppo risale al 1995, non che non ci fossero stati tentativi precedenti ma non andarono in porto. Nel 1995 si "allinearono" alcune circostanze in cui l'azione di denuncia/proposta di circa venti associazioni, coordinate dalla SIMM, per far emergere il diritto alla tutela della salute delle persone "ombra", invisibili ai diritti come gli immigrati senza permesso di soggiorno, si incontrò con la sensibilità e la competenza di un ministro, prof. Elio Guzzanti, e la reciproca fiducia in un gruppo di "esperti sul campo". Rimandiamo la

cronaca di quello che successe a specifiche pubblicazioni², ma è interessante rimarcare come proprio in quell'occasione i vari ruoli si confusero: da esperti a lobbisti, da chi fa la denuncia sociale a mediatori con i vari gruppi politici, a tecnici a servizio di chi, in questo caso il ministro, ne fa una proposta politico-programmatica. Questo ruolo, che potremmo definire "di lotta e di governo" la SIMM lo ha avuto spesso e più spesso di quanto si pensi è stato di successo³.

In altri casi il percorso di *advocacy* è stato più tradizionale, pensiamo alla mobilitazione condotta contro la proposta, contenuta nel pacchetto sicurezza del 2008-2009, di abrogare il comma 5 dell'articolo 35 del Dlgs 286/1998 (Testo Unico sull'Immigrazione) che vieta la segnalazione alle Autorità qualora un immigrato in condizione di irregolarità avesse bisogno di un intervento sanitario, anche in forma ordinaria. La campagna "noi non segnaliamo", nata durante un congresso SIMM a Trapani insieme a MSF (Medici Senza Frontiere), ASGI (Associazione Studi Giuridici Immigrazione) ed in seguito FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri), è stata ineccepibile per metodo e risultato⁴.

Se dovessimo trovare una linea di congiunzione dell'impegno della SIMM in ambito di *advocacy*, ad esempio negli episodi citati ma anche in molti altri, compresi gli attuali, è certamente quella dell'alleanza, della coalizione, del "patto" fra attori diversi, consapevoli ciascuno delle proprie

¹ Vedi i volumi: "In rete per la salute degli immigrati. La società Italiana di Medicina delle Migrazioni ed i Gruppi Immigrazione e Salute", Quaderni di InformaArea, Roma, febbraio 2007 (scaricabile on line) e "In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'aspettata esperienza", Pendragon, Bologna, 2012.

² Geraci S.: "Articolo tredici. Un diritto ritrovato?" in *Immigrazione e salute: Un diritto di carta?*, Anterem, 1996, Roma, pp. 99:121.

³ Geraci S.: "Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di *advocacy*" in *Sistema salute*, vol. 61, n. 3, luglio settembre 2017, Perugia, pp. 15:28.

⁴ è possibile ripercorrere gli avvenimenti di quei giorni (autunno 2008 - estate 2009) alla pagina: <https://www.simmweb.it/archivio-sito/index-38.html?id=358>

competenze e possibilità/capacità operative, che decidono di impegnarsi congiuntamente per uno specifico obiettivo e che operano sinergicamente dando spazio all'uno o all'altro in rapporto all'azione da intraprendere, all'interlocutore da incontrare. In questo modo si preserva il ruolo di tecnici, proprio di una società scientifica, e nello stesso tempo non si elude a quello di "attivisti per il diritto alla tutela della salute", proprio della storia di una società scientifica come la SIMM.

Gli ultimi anni hanno messo alla prova questo posizionamento della SIMM in ambito di *advocacy*. Se precedentemente ci si era abituati ad essere riconosciuti come una società scientifica specificatamente competente e per questo presente nella stesura di quasi tutti i recenti documenti di *governance*⁵, improvvisamente, in particolare nel periodo dei governi Conte, non solo non si è riusciti ad essere interlocutori tecnici ma le stesse collaborazioni istituzionali hanno avuto alti e bassi. Se da una parte viene sospeso inspiegabilmente il Programma Linee Guida che aveva già prodotto due documenti di rilievo⁶, dall'altra si avvia una progettualità governata dal Ministero della salute di cui riferiamo in altre parti di questo volume (progetto FO-OTPRINTS). Soprattutto ci si trova di fronte a subentranti "decreti sicurezza" che fortemente condizionano la salute dei cittadini immigrati e, infine, la SIMM è tenuta fuori da eventuali percorsi tecnici come quelli portati avanti in questo periodo di pandemia per garantire forme di accoglienza

in sicurezza e dignità agli immigrati ed ad altri soggetti socialmente fragili.

Non è quindi un caso che proprio all'indomani dell'emanazione della Legge 132/2018 (il famoso decreto sicurezza di Salvini) si sente la necessità di riprodurre una "coalizione" come quella del 2009 (campagna noi non segnaliamo) che però vuole essere più ampia ed inclusiva e vuole andare oltre l'emergenza del momento. Ci si struttura in un Tavolo di coordinamento (TIS: Tavolo Immigrazione Salute) con tutte le organizzazioni/associazioni umanitarie che a livello nazionale si occupano di salute degli immigrati sia in forma diretta che indiretta (ambulatori, presidi mobili, azioni legali, *advocacy*) e con la partecipazione, come uditori, di organismi internazionali e nazionali (UNHCR, IOM e ISS) e strettamente interconnessi ad altri tavoli simili con specifici interessi (Tavolo Nazionale Asilo - TA e Tavolo Minori - TM).

Proprio dal Tavolo Immigrazione e Salute sono scaturite le ultime prese di posizione, appelli e proposte per modifiche e per la cancellazione della Legge voluta da Salvini. Da aprile 2020, in piena emergenza pandemia, è partita anche una vera campagna di *advocacy* per ottenere delle indicazioni chiare e una attenta organizzazione per l'accoglienza in sicurezza per immigrati e profughi, minori non accompagnati, vittime di tratta, senza dimora italiani e stranieri, e la tutela della salute delle persone in insediamenti informali e per chi è costretto a vivere sulla strada.

Lettere circostanziate, interventi in

⁵ Pensiamo ad esempio al documento per la corretta interpretazione della normativa sanitaria (Accordo del 2012), alla prima stesura del protocollo olistico riconoscimento età (Accordo delle Regioni del 2016) e alle cosiddette Linee guida per le vittime di violenza intenzionale e di tortura (Accordo del 2017)

⁶ vedi "Il programma nazionale Linee Guida Salute Migranti" negli Atti del XV Congresso SIMM 2018. Pen- dragon, Bologna, pp. 33:35 Le due Linee Guida licenziate sono state: "I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri d'accoglienza" (Accordo Stato Regioni e PA n. 108 del 10 maggio 2018) e "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia", febbraio 2018

Convegni nazionali, incontri con politici e tecnici, due rilevazioni a livello nazionale sulle criticità dell'accoglienza e su come ci si è progressivamente organizzati, comunicati stampa, azione di *lobbying* costante, presenza in un tavolo definito tecnico ma ancora poco incisivo ... sono le azioni congiunte tra il TIS e TA e TM degli ultimi otto mesi oltre che un confronto continuo per capire il percorso migliore da perseguire.

In questo cantiere di *advocacy* la SIMM non ha voluto rinunciare al proprio ruolo tecnico politico e così ha avviato un nuovo monitoraggio delle politiche locali per ogni singola Regione e Provincia Autonoma, partendo da una condivisione e messa a punto dello strumento (12 ambiti da indagare e criteri di valutazione) nell'ul-

timo InterGrIS di Napoli (maggio 2019). Ai 12 ambiti scelti si è aggiunto successivamente anche un quesito su specifiche politiche relative a come sia stato affrontato il tema Covid. Proprio su questo argomento, le prime 10 schede pervenute da altrettanti Regioni indicano una diffusa debolezza e incertezza.

La rilevazione comprenderà gli atti emanati entro il 31 dicembre 2020 e permetterà di valutare come i singoli enti locali stiano implementando le politiche di tutela della salute degli immigrati e abbiano posto attenzione ad essi durante la pandemia. Sarà possibile anche comparare i diversi approcci regionali e finalizzare eventuali azioni future di *advocacy* dei singoli GrIS sulle evidenze più critiche.

Tabella Monitoraggio delle politiche 2020

(atti emanati entro il 31 dicembre 2020)

Indicatore 1:

Iscrizione al SSR dei minori STP ed ENI

Verificare il recepimento della previsione di iscrizione al Servizio Sanitario, in condizioni di parità con i cittadini italiani, dei minori stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (minori STP ed ENI, fino a 18 anni d'età).

Indicatore 2:

Autodichiarazione di effettiva dimora per l'iscrizione al SSR per i richiedenti asilo

Verificare il recepimento della circolare nazionale dell'autodichiarazione di effettiva dimora per l'iscrizione al Servizio Sanitario dei titolari di permesso di soggiorno per richiesta asilo.

Indicatore 3:

Verifica di politiche che prevedano la presenza, all'interno delle ASL, di un servizio di mediazione linguistico-culturale

Verificare la presenza di indicazioni per l'utilizzo di mediatori linguistici e culturali nei servizi, al fine di agevolare i rapporti con gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi.

Indicatore 4:**Implementazione delle Linee Guida sulle vittime di tortura**

Verificare il recepimento del decreto di adozione delle *"Linee guida relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale"* (Accordo Stato Regioni e PA n. 43 del 30 marzo 2017).

Indicatore 5:**Implementazione del Protocollo per il riconoscimento dell'età dei minori**

Verificare il recepimento del *"Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati"* (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, atto n. 16/30/CR09/C7-C15 del 3 marzo 2016) oppure dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante *"Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati"* (atto n. 73/CU del 9 luglio 2020).

Indicatore 6:**Utilizzo di una scheda raccolta dati e/o sistemi informativi tracciabili per soggetti non iscritti all'Anagrafe Sanitaria Regionale/Provinciale**

Verificare l'adozione di indicazioni finalizzate all'utilizzo di schede di raccolta dati e/o sistemi informativi tracciabili ambulatoriali per soggetti non iscritti all'Anagrafe Sanitaria Regionale/Provinciale.

Indicatore 7:**Presenza di specifiche esenzioni ticket minori, minori non accompagnati (MSNA), richiedenti protezione internazionale inoccupati**

Monitorare l'applicazione dell'indicazione sulle esenzioni dal ticket per le categorie:

- A. Minore STP/ENI iscritto esente (oltre i 6 anni).
- B. MSNA.
- C. Richiedenti protezione internazionali inoccupati (da intendersi come esenzione valida fino al permanere dello stato di "richiedente" privo di reddito da lavoro).

Indicatore 8:**Presenza di una mappatura degli ambulatori STP/ENI e di una ricognizione periodica regionale dei propri ambulatori/servizi STP/ENI**

Verificare la presenza di una mappatura degli ambulatori per STP/ENI che insistono sul territorio regionale e l'aggiornamento della stessa mediante ricognizione quantitativa e valutazione qualitativa periodica.

**Indicatore 9:
Accessibilità dei migranti non iscritti al SSR ai programmi regionali organizzati di screening oncologico**

Verificare l'attenzione e la fruibilità per i migranti non iscritti al SSR dei programmi regionali organizzati di screening oncologico.

**Indicatore 10:
Implementazione della Linea Guida
sui Controlli alla frontiera**

Verificare il recepimento della Linea Guida su *"I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri d'accoglienza"* (Accordo Stato Regioni e PA n. 108 del 10 maggio 2018).

**Indicatore 11:
Indicazioni/protocolli per la circoncisione rituale maschile**

Verificare l'esistenza di indicazioni/protocolli regionali/provinciali specifici per l'effettuazione della Circoncisione Rituale Maschile (CRM).

**Indicatore 12:
Valutazione dell'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome**

Valutazione allineamento tra indicatori "storici" di monitoraggio dell'Accordo del 2012 e politiche regionali/provinciali (*"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"* - Accordo Stato Regioni e PA n. 255 del 20 dicembre 2012)

**Indicatore Covid:
Indicazioni/protocolli specifici per accoglienza e gestione
di soggetti vulnerabili in corso di pandemia da Covid-19**

Verificare l'emanazione di atti regionali relativi ad accoglienza e gestione (percorsi e procedure) presso strutture quali, ad esempio, CAS, SIPROIMI, Centri di Pronto Intervento, Case Famiglia, Ostelli, Case Alloggio, per gruppi di popolazione socialmente vulnerabili (senza fissa dimora italiani e stranieri, richiedenti protezione internazionale, rifugiati, MSNA, vittime di tratta) in corso di pandemia da Covid-19.

Fonte: SIMM - Coordinamento dei GrIS; Sapienza Università di Roma - Dipartimento di sanità pubblica e malattie infettive; Caritas Roma - Area sanitaria

Il titolo previsto della sessione relativa all'*advocacy* del Congresso nazionale che non abbiamo potuto celebrare, recita "dalla costruzione ai risultati", per enfatizzare come la corretta costruzione di un processo di *advocacy* possa portare a dei risultati significativi. Non è certamente un automatismo: abbiamo visto risultati senza un approccio metodologico preciso e assenza di risultati anche con processo corretto. Ma la riflessione sul metodo ci può dare contezza delle sconfitte e ci permette di non trascurare aspetti importanti e che tracciano ambiti di impegno della SIMM e dei GrIS per un prossimo futuro. Primo fra tutti, il più debole nella nostra esperienza, è quello del coinvolgimento e "supporto ai soggetti per cui si è deciso di intraprendere un'azione di *advocacy* ..." favorendo "l'aumento della consapevolezza e responsabilità circa i propri diritti e promuovere lo sviluppo di forme autorganizzate di rappresentan-

za" (passo del documento sull'*advocacy* della SIMM riferito ai *capacity-builder*). Un impegno che la SIMM ed i GrIS hanno ben chiaro come testimonia il tentativo di alcuni eventi formativi in questo senso: c'è la coscienza, soprattutto a livello locale, che questo sia uno degli ambiti di maggiore impegno per il futuro. Così come una criticità da affrontare, e certamente migliorare, è quella della comunicazione a diversi livelli, interna, esterna, agli interlocutori ma anche ai beneficiari degli interventi.

Il documento sull'*advocacy* della SIMM si conclude con delle domande aperte, per acquistare consapevolezza, per motivare all'azione perché come dice un famoso scrittore norvegese, Jostein Gaarder, "... una risposta è un tratto di strada che ti sei lasciato alle spalle. Solo una domanda può puntare oltre."⁷

E noi, la SIMM, i GrIS, vogliamo puntare oltre.

⁷ *Hallo? Er det noen her?*, 1996. Gyldendal, Oslo. In Italiano *C'è nessuno?* 1997. Salani

Progetto FOOTPRINTS: l'approccio metodologico dell'intervento territoriale e il supporto ai gruppi regionali per l'implementazione delle politiche per la salute dei migranti*

Marianna Parisotto, Giulia De Ponte, Bruno Esposito, Jacopo Testa, Rosalia Da Riol, Alessia Aprigliano, Manila Bonciani, Maria Laura Russo

Società Italiana Medicina delle Migrazioni

Sin dalla sua istituzione la SIMM ha sempre posto attenzione a costruire evidenze inerenti la medicina delle migrazioni attraverso una profonda conoscenza delle implicazioni che le politiche, gli interventi e l'organizzazione dei servizi in ambito sanitario (e non solo) hanno per la salute della popolazione immigrata. Si è quindi sempre confrontata con la dimensione territoriale, intendendo quest'ultima come campo privilegiato non solo di osservazione, ma anche di azione per quel che riguarda la produzione e la regolazione di *policy* relative all'intreccio dei temi di salute e immigrazione.

Come descritto nel contributo ospitato nella sezione SIMM informa di questo volume, l'impegno della SIMM nell'ambito delle politiche per la salute dei migranti si è realizzato anche nel contesto del Progetto FOOTPRINTS, "FORMazione OperaTori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica", progetto di cui il Ministero del-

la Salute è capofila, svolto in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCCLMM&C). All'interno del Progetto, l'asse di lavoro per il supporto ai processi locali di implementazione della normativa, delle linee guida e raccomandazioni nazionali, è stato affidato alla SIMM ed è stato realizzato su più piani: a livello nazionale, attraverso la costruzione del Format nazionale di documento per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata (cfr Allegato 5); a livello locale attraverso la definizione di progettazioni territoriali da parte dei gruppi regionali/provinciali di referenti FOOTPRINTS da realizzare nel corso del Progetto in collaborazione coi GrIS.

Il processo di costruzione del lavoro territoriale si è fondato su alcuni concetti che rappresentano dei punti di riferimento in termini di principi guida, di

*Questo contributo è un estratto del documento "Approccio metodologico dell'intervento territoriale e processi locali attivati per la salute della popolazione immigrata e il supporto ai gruppi regionali per l'implementazione delle politiche per la salute dei migranti", prodotto all'interno del Progetto Footprints a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti

modalità di azione e al contempo anche come obiettivi da perseguire nelle stesse progettazioni territoriali supportate dal Progetto, che sono sussidiarietà, lavoro di rete e approccio multidisciplinare.

È noto come l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Rimane tuttavia alle Regioni e Province Autonome un ruolo chiave di responsabilità dell'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari per tutta la popolazione presente sul proprio territorio di competenza, e quindi risulta strategica la componente progettuale di FOOTPRINTS volta a supportare le attività territoriali nell'ottica del rafforzamento dei sistemi di *governance* locale, avvalendosi della collaborazione dei molteplici soggetti istituzionali e del terzo settore. Corollario, in un certo qual modo esemplificativo della posizione assunta in relazione alla lettura della sussidiarietà come opportunità per la partecipazione e il confronto tra le istituzioni e il terzo settore, è l'approccio di rete. Il lavoro di rete, visto come luogo dove i diversi attori partecipano condividendo le proprie competenze, esperienze e risorse, e in un certo qual modo si "spogliano" del proprio ruolo, per presentarsi in una dimensione che riconosce le interazioni orizzontali, paritarie, dove quello che conta sono le motivazioni dei soggetti e non le posizioni rappresentate. Proprio grazie alla nascita e alle attività dei GrIS, la SIMM si configura sempre più come una "rete di reti", con una potenzialità unica di condivisione di saperi, pratiche, soluzioni, riflessioni. Questo modo di essere e

operare proprio della SIMM è stato anche l'approccio perseguito nel supportare le attività territoriali nell'ambito del progetto FOOTPRINTS. Inoltre, la teoria dei determinanti sociali della salute mette in luce la multidimensionalità del concetto di salute, ponendo l'attenzione a tutte quelle variabili e dimensioni - a partire dai diritti civili e politici e dalle condizioni socio-economiche - che dovrebbero essere considerati fondamentali per la promozione e la tutela della salute. Si stabilisce, quindi, un impianto dove "la salute" non si esaurisce nella sua dimensione biologica ma, viene considerata come un diritto umano fondamentale e si estende anche alla dimensione sociale, economica e politica.

L'approccio metodologico che ha indirizzato il lavoro di supporto della SIMM alle attività territoriali si è quindi fortemente ispirato ai principi della sussidiarietà, del lavoro di rete e dell'approccio multidisciplinare che ritroviamo appunto come valori di riferimento sia in ambito di scrittura e progettazione, sia nella fase di svolgimento delle attività territoriali ma, anche come finalità perseguite nell'ambito dei medesimi processi messi in atto in questa componente progettuale di FOOTPRINTS.

L'approccio nella costruzione dell'intervento territoriale

La fase di progettazione territoriale ha avuto inizio a febbraio 2019, in corrispondenza della prima formazione residenziale, e fin dalle sue prime fasi è stata concepita come un processo di costruzione dell'intervento basata sul confronto tra gruppi di referenti FOOTPRINTS e i GrIS in un'ottica di sussidiarietà verticale. Al fine di sostenere questo filone di attività, la SIMM ha previsto di introdurre le figure dei Facilitatori delle attività territoriali, figure professionali deputate a supportare

i gruppi di referenti FOOTPRINTS nel loro processo di definizione ed implementazione delle progettazioni regionali e sollecitare l'interlocuzione tra questi e i GrIS in tutte le fasi del progetto.

Le esperienze già esistenti in ciascun territorio nell'ambito di salute e migrazione, in termini di processi di *policy*, hanno assunto un ruolo centrale nella progettazione territoriale; per questo motivo l'avvio del lavoro è stato preceduto dall'analisi delle criticità e delle risorse presenti, che ha ampliato il monitoraggio della SIMM sull'applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 2012 attraverso lo sviluppo di un'indagine qualitativa svolta con i GrIS. Tale analisi ha indagato prevalentemente le principali difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e aspetti critici rispetto all'implementazione dell'Accordo Stato Regioni del 2012; l'assistenza socio-sanitaria rivolta ai richiedenti protezione internazionale e il livello di implementazione delle recenti indicazioni nazionali; l'articolazione dei sistemi di *governance* regionali/provinciali per la salute dei migranti e i principali aspetti di criticità. Sommarariamente, viene confermata l'esistenza di una notevole disomogeneità dell'applicazione della normativa, anche tra le diverse Aziende sanitarie dello stesso territorio regionale, sia rispetto a procedure aziendali adottate sia rispetto al consolidamento di prassi in assenza di atti formali, in assenza di procedure operative di univoca interpretazione. Emerge come aspetto critico centrale la debolezza dei sistemi di *governance* della salute della popolazione immigrata: in molti contesti non vi è un'articolazione definita degli attori e degli ambiti di competenza in salute e migrazione, e questi aspetti vengono per lo più affidati a singoli professionisti impegnati nell'ambito, che generalmente hanno capacità limitate di incidere in ma-

niera sistematica nell'organizzazione dei servizi e nella programmazione socio-sanitaria. Le criticità riscontrate dagli operatori non trovano spazi di emersione, e le risposte adottate rimangono spesso legate a iniziative personali ed estemporanee. Infine, l'arretramento del settore pubblico e il ruolo sempre maggiore del privato sociale rappresenta un ulteriore elemento di criticità nella *governance* della salute, che moltiplica gli attori in campo, subisce la contrazione delle risorse economiche e dà avvio a percorsi meno tutelanti e inclusivi.

I risultati dell'analisi territoriale sono stati presentati nel corso della prima formazione residenziale, affinché potessero essere materiale di lavoro per i gruppi dei referenti FOOTPRINTS nella definizione della progettazione territoriale; questo anche perché la realizzazione degli interventi territoriali e il percorso formativo sono stati concepiti come due filoni di attività interconnessi e parte dello stesso processo di *capacity building*. In questo senso, nel corso della prima e della seconda formazione residenziale, sono state dedicate sessioni di lavoro alla progettazione territoriale per la definizione e realizzazione degli interventi a livello locale sull'implementazione della normativa e il rafforzamento dei sistemi di *governance*; a loro volta, progettazione territoriale, implementazione e rafforzamento della *governance* sono stati aspetti centrali affrontati in tutte le fasi del percorso formativo.

Il ruolo centrale dei gruppi di referenti regionali FOOTPRINTS

Nell'intero processo volto alla realizzazione delle progettazioni territoriali, il ruolo dei gruppi di referenti regionali è stato dirimente. I referenti regionali, in quanto destinatari diretti del Progetto, sono stati gli attori fondamentali di tutto il percorso

e auspicabilmente coloro che avranno la possibilità di dare continuità a livello locale a quanto avviato nel corso del Progetto.

La numerosità dei gruppi regionali/provinciali è stata indicata dal coordinamento di Progetto in base alla presenza della popolazione straniera residente e dei richiedenti protezione internazionale e all'articolazione geografica del territorio. In seguito, il Ministero della Salute ha invitato ogni Assessorato regionale a comporre il proprio gruppo FOOTPRINTS, identificando professionisti appartenenti sia alle Aziende Sanitarie Locali che all'istituzione regionale. Nella richiesta del Ministero della Salute, i gruppi nel loro insieme dovevano includere le seguenti caratteristiche: competenza/esperienza nell'ambito della salute della popolazione immigrata; incisività a livello delle politiche sanitarie locali e dell'organizzazione dei servizi; disponibilità di tempo e motivazione.

Tutte le Regioni e Province autonome hanno aderito designando i referenti FOOTPRINTS, anche se numerosità e caratteristiche richieste dal Ministero non sono state rispettate in tutti i casi. Questo aspetto ha inciso notevolmente sulla definizione degli obiettivi per ogni territorio e sul raggiungimento dei risultati attesi. Vi sono infatti degli aspetti connessi alle caratteristiche dei gruppi regionali stessi che hanno influito sulla realizzazione delle progettazioni, in particolare la composizione dei gruppi e le dinamiche interne ai gruppi stessi, aspetti che a loro volta hanno condizionato l'assunzione del mandato da parte dei referenti regionali. Alcune Regioni hanno infatti costruito i gruppi FOOTPRINTS valorizzando le professionalità, gli uffici competenti e le strutture di governance già esistenti, cogliendo quindi l'occasione che il Progetto ha offerto per rafforzare o meglio strutturare il sistema di governance regionale. Più

complesso è stato il percorso nei contesti in cui non erano già presenti degli organi o dei professionisti con responsabilità formale nell'ambito di salute e migrazione, oppure nei contesti in cui, pur essendovi dei professionisti coinvolti e motivati appartenenti alle Aziende Sanitarie, questi non erano inclusi nel gruppo professionisti appartenenti all'assetto regionale, cosa che di fatto ha reso l'interlocuzione con l'istituzione politica regionale più difficoltosa. In questi casi è stato più complesso e difficile trovare una necessaria interlocuzione con il livello politico-istituzionale di livello regionale. Va inoltre sottolineato che il Progetto FOOTPRINTS ha esplicitamente lavorato in tutte le sue fasi con l'obiettivo di potenziare il lavoro in gruppo multiprofessionale e multidisciplinare, stimolando lo sviluppo di competenze volte al confronto, alla collaborazione e al coordinamento tra i diversi attori coinvolti: nonostante questi aspetti rientrino tra gli obiettivi formativi del percorso di *capacity building*, in alcuni contesti la dinamica collaborativa ha avuto maggiori difficoltà a realizzarsi in maniera proficua.

Il contesto di partenza: presenza di politiche su salute e migrazione, sistemi di governance e attori istituzionali, organizzazioni del terzo settore

Il contesto di riferimento e di azione è senza dubbio l'elemento esterno ai gruppi che più ha condizionato la realizzazione della progettazione territoriale, questo sia in termini di posizionamento politico-istituzionale delle Giunte regionali rispetto al tema della migrazione, sia in termini di pregressa attività svolta e di precedenti politiche regionali in tale ambito, con la conseguente presenza o mancanza di un quadro normativo regionale, figure o strutture competenti, procedure consoli-

date e strumenti operativi già adottati nei contesti di riferimento.

Rispetto alla normativa vigente per la salute della popolazione immigrata, attualmente sono 14 le Regioni/PA che hanno recepito con atti formali l'Accordo Stato-Regioni¹, mentre altre Regioni che non hanno recepito formalmente l'Accordo, hanno tuttavia approvato degli atti formali che regolamentano alcuni aspetti chiave quale, per esempio l'iscrizione del minore straniero al pediatra di libera scelta/al SSR a prescindere dallo stato giuridico in cui si trova. Com'è noto, l'esistenza di atti formali di recepimento non significa la reale applicazione della normativa, o comunque non garantisce la sua corretta applicazione in modo omogeneo nei servizi del territorio.

Per quanto riguarda le indicazioni nazionali prodotte a partire dal 2016 in seguito all'aumento dei flussi in ingresso della popolazione richiedente protezione internazionale (Linee guida sui controlli sanitari nel percorso di accoglienza, Linee guida per il riconoscimento, la presa in carico e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, Protocollo per l'accertamento della minore età per gli stranieri non accompagnati), in alcuni contesti regionali sono stati prodotti dei documenti volti alla loro implementazione, in altri sono stati avviati dei tavoli di lavoro per l'elaborazione di documenti operativi, in altri ancora sono presenti progettualità specifiche. All'avvio del Progetto FOOTPRINTS, tutte le Regioni avevano emanato circolari per la definizione della presa in carico sanitaria dei richiedenti

protezione internazionale, ma non tutte avevano definito delle vere e proprie modalità operative, dotandosi di protocolli di coordinamento tra le amministrazioni e i soggetti del privato sociale coinvolti nella gestione dell'accoglienza. Erano infatti Sicilia, Marche, Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Lazio le Regioni che avevano prodotto i documenti più articolati e con espliciti riferimenti alle indicazioni nazionali.

L'altro aspetto relativo al contesto di partenza che ha fortemente inciso sulla definizione e realizzazione delle progettazioni territoriali dei gruppi regionali FOOTPRINTS è l'esistenza o meno di un sistema di *governance* regionale per la salute della popolazione immigrata e la sua articolazione territoriale. Facendo riferimento alla situazione descritta all'avvio del Progetto², sono poche le Regioni che si sono dotate di veri e propri organi di governo e di coordinamento a livello regionale (Lazio, Toscana, Marche, Friuli Venezia Giulia) mentre, come accennato precedentemente, in alcuni contesti la competenza viene formalmente affidata a uffici e tavoli di lavoro. Sono diversi i contesti in cui non sono istituiti degli organi di governo formali, anche se sono presenti singoli professionisti impegnati nell'ambito di salute e migrazione, con capacità limitate di incidere in maniera sistematica nell'organizzazione dei servizi e nella programmazione socio-sanitaria. Questo aspetto influenza in modo netto la capacità dei servizi di rispondere sistematicamente ai bisogni di salute, dando luogo ad azioni frammentate ed estemporanee in assenza di figure e strutture dedicate e di un'arti-

¹ Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Sicilia, Abruzzo, Molise, Toscana, Marche, Piemonte e PA Trento.

² Si fa riferimento al periodo di avvio del Progetto in quanto diversi gruppi regionali hanno perseguito nel corso delle attività l'obiettivo di rafforzare o istituire formalmente i sistemi di *governance* regionali.

colazione definita di ruoli e responsabilità/mandati tra gli attori istituzionali.

Un altro elemento che influenza la dinamicità delle politiche per la salute dei migranti sui territori è la presenza di organizzazioni del terzo settore attive sul tema. L'esperienza concreta e quotidiana delle organizzazioni del terzo settore impegnate per la salute dei migranti permette di costruire chiavi di lettura fondamentali per interpretare i bisogni di salute del territorio e per organizzare risposte all'altezza di tale complessità. In questo senso, l'interazione del privato sociale con le istituzioni pubbliche sociali può portare elementi di analisi e di stimolo nella costruzione o nella trasformazione all'interno dei servizi pubblici verso una maggiore tutela del diritto alla salute e dell'equità. In alcuni contesti regionali la collaborazione già esistente o avviata grazie al progetto FOOTPRINTS dei gruppi di referenti regionali con i GrIS ha costituito un valore aggiunto nel processo di identificazione delle priorità su cui intervenire. Inoltre le azioni di informazione e di *advocacy* all'interno dei processi locali sostenute dalla società civile organizzata hanno un ruolo fondamentale sullo scenario sociale e politico territoriale.

Va infatti evidenziato che il clima politico nel quale il Progetto FOOTPRINTS ha avviato le attività territoriali è stato ostacolante su tutto il territorio nazionale. Le attività sono state avviate poco dopo la conversione in legge (L. 132/2018) del decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113, che introduceva numerose criticità e ambiguità nelle politiche migratorie con ricadute anche sul diritto alla salute e l'accesso alle cure. Nel corso dell'analisi territoriale di partenza svolta con i GrIS infatti veniva registrata una preoccupazione diffusa su tutto il territorio nazionale rispetto alla crescente discriminazione rivolta alle

persone di origine straniera, agita anche all'interno dei servizi sanitari regionali e da operatori del settore pubblico.

Infine, la sensibilità e il posizionamento politico-istituzionale delle Giunte regionali rispetto al tema dell'immigrazione hanno un impatto sia sulla definizione delle politiche locali, dell'allocazione delle risorse e dell'organizzazione dei servizi, e sia sulla costruzione di significati a livello sociale; tali aspetti hanno in parte favorito o al contrario ostacolato la realizzazione di progettualità definite dai referenti in tale ambito, particolarmente sensibile sul piano politico.

Rispetto al piano politico regionale e alla sua influenza sulle progettualità in corso, va inoltre evidenziato il fatto che tra il 2019 e il 2020, 13 Regioni sono andate incontro ad elezioni, e questo aspetto in diversi territori ha comportato un rallentamento o in parte una sospensione dell'interlocuzione con l'istituzione regionale, e di conseguenza dei processi locali avviati nel contesto del Progetto.

Le fasi della progettazione territoriale e le attività dei gruppi regionali FOOTPRINTS

Le attività da svolgersi nei contesti regionali/provinciali sono state avviate nel corso della prima formazione residenziale. I gruppi di referenti hanno dato avvio al lavoro, definendo la progettazione territoriale da realizzare nel corso del Progetto FOOTPRINTS costruita sull'analisi del contesto, l'identificazione di azioni e ambiti prioritari su cui lavorare, gli strumenti necessari e gli attori da coinvolgere per la realizzazione del lavoro progettato. I gruppi hanno dato seguito al lavoro iniziato a febbraio, definendo le priorità di lavoro del gruppo regionale, gli obiettivi e la strategia di lavoro rispetto al rafforzamento del sistema di *governance* regionale per la salute dei migranti.

Alle sessioni di lavoro per la definizione delle progettazioni territoriali hanno partecipato i facilitatori SIMM per le attività territoriali, che hanno quindi accompagnato i gruppi di referenti regionali sin dalle prime fasi del lavoro. Nel corso delle attività di Progetto, i facilitatori SIMM hanno supportato i gruppi regionali FOOTPRINTS nell'avanzamento del lavoro territoriale, sostenendo, in particolare nelle fasi iniziali, l'incontro e la collaborazione tra i gruppi di referenti e i GrIS territoriali, laddove presenti, al fine di integrare la prospettiva di figure istituzionali con mandato regionale e coinvolte nel percorso di *capacity building*, con quella degli operatori impegnati sul territorio per la salute dei migranti e già in rete attraverso i GrIS.

Il piano di lavoro delle progettazioni territoriali è stato rivisto dai gruppi di referenti regionali in occasione dell'incontro nazionale FOOTPRINTS svoltosi nel contesto del V Workshop InterGrIS della SIMM (Napoli, maggio 2019), al quale hanno partecipato i rappresentanti di 16 gruppi regionali. L'incontro è stato concepito come parte di un più ampio lavoro svolto nel corso dell'InterGrIS, dal titolo "Strumenti di monitoraggio e implementazione delle politiche" e ha avuto come obiettivo principale la costruzione di un confronto pubblico tra i referenti delle Regioni/PA e i GrIS per il rafforzamento dei sistemi di *governance* regionali e per la costruzione di modalità operative condivise e coordinate a sostegno dell'implementazione delle politiche per la salute dei migranti. I principali risultati del gruppo di lavoro sono stati inclusi nel Format di documento per l'elaborazione dei piani di coordinamento regionale. Tale sessione di lavoro ha prodotto: l'impostazione della struttura stessa

del Format di documento; la scheda sintetica sui sistemi di *governance* regionali³, utilizzata come supporto delle progettazioni territoriali e inserita nel Format di documento; i punti principali relativi agli strumenti di implementazione inseriti nel Format di documento.

La revisione definitiva della progettazione territoriale si è svolta nel corso della seconda formazione residenziale (settembre 2019), in cui i gruppi di referenti regionali sono stati invitati ad analizzare il lavoro di gruppo svolto fino a quel momento, a situare temporalmente le azioni passate e le azioni pianificate per le fasi successive, definendo ruoli e responsabilità all'interno del gruppo di lavoro per le azioni programmate.

Nella realizzazione delle progettazioni territoriali definite dalle Regioni/Province autonome nel 2019 e da concretizzarsi nel 2020, ha influito l'impatto dell'emergenza sanitaria e sociale da COVID19: molti dei referenti regionali/provinciali sono stati - e continuano a essere - impegnati in modo preponderante nella gestione dell'emergenza sanitaria sui propri territori. Le priorità e le risorse di tempo e di impegno da parte di molti professionisti sono state spostate sulla gestione dell'emergenza, limitando lo spazio d'intervento nell'ambito della programmazione sanitaria. Come già evidenziato, va considerato inoltre che 13 Regioni sono andate incontro ad elezioni. In questo contesto, nel corso del 2020 solo i gruppi più consolidati, i cui referenti sono già inseriti nell'assetto regionale/provinciale, hanno potuto proseguire con le progettualità definite, mentre il lavoro territoriale è stato sospeso dai gruppi di referenti caratterizzati da un minor spirito di affiatamento e motivazione, dai gruppi

³ La scheda sintetica sul modello dei sistemi di *governance* regionali è consultabile alla fine di questo testo.

con una percezione più debole del mandato loro affidato dalla Regione/PA, dai gruppi che non sono riusciti ad avere un'interlocuzione costruttiva presso il loro Assessorato.

Diversi gruppi hanno comunque realizzato obiettivi importanti o hanno avviato processi significativi sul proprio territorio per il rafforzamento dei sistemi regionali di *governance* e del coordinamento regionale, come riportato nei seguenti esempi⁴:

- la Puglia ha avviato un processo di rafforzamento del sistema regionale di *governance* attraverso diverse azioni, tra cui la costruzione del documento di coordinamento regionale sulla base del Format di documento del Progetto FOOTPRINTS, definendo il quadro normativo di riferimento, i percorsi socio-sanitari rivolti alla popolazione migrante, gli attori istituzionali e del terzo settore impegnati sul territorio;
 - la Liguria ha formalizzato la richiesta all'Agenzia Regionale A.Li.Sa di istituire il tavolo regionale "Migrazione e Salute", supportata dal GrIS locale, individuando referenti di tutte le Aziende regionali;
 - il Piemonte ha proposto la creazione di un tavolo regionale interdipartimentale, identificando referenti inseriti nei servizi socio-sanitari territoriali, responsabili regionali e del terzo settore;
 - la Sicilia ha lavorato, in collaborazione col GrIS locale, alla creazione di un tavolo di coordinamento regionale, con referenti regionali, delle Aziende Sanitarie e del terzo settore, che potesse rivedere le Linee guida regionali del 2012, proporre alla Regione un nuovo documento d'indirizzo per le politiche di salute dei migranti ed elaborare un piano di coordinamento regionale sulla base del Format nazionale del Progetto FOOTPRINTS.
- Va infine sottolineato il fatto che in alcuni contesti regionali i gruppi di referenti non sono riusciti a costruire un'interlocuzione col livello regionale, in particolare

⁴ La descrizione delle progettazioni territoriali dei gruppi regionali FOOTPRINTS, con il dettaglio degli obiettivi, dei risultati raggiunti e delle prospettive future sono consultabili al documento "Progettazione territoriale e attività svolte dalle singole regioni e province autonome nel contesto del progetto FOOTPRINTS"; uno dei prodotti del Progetto.

laddove l'identificazione dei referenti non ha incluso figure di riferimento inserite nel sistema regionale: la mancanza di un interlocutore (che in alcuni casi coincide con una non piena messa a fuoco in una propria visione sul tema della salute dei migranti da parte dei vertici regionali) è stato un ostacolo invalicabile per i referenti regionali e i loro facilitatori. La possibilità di stimolare l'interesse da parte dei vertici regionali in questione avrebbe richiesto un'azione continua e coordinata "dall'alto" da parte del Ministero della Salute e "dal basso" da parte dei referenti FOOTPRINTS e degli attori del territorio, per tutta la durata del progetto, azione che è stata realizzabile solo in alcuni contesti e nei mesi finali; in queste regioni è stata persa probabilmente un'occasione per iniziare a strutturare una *governance* della salute dei migranti, pur se rimangono comunque sul territorio i preziosi "semi" lasciati dal Progetto.

Alcuni spunti per le progettualità future

Il Progetto FOOTPRINTS ha rappresentato in molti contesti territoriali un'occasione per costruire o rafforzare una rete di professionisti impegnati nell'ambito della salute dei migranti, e ha consentito di lavorare con la finalità di mettere a sistema azioni e progettualità talvolta frammentarie e presenti sui territori, siano esse sostenute dal servizio pubblico o da realtà del privato sociale. Parallelamente, l'asse di lavoro per il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali ha messo in evidenza la necessità di ampliare ambiti di lavoro e potenziare gli interventi e il coordinamento nazionale su degli aspetti specifici.

L'asse di lavoro per il supporto ai processi locali si è concluso con la restituzione

pubblica al convegno finale FOOTPRINTS delle riflessioni derivanti dal confronto interregionale su due temi trasversali alle progettazioni territoriali, che sono il rafforzamento dei sistemi di *governance* e l'implementazione e il monitoraggio delle politiche per la salute dei migranti. Questo anche alla luce delle difficoltà incontrate dai gruppi regionali FOOTPRINTS nel corso dell'anno 2020, nonostante in alcuni casi il grande impegno e la motivazione posti dai referenti per la loro realizzazione. Sono stati organizzati due gruppi di lavoro tematici interregionali (costruiti sulla base delle attività sostenute dai gruppi regionali), che hanno avuto il mandato di mettere a fuoco gli aspetti provenienti dall'esperienza svolta nel Progetto in termini di obiettivi, risultati raggiunti, processi territoriali innescati dal Progetto, per chiudere con una riflessione finale su quali potrebbero essere, in prospettiva di progettualità future, gli strumenti a supporto delle Regioni per il rafforzamento dei sistemi regionali di *governance* e l'implementazione delle politiche.

Al gruppo di lavoro interregionale sui sistemi di *governance* regionali hanno partecipato i rappresentanti di Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Abruzzo e Puglia, mentre il gruppo su implementazione e monitoraggio delle politiche è stato animato da Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, PA Trento, Toscana, Marche, Lazio, Campania. Dal lavoro dei gruppi emerge la necessità di definire maggiormente chi sono gli attori del territorio, con che mandato operano, quali sono le forme di interlocuzione e gli organi di coordinamento tra gli attori esistenti; di conseguenza diventa fondamentale rafforzare o istituire una cabina di regia regionale con mandato chiaro, che sia composta da un team di esperti con competenze tecniche, strutturati nel sistema dei servizi pubblici e che

possano garantire le continuità delle azioni intraprese al di là dei limiti temporali di progettualità specifiche. È quindi auspicabile che sia sostenuta, da parte del Ministero della Salute, la costituzione di tavoli istituzionali regionali stabili con strutture a cascata che vadano dal livello regionale alle aziende del territorio (con professionisti ASL incardinati in ruoli chiave, afferenti ai dipartimenti delle cure primarie, della sanità pubblica, amministrativi, più altre istituzioni locali e rappresentanti del terzo settore). Il rafforzamento dei sistemi di *governance* è emerso come imprescindibile per la definizione delle politiche sul territorio, sulle quali vanno attivate delle azioni di monitoraggio, secondo indicazioni e strumenti definiti a livello centrale. È dunque fondamentale sviluppare una metodologia di analisi condivisa tra le Regioni e il Ministero della Salute sulla raccolta dei dati sanitari, la costruzione degli indicatori, nella prospettiva della costruzione sia del profilo di salute che del sistema di monitoraggio. È dunque necessario rendere più omogenei e confrontabili i flussi di dati sanitari, l'analisi e il loro utilizzo per la definizione delle politiche, con strumenti condivisi a livello nazionale, la cui definizione può partire da esperienze validate sui territori. Su questo ambito, serve un tavolo stabile di confronto interregionale per la definizione di sistemi di monitoraggio e valutazione che facilitino il confronto interregionale.

Il Format nazionale di documento per l'elaborazione dei piani di coordinamento regionali è uno strumento valido a questo scopo e per questo è importante dare continuità e operatività al documento, ampliandone alcune sezioni attraverso la definizione di schede operative e indicazioni metodologiche condivise sul piano nazionale, al fine di supportare la sua implementazione a livello regionale. Il tema

delle risorse umane ed economiche è emerso come centrale, in quanto le strutture di *governance*, gli uffici competenti, le progettualità hanno bisogno di essere sostenuti da personale competente e dedicato, strutturato nel sistema pubblico dei servizi. A questo proposito, nell'ottica di dare continuità a quanto avviato con il Progetto FOOTPRINTS, viene ritenuto opportuno fare tesoro delle competenze e delle reti di professionisti costruite nel contesto del Progetto, valorizzando quindi i processi avviati, anche e soprattutto laddove non sono giunti a conclusione (come la formalizzazione di tavoli regionali).

Conclusioni aperte

La conclusione del Progetto FOOTPRINTS non porta a chiudere i temi portanti del Progetto, ma al contrario pone l'esigenza di aprire ambiti di lavoro e potenziare gli interventi su aspetti specifici messi in evidenza nel corso delle attività. Il Convegno finale, svoltosi al Ministero della Salute, al quale hanno partecipato attori importanti per la definizione delle politiche sanitarie in materia di immigrazione, ha messo in evidenza l'importanza di rafforzare la *governance* regionale e nazionale per la salute dei migranti, di costruzione di strumenti operativi per l'attuazione dei piani di coordinamento sulla base del modello nazionale, e di definire sistemi di monitoraggio con indicatori nazionali e condivisi tra Stato e Regioni.

Considerando il lavoro svolto nel progetto FOOTPRINTS e i risultati raggiunti, anche in termini di processi avviati e rafforzati nei singoli contesti e a livello nazionale, un proseguimento dell'azione di supporto delle progettazioni territoriali è auspicabile, assicurando un sempre maggior protagonismo delle realtà regionali nell'implementazione delle azioni stesse, in coordinamento con il livello nazionale.

SCHEDA SINTETICA SUL MODELLO DI SISTEMA DI GOVERNANCE REGIONALE

Nel corso delle attività del Progetto FOOTPRINTS sono emerse le considerazioni e le indicazioni operative utili al rafforzamento dei sistemi di *governance*, di seguito riportate in sintesi.

TAVOLO DI LAVORO ISTITUZIONALE REGIONALE/PROVINCIALE

È di fondamentale importanza l'istituzione (e il rafforzamento, laddove presente) di un tavolo di lavoro istituzionale regionale/provinciale per la programmazione e il coordinamento degli interventi: questo organo dovrebbe poter assicurare un rapporto stabile e continuativo tra la Direzione regionale/provinciale, le Aziende locali, i rappresentanti dei diversi settori (sociale e sanitario) e le realtà territoriali impegnate nell'ambito della salute dei migranti.

È raccomandata la presenza di una figura di riferimento del tavolo istituzionale (referente della Regione/Provincia autonoma) che coordini le azioni, auspicabilmente un Dirigente della Direzione regionale/provinciale del settore dell'Assistenza Territoriale o della Salute Pubblica, con il mandato di promuovere e coordinare le politiche e gli interventi sulla salute dei migranti, coinvolgendo attivamente i rappresentanti degli altri settori, a partire da quello sociale.

Tale figura di riferimento auspicabilmente deve poter contare su una base operativa con forti competenze tecniche, costituita da un gruppo di professionisti sociali e sanitari della Direzione regionale/provinciale e delle Aziende locali, che abbia la competenza di formulare analisi e proposte operative per le politiche pubbliche.

GRUPPI DI LAVORO ALL'INTERNO DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

All'interno delle Aziende Sanitarie Locali, la definizione del team di professionisti che hanno la competenza e il mandato operativo nell'ambito della salute della popolazione immigrata assume un ruolo fondamentale. Per tale ragione è indicata la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare interno alle singole Aziende Sanitarie Locali, costituito da professionisti dell'ambito delle cure primarie, della sanità pubblica e della prevenzione, della salute mentale, dell'area sociale, dell'area amministrativa, dei servizi di mediazione interculturale. Il gruppo di lavoro deve poter rappresentare i principali ambiti di analisi dei bisogni di salute e di definizione degli interventi per la salute dei migranti nel territorio di competenza.

È altresì indicata l'identificazione di una figura di coordinamento del gruppo di lavoro, possibilmente all'interno dello staff del Direttore Sanitario, la cui missione include: la compartecipazione alla definizione delle strategie, degli orientamenti generali, della pianificazione strategica dei servizi dell'Azienda; il coordinamento e l'integrazione funzionale tra i presidi sanitari; la definizione di soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione tra gli obiettivi aziendali. Tale figura di coordinamento dovrebbe fungere da collegamento con il Tavolo di lavoro regionale/provinciale per la propria Azienda Sanitaria Locale.

La Scheda di segnalazione: uno strumento per l'advocacy e la tutela della salute dei migranti

CAMINADA S.^{1,2}, ANGELOZZI A.^{1,2}, GIANNINI D.^{1,2}, JALJAA A.^{1,2}, SALVATORI L.M.^{1,2}, GERACI S.^{2,3}, MARCECA M.^{1,2}

¹ Sapienza Università di Roma - Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ² Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM); ³ Coordinamento dei Gruppi regionali Immigrazione e Salute (GrIS) della SIMM.

Introduzione e obiettivi

La Scheda di segnalazione dei casi di mancata fruizione di servizi/prestazioni sanitari è uno strumento formulato dalla SIMM/GrIS - e poi condiviso e adottato anche da tutte le ONG/Associazioni medico-scientifiche componenti il "Tavolo Immigrazione e Salute" - con la finalità di segnalare situazioni di mancato adempimento o difforme applicazione della normativa sui diritti assistenziali dei migranti sul territorio nazionale. L'obiettivo, in caso di mancata accessibilità o fruibilità dei servizi cui l'utente straniero avrebbe diritto, è quello di esercitare un'azione di *advocacy* verso le istituzioni sanitarie individuando le principali criticità organizzative.

Metodi/Azioni

La Scheda è costituita da tre sezioni: dati personali dell'utente (anagrafica e informazioni su documenti sanitari), descrizione dell'evento (luogo e motivo di accesso, barriere riscontrate e conseguenze), dati personali del compilatore. La scheda viene compilata online, eventualmente in forma anonima.

È stata eseguita un'analisi descrittiva dei dati.

Risultati

Dall'inizio della raccolta (settembre 2018) a gennaio 2020 sono pervenute 126 segnalazioni da: Campania (42%), Lazio (25.4%), Emilia-Romagna (19%), Puglia (7%) e altre Regioni. Il 53% sono basate su esperienza diretta del compilatore, il 47% su esperienza riferita.

L'età media degli utenti interessati (63.5% M, 36.5% F - di cui 21% in gravidanza) è di 29.6 anni \pm ds 16.6 (18% minori). Il 49.2% proveniva dall'Africa sub-sahariana (14.3% Nigeria); altre zone di provenienza sono: Asia, Europa non-UE, UE, Nordafrica e Sudamerica. Il 41% era in Italia da 1-2 anni, il 25% da più di 5 anni, e solo il 14% da meno di un anno; il 15% aveva il permesso di soggiorno valido, il 36.5% scaduto, il 28.5% ne era privo e il 20% era in attesa di rilascio. Il 59% risultava avere la residenza anagrafica registrata. Per quanto riguarda i documenti sanitari, il 31% risultava in possesso di iscrizione obbligatoria al SSR, il 6.35% volontaria, il 19% STP, il 4.7% ENI mentre il 37.3% nessuno (36% mai avuto, 32% scaduto).

Gli eventi segnalati hanno avuto luogo principalmente presso sportelli delle ASL (55%) e ambulatori STP (22%). Tra i motivi di accesso prevalevano l'iscrizione al SSN (50%) e il rilascio STP/ENI (15%), con conseguente mancato rilascio di documenti sanitari (63%). La principale barriera riscontrata è stata la scorretta applicazione di regolamenti da parte di operatori (78%). La raccolta è tuttora in corso, risultati aggiornati verranno illustrati in sede congressuale.

Conclusioni

Un limite riscontrato in corso di analisi è stata la parziale incoerenza nei dati riguardanti la documentazione giuridico-sanitaria degli utenti, che rispecchia la complessità burocratica e la necessità di maggior formazione degli operatori. Si registra, disomogeneità sia nelle aree che nelle strutture da cui provengono le segnalazioni per cui, data l'importanza dello strumento, è rilevante promuoverne l'utilizzo per avere una panoramica più completa.

Contatto: *susanna caminada* (susanna.caminada@uniroma1.it)

Revisione e aggiornamento delle Linee Guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana

ALBIANI S.¹, CALDES PINILLA M.J.¹, BIGIARINI C.¹, DELLI PAOLI L.¹, TESSITORE L.², BELVEDERE K.³, GALLO S.³

¹ CENTRO DI SALUTE GLOBALE DELLA REGIONE TOSCANA; ² ASGI; ³ REGIONE TOSCANA

Introduzione e obiettivi

Nel 2018 il Centro di Salute Globale della Regione Toscana (CSG) ha avviato un percorso di riflessione sull'applicazione della normativa regionale e nazionale riguardo all'accesso dei migranti ai servizi sanitari. Tale percorso ha visto il coinvolgimento degli attori principali che operano nell'ambito della migrazione a livello regionale, impostando una metodologia di lavoro condivisa e concordata. Lo scopo di questo lavoro nasceva dalla grande eterogeneità riscontrata a livello regionale rispetto alla corretta applicazione della normativa vigente, soprattutto in seguito all'entrata in vigore della L. 132/2018. È stato costituito un gruppo regionale di lavoro formato da un referente amministrativo per ciascuna azienda sanitaria, una referente per Regione Toscana, un avvocato dell'Associazione Studi Giuridici per l'Immigrazione (ASGI) ed un referente del CSG, con ruolo di coordinamento.

Il compito del gruppo è stato quello di raccogliere elementi che contraddistinguono i rispettivi territori, con segnalazione di eventuali criticità o buone pratiche, nonché raffrontare la normativa in materia per giungere a revisionare il capitolo delle Linee Guida Regionali relativo all'accesso ai servizi da parte dell'utenza straniera proveniente da Paesi extra UE, con l'obiettivo di aggiornarlo e migliorarne la formulazione.

Metodi/Azioni

Come primo passaggio è stata effettuata una mappatura delle difficoltà riscontrate nell'accesso ai servizi socio-sanitari toscani da parte della popolazione migrante predisponendo un questionario rivolto sia al personale socio-sanitario sia a quello amministrativo delle aziende, compilato e rinviato rispettivamente da 112 amministrativi e 112 socio-sanitari delle aziende toscane. In seguito all'analisi e rielaborazione dei risultati emersi è stato condotto un raffronto tra l'Accordo Stato-Regioni del 2012 e le LG della Regione Toscana del 2014. Infine, si è proceduto ad un'attenta revisione del capitolo delle LG sopra indicato.

Risultati

Il percorso attivato ha prodotto tre documenti: la mappatura dello stato dell'arte sull'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione migrante sul territorio regionale, il raffronto tra LG regionali e accordo Stato Regioni e la revisione delle LG nella parte relativa ai cittadini extra-UE. Quest'ultimo documento è al momento al vaglio del settore regionale competente e dovrebbe essere deliberato dalla Giunta Regionale nel mese di marzo 2020. L'elaborato ha permesso di individuare alcune questioni dove si è reso necessario un coordinamento con altri soggetti istituzionali rilevanti, tra cui Questure e Direzione Regionale dell'Agenzia delle Entrate.

Conclusioni

La riscontrata difformità di prassi a livello territoriale nell'accesso alle prestazioni sanitarie da parte della popolazione migrante, e la contestuale necessità di offrire agli operatori amministrativi e sanitari uno strumento di lavoro aggiornato alle novità legislative intervenute negli ultimi anni, è azione tesa a potenziare e migliorare l'erogazione dei servizi sanitari per un più puntuale governo regionale del fenomeno Salute Migranti.

Contatto: Maria José Caldes Pinilla (mj.caldes@meyer.it)

Azioni per il miglioramento della qualità e continuità assistenziale per le persone con difficoltà di accesso al SSN in Emilia-Romagna: un processo coordinato tra associazioni di volontariato e Regione

CALACOCI M.¹, BODINI C.¹, ZANOTTI C.^{1,2}, RASCONI G.², BONDI M.^{1,3}, MAZZOCCHI A.^{1,4}, REBOLI P.⁵, FINI C.^{1,6}, LESI C.⁷, SUZZI F.⁸, CICOGNANI A.^{1,9}, GASPARI L.^{1,10}, VIRDIS R.^{1,11}, BARBIERI L.¹², PASTORELLI V.¹²

¹ GrIS Emilia-Romagna; ² Associazione Amici della Caritas (FE); ³ Associazione Porta Aperta (MO); ⁴ Caritas Reggio Emilia; ⁵ Associazione Arcangelo Dimaggio (PC); ⁶ Associazione Sokos (BO); ⁷ Ambulatorio Biavati (BO); ⁸ Caritas Imola; ⁹ Associazione Farsi Prossimo (Faenza); ¹⁰ Associazione Salute e Solidarietà (Forlì); ¹¹ Caritas Parma; ¹² Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna

Introduzione e obiettivi

In Regione Emilia-Romagna l'assistenza sanitaria per persone straniere non iscritte/non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), italiane indigenti e senza fissa dimora è erogata da associazioni di volontariato e dalle AUSL con modalità e assetti differenti nei territori. Negli anni 2018-2020, dopo vari incontri tra GrIS Emilia-Romagna (GrIS-ER), referenti delle associazioni di volontariato, AUSL, Assessore alle Politiche per la salute, Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare ed Servizio Assistenza Territoriale della Regione, si è giunti a un accordo finalizzato all'armonizzazione e al miglioramento dell'assistenza sanitaria per la popolazione con difficoltà di accesso al SSN, attraverso il coordinato esercizio delle rispettive competenze.

Metodi/Azioni

A seguito di questo lavoro la Giunta Regionale ha approvato il 25/6/2018 la delibera n. 965 con i seguenti punti: 1) invito alle AUSL a stipulare convenzioni con le associazioni di volontariato; 2) iscrizione dei medici volontari all'Anagrafe Regionale dei Medici Prescrittori; 3) utilizzo del ricettario del SSN; 4) mandato ai Direttori di Distretto o di Dipartimento di Cure Primarie di assicurarne l'applicazione; 5) costituzione di un tavolo di lavoro regionale con i referenti delle associazioni, Regione e AUSL per monitorare l'applicazione della delibera e individuare azioni migliorative. Il 12/04/2019 è stata emanata la determina n. 6700, con la quale sono state nominati i referenti delle associazioni, delle AUSL e della Regione partecipanti al tavolo di lavoro. Il 12/2/2020 è stata discussa e approvata dal tavolo una "convenzione tipo regionale" da adattarsi poi a livello aziendale, i cui punti essenziali sono: a) riconoscimento dell'attività di assistenza di base/specialistica con registro degli specialisti; b) fornitura di farmaci/presidi condivisa fra associazioni e AUSL; c) utilizzo del ricettario del SSN; d) copertura assicurativa a carico dell'AUSL per infortuni/malattie professionali e responsabilità civile verso terzi dei sanitari volontari; e) riconoscimento delle spese generali di funzionamento per attività dell'ambulatorio e mediazione culturale; f) utilizzo della piattaforma S.O.L.E (sanità on line) per la tracciabilità delle prestazioni e delle informazioni sui pazienti.

Risultati

Dialogo tra i medici degli ambulatori di tutta la regione con il coordinamento del GrIS-ER e tavolo di lavoro congiunto con AUSL e Regione.

Conclusioni

L'aspettativa è di arrivare a un miglioramento della qualità e della continuità assistenziale, attraverso un coordinamento maggiore delle realtà che erogano cure alle persone straniere non iscritte/non iscrivibili al SSN, italiane indigenti e senza fissa dimora, in particolare attraverso l'individuazione di percorsi che facilitino l'accesso ai servizi e l'informatizzazione dei dati. Lo spirito condiviso dal tavolo è di operare in ottica di sussidiarietà e non di sostituzione del SSN.

Contatto: Marisa Calacoci (ccm@unife.it)

Buone prassi regionali in Puglia: l'approccio transculturale della rete GIADA nella tutela dei minori migranti

SGARAMELLA A.¹, FOSCHINO BARBARO M.G.¹, DE IACO D.¹, GIANNINI A.M.², LAROVERE D.², MASSAGLI P.², TRICARICO D.², VITALE G.T.¹

¹ U.O. SD Psicologia, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII-A.O.U. Consorziato Policlinico di Bari; ² U.O. Malattie Infettive, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII-A.O.U. Consorziato Policlinico di Bari

Introduzione e obiettivi

GIADA è l'acronimo di Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati, ed è un centro di riferimento regionale per la diagnosi precoce e cura delle forme di violenza all'infanzia; negli anni ha strutturato svariati percorsi operativi per rilevare il sommerso e formulare precocemente diagnosi e piani assistenziali interdisciplinari e integrati, in rete con altre Istituzioni ed Enti Sanitari, Sociali e Giudiziari; è composta da un'équipe funzionale multidisciplinare e da oltre 10 anni organizza programmi di formazione su tutto il territorio della Regione Puglia. Dal 2011, alla luce della continua espansione della popolazione dei migranti e straniera residente in Italia, GIADA ha accolto la sfida della multiculturalità focalizzandosi altresì, sulla presa in carico delle vulnerabilità dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), vittime di tratta e di Mutilazioni Genitali Femminili (MGF).

Metodi/Azioni

GIADA ha definito procedure di accoglienza ospedaliera e assistenza in favore delle famiglie straniere e/o dei minorenni soli, per assicurare l'effettiva presa in carico precoce delle loro vulnerabilità, attraverso un piano di intervento integrato e globale. Nella formazione specialistica regionale organizzata su mandato della Regione Puglia in partenariato con il CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi Maltrattamento all'Infanzia) realizzata nel 2019 in ottemperanza alle "Linee Guida regionali" (DGR .1878 del 30/11/2016), una particolare attenzione è stata dedicata alla presa in carico dei bisogni di salute dei MSNA, delle vittime di tratta e di MGF, con l'obiettivo di rendere le risposte di cura sempre più coerenti con le prospettive culturali, epidemiologiche, psicosociali e organizzative riferibili alla condizione di salute degli immigrati. In collaborazione con l'AReSS Puglia e UNHCR sono stati realizzati percorsi specifici sulla violenza nei confronti delle popolazioni rifugiate e richiedenti asilo, con un particolare focus sulla violenza sessuale e di genere (VSG) sugli uomini. GIADA ha predisposto un luogo dedicato, l'ambulatorio "Welcome", per lo screening di MSNA collocati presso varie strutture del territorio, oltre che per l'accertamento sociosanitario dell'età (Lg.47/2017). Inoltre, con il coordinamento scientifico dell'Università di Bari-Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, e in collaborazione con le scuole di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Bari (AIPC) e di Lecce (APC), ha strutturato un'indagine esplorativa sullo stato di benessere dei MSNA inseriti in comunità di accoglienza.

Risultati

Il presente lavoro descrive la metodologia utilizzata in ognuno dei percorsi operativi in attuazione e i dati sin'ora raccolti.

Conclusioni

L'approccio transculturale, adottato dalla Regione Puglia, promuove risposte concrete ai bisogni di salute, e garantisce il diritto di accesso alla fruizione dei Servizi socio-sanitari organizzati nell'ottica dell'integrazione della popolazione migrante, rifugiati e richiedenti asilo.

Contatto: *Domenica De Iaco* (domenica.deiaco@policlinico.ba.it)

Insediami menti informali rurali in Basilicata: supporto socio sanitario rivolto a persone in condizioni di fragilità - Un intervento di Medici Senza Frontiere (MSF).

AL ROUSAN A., LAINO E., CARBONE F., GRANÀ G., DI DATO S., DI DONNA F., DI STEFANO L., ARGENZIANO S.

Centro Operativo Bruxelles, Medici Senza Frontiere, Bruxelles, Belgio.

Introduzione e obiettivi

Da luglio a novembre 2019 MSF con il progetto "Rural Settlements", ha svolto attività di supporto medico-sociale di prossimità negli insediamenti informali delle aree rurali lucane. Hanno spinto MSF all'intervento in Basilicata l'elevata presenza di persone abitanti in situazioni di estrema precarietà, in condizioni igienico-sanitarie deprecabili e senza alcun accesso ai servizi di base, nonché l'assenza in quei luoghi di attori pubblici e del privato sociale che prestassero supporto medico-umanitario. L'obiettivo di MSF è stato quindi di fornire assistenza medica e di facilitare l'accesso ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) agli abitanti dei siti informali individuati fra l'area del metapontino e del potentino.

Metodi/Azioni

Con l'ausilio di un'unità mobile attrezzata per le cure mediche di base, il team di MSF si è recato nei pressi di ciascun insediamento con cadenza settimanale informando ogni volta i beneficiari sulla data del successivo appuntamento, accortezza che ha permesso di garantire una continuità nella presa in carico sia medica che socio-sanitaria. Il team multidisciplinare era composto da staff medico, operatrice sociale e mediatori culturali. La metodologia dell'intervento ha garantito non solo un sistema di referral interno nei casi di presa in carico in comune (medico-sociale), ma anche un accesso diretto dei beneficiari all'operatrice sociale. Questo ha permesso di sensibilizzare le persone ai margini del SSN sui differenti servizi esistenti e di facilitare loro l'accesso in totale autonomia.

Risultati

Nell'area geografica dell'intervento MSF ha stimato una presenza complessiva di almeno 2000 persone in condizioni di precarietà igienico-sanitaria. Su 798 pazienti, la maggior parte (97%) era di sesso maschile. Le nazionalità dichiarate dai pazienti sono state principalmente: Burkina Faso (21%), Mali (16%), Sudan (15%), Nigeria (10%), Gambia (9%). L'età media era di 33 anni. Sono state effettuate 910 consultazioni mediche. 1 paziente su 3 presentava una patologia collegabile alle dure condizioni di lavoro nei campi. 1 paziente su 4 mostrava problemi medici riconducibili alle condizioni di vita insalubri negli insediamenti informali. Solo il 43% era in possesso di una tessera sanitaria valida, il 27% la possedeva ma scaduta, il 28% dichiarava di non aver mai avuto una tessera sanitaria né un codice STP (solo il 2% ne era in possesso).

Conclusioni

L'intervento in Basilicata ha permesso ad MSF, oltre la possibilità di curare le persone, di rilevare sia il mancato adeguamento del SSN ai bisogni dei lavoratori soggetti ad alta mobilità quali sono i braccianti agricoli sia l'inaccessibilità ai servizi di medicina generale per coloro che scelgono di stabilirsi nella Regione in condizioni abitative precarie (alloggi fatiscenti, non atti ad uso abitativo o con contratti di locazione transitori), a causa di barriere amministrative, quali l'impossibilità di eleggervi la residenza.

Contatto: Ahmad Al Rousan (alrousan.ahmad@gmail.com)

Gruppo Ricerca-Azione Partecipata (GRAP). La ricerca-azione partecipata come strumento di sensibilizzazione e advocacy per il diritto alla salute. I risultati della prima fase

LANOTTE A., CICOGNANI A., TORCHIARO S.

GrlS Emilia Romagna; GrlS Lazio

Introduzione e obiettivi

Il progetto Gruppo di Ricerca-Azione Partecipata (GRAP) nasce nel Gennaio 2019 da alcune istanze ed obiettivi condivisi nel contesto della VI edizione dell'Executive Master in Salute Globale e Migrazioni: implementare le azioni dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrlS) sperimentando nuove metodologie di lavoro; costruire interventi partecipati in comunità mirati a stimolare l'interesse generale su temi e problematiche di salute globale e l'adesione ai GrlS.

Metodi/Azioni

Il progetto GRAP coinvolge i GrlS Campania, Lazio ed Emilia-Romagna, scelti come gruppi-pilota sulla base di criteri geografici, solidità del gruppo, bisogni del territorio e capacità di rete territoriale. La cornice metodologica è quella della ricerca-azione partecipata come strumento di sensibilizzazione e *advocacy* per il diritto alla salute, ovvero come "processo attraverso il quale le persone sono realmente attive e coinvolte nella definizione dei loro problemi, nelle decisioni che riguardano i fattori che influenzano le loro vite, nella costruzione e messa in atto di politiche, nella pianificazione, sviluppo ed erogazione dei servizi e nelle azioni per raggiungere il cambiamento" (World Health Organization). La prima fase (I) di progetto ha utilizzato la metodologia del focus group (FG) per facilitare l'emersione dei significati che ogni partecipante attribuisce all'esperienza GrlS (autoanalisi narrativa) individuando come prima comunità di ricerca-azione il GrlS stesso.

Risultati

Dai FG sono emersi due assi analitici comuni: il primo definisce come i/le partecipanti interpretano e narrano il GrlS; il secondo delinea le possibili direzioni e azioni future. Nel primo il GrlS è emerso come "laboratorio eterogeneo", ossia spazio di confronto caratterizzato e valorizzato da multidisciplinarietà, intergenerazionalità e capacità di rete. Nel secondo emergono tre elementi chiave: visibilità, tecnicismo e lavoro culturale. Essi vengono messi in relazione interdipendente nel seguente "circolo delle criticità": la scarsa visibilità - percepita come mancata conoscenza dei GrlS da parte della cittadinanza e di altre società scientifiche - viene indicata come parzialmente responsabile della mancanza di risorse umane; l'elevato tecnicismo contribuirebbe alla mancanza di risorse umane per la sua intrinseca selettività; il lavoro culturale rappresenterebbe una potenziale alternativa di espressione e di azione interna ed esterna al gruppo.

Conclusioni

I punti chiave emersi dalla fase I hanno confermato il proposito di apertura e la volontà comune di realizzare un lavoro culturale percepito come necessario poichè funzionale all'*advocacy* (maggiore incisività politico-culturale), catalizzatore di altre forme di espressione (implementazione delle risorse umane) e di sostegno alla rete territoriale. Da Settembre 2019 è in corso la seconda fase di progetto che ha mosso i primi passi attraverso la costruzione di un lessico concettuale comune sulle definizioni di *advocacy*, comunità, livelli di consultazione e partecipazione; seguirà la mappatura territoriale delle realtà da consultare per la costruzione di attività di *advocacy* in comunità attraverso la ricerca-azione partecipata.

Contatto: Antonella Lanotte (lanotte.anto@gmail.com)

La valutazione medico-legale del richiedente asilo: spunti per un nuovo modello operativo multidisciplinare per la tutela della salute e dei diritti umani

LANZARONE A.¹, TULLIO V.², RIZZO C.¹, PISCIONIERI D.¹, ZERBO S.¹

¹ Dip. Per la Promozione della Salute Materno-Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro"; Sez. di Medicina Legale, Università di Palermo; ² Dip. di Psicologia e scienze dell'educazione, Università di Palermo

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi anni sempre più significativa è apparsa la necessità di produrre documentazione/certificazione medica esplicativa dello stato psico-fisico dei richiedenti asilo al fine di rendere più agevole e coerente la valutazione maturata da parte delle commissioni territoriali o di giudici in fase di ricorso.

Metodi/Azioni

Dal maggio del 2018 al febbraio 2020, sono stati visitati 110 richiedenti asilo. Circa la metà di questi sono stati presi in carico da assistenti sociali, psicologi e esperti legali dei diversi centri di accoglienza del territorio siciliano che hanno provveduto all'invio del proprio beneficiario all'istituto di medicina legale dell'università di Palermo. Gli altri sono entrati in contatto con la medicina legale sin dalle fasi iniziali di presa in carico. Quest'ultimo approccio prevede un primo dialogo tra avvocato e medico-forense al fine di valutare l'opportunità di sottoporre il beneficiario ad accertamento medico-legale. Quelli selezionati per l'accertamento hanno preso parte ad un lungo audit che oltre al medico-legale ha visto la presenza del mediatore culturale e dello psicologo. Il colloquio ha previsto una lunga raccolta anamnestica: anamnesi familiare; grado di scolarizzazione; anamnesi patologica remota e prossima (collocazione a parte è stata individuata per la storia che ciascun soggetto porta con sé dal passaggio e/o dalla permanenza in Libia). Terminato il colloquio i soggetti sono stati sottoposti a visita medica e a repertazione fotografica, previa firma del documento di consenso informato, in conformità con la normativa vigente nel rispetto della dignità della persona secondo il principio inviolabile di autodeterminazione. In relazione alle esigenze del caso sono stati richiesti diversi accertamenti specialistici sanitari e non sanitari. Collezionati tutti i pareri, tra cui quello psicologico redatto in seguito al colloquio, e studiate nel dettaglio le lesioni tramite la visione delle fotografie, è stato redatto un report dettagliato al termine del quale, tenuto conto dei criteri di compatibilità previsti dal Protocollo di Istanbul, è stato tracciato il rapporto di verosimiglianza tra quanto osservato e quanto narrato dal soggetto.

Risultati

Ad oggi sono stati valutati complessivamente 110 soggetti (13% donne, 87% uomini) 20 minori stranieri non accompagnati. I paesi di provenienza, prevalentemente del continente africano ma non solo. Dei 110, 22 hanno ottenuto parere positivo, nel dettaglio: 9 protezione umanitaria, 1 protezione sussidiaria, 1 protezione casi speciali, 11 status di rifugiato. Dei restanti 54, 30 sono in attesa di giudizio e di 24 non si hanno più notizie a causa dei trasferimenti in altri centri di accoglienza in altre regioni di Italia.

Conclusioni

È evidente l'esigenza di prediligere la valutazione medico-legale del richiedente asilo, all'interno di un contesto multidisciplinare, che metta in risalto l'importanza del dialogo tra medico-legale e avvocato, il mediatore culturale, e altri operatori nel settore. L'esperienza ad oggi maturata ci induce a ritenere che il percorso individuato possa essere un valido strumento volto, sia alla tutela della salute del migrante richiedente asilo, sia alla riaffermazione dei diritti umani per troppo tempo violati.

Contatto: Antonietta Lanzarone (antoniettalanzarone@gmail.com)

Presentazione del progetto ICARE (Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency)

TAILA K.¹, COSTANTINO R.², CALDÉS PINILLA M. J.³, SANTONE G.⁴, SPARACO A.⁵

¹ Azienda USL di Modena ² Regione Emilia Romagna ³ Centro di Salute Globale Regione Toscana ⁴ SaMiFo ASL Roma 1 Regione Lazio ⁵ ASP Trapani Regione Sicilia

Introduzione e obiettivi

L'obiettivo del progetto consiste nel realizzare, sul territorio nazionale, percorsi integrati interdepartimentali e multidisciplinari, che siano al tempo stesso specificamente dedicati e culturalmente orientati al fine di:

- migliorare l'accesso alle cure per i richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) nei servizi sanitari territoriali, ottimizzando la fase di accoglienza;
- garantire risposte appropriate, efficaci e adeguate ai bisogni di salute dei RTPI in situazione di vulnerabilità sanitaria. Particolare attenzione sarà rivolta ai percorsi dedicati alle donne e ai minori accompagnati e non;
- diffondere e approfondire le Linee Guida "I controlli alla frontiera; la frontiera dei controlli" e "Linee Guida sull'assistenza, riabilitazione e il trattamento dei disturbi mentali dei rifugiati..." in collaborazione con INMP;
- Creare sinergie con altri progetti europei.

Il target del progetto è rappresentato dall'insieme dei Titolari o Richiedenti Protezione Internazionale e tutti i casi speciali previsti dalla nuova normativa (RTPI&SC), uomini, donne e minori presenti sui territori delle Regioni coinvolte.

Metodi/Azioni

Il Progetto, finanziato dalla Commissione Europea, ha come Capofila la Regione Emilia-Romagna, che ne ha affidato il coordinamento nazionale all'AUSL di Modena e le regioni partner sono Lazio, Sicilia, Toscana.

Il progetto è strutturato su più livelli: nazionale, regionale e locale.

Risultati

Il project manager intrattiene rapporti diretti e costanti con la Commissione Europea ed effettua il monitoraggio sullo stato di avanzamento del progetto.

Il Board Nazionale, composto da 1 referente scientifico e 1 amministrativo per ogni Regione partner ha il compito di coordinare e implementare il progetto.

Il Board Regionale, composto da 1 referente scientifico e 1 amministrativo per ogni azienda aderente al progetto, rappresenta il raccordo tra il Board Nazionale e l'èquipe multidisciplinare.

Referenti delle 27 Aziende sanitarie partecipanti ed èquipe multidisciplinari territoriali affrontano le problematiche sanitarie; rispondono a segnalazioni da altri servizi e implementano o creano percorsi di assistenza integrata.

Nell'ambito del progetto è prevista una formazione specifica rivolta ai professionisti sanitari e del Terzo Settore rispetto alle Linee Guida Nazionali e agli argomenti inerenti il progetto a tutti i livelli.

Conclusioni

Il Progetto è in fase di avanzamento. Il valore aggiunto è rappresentato dal confronto tra 4 regioni partner e dall'obiettivo di costruire modelli omogenei di presa in carico replicabili su scala nazionale.

Contatto: Kindi Taila (k.taila@ausl.mo.it)

L'approccio di rete alla vulnerabilità sanitaria migrante

MAIETTA A.¹, CARRECA G.², MAZZUCCO E.³

¹ Asl Latina ² Asl Latina ³ Progetto Fari2 ASL Latina

Introduzione e obiettivi

Dall'aprile del 2019 la Asl di Latina, si è dotata della UOSD Popolazione Migrante e Mobilità Sanitaria, al fine di dare una migliore e più puntuale risposta ai bisogni di salute di tutti i cittadini migranti presenti sul territorio provinciale

Latina è la seconda provincia del Lazio per numero di cittadini stranieri residenti, circa 52.640, con una prevalenza di cittadini di nazionalità romena, indiana ed albanese; un caso particolare è rappresentato dalla presenza della comunità indiana, circa 11.000 persone, che sono impiegate prevalentemente nelle campagne.

Com'è noto negli ultimi anni, ai migranti economici presenti sul territorio si sono aggiunti i richiedenti protezione internazionale ospitati nelle numerose strutture CAS e SPRAR. Al 30 giugno 2019 risultavano attivi sul territorio 10 enti gestori per i progetti dei CAS e 11 enti gestori per i progetti SPRAR con una presenza di 2875 ospiti nei CAS e circa 420 negli SPRAR.

Obiettivo generale: intercettare il bisogno sanitario, anche non espresso, dei cittadini migranti e costruire un profilo epidemiologico al fine di definire una più puntuale programmazione dell'offerta sanitaria. Obiettivi specifici: 1) rafforzare la rete territoriale costituita da tutte le realtà a vario titolo coinvolte nell'accoglienza; 2) costruire un profilo epidemiologico della popolazione migrante mediante una rimodulazione dell'offerta sanitaria che veda principalmente lo sviluppo di percorsi di medicina d'iniziativa e presa in carico.

Metodi/Azioni

Azioni: 1) nel maggio 2019 è stato effettuato, presso la Prefettura di Latina, un incontro a cui hanno partecipato, oltre alla Prefettura e ai Comuni sedi di SPRAR, i referenti degli enti gestori CAS e SPRAR, per la presentazione della D.G.R. 590/2018 "Indicazioni e Procedure per l'Accoglienza e la tutela sanitaria dei Richiedenti asilo e titolari Protezione Internazionale". Successivamente sono stati organizzati altri incontri con le associazioni per costituire un tavolo operativo utile per coordinare le varie attività a livello territoriale così da intercettare i bisogni e dare immediate risposte. 2) Sono stati organizzati incontri con i referenti CAS e SPRAR durante i quali sono stati analizzati i casi di vulnerabilità sociale e sanitaria degli ospiti presenti nelle strutture.

Risultati

Risultati al 31 gennaio 2020: sono stati raggiunti, presi in carico e monitorati nel tempo nr. 180 casi di vulnerabilità sanitaria. Attualmente la stretta collaborazione con i responsabili delle strutture permette un'immediata segnalazione di casi vulnerabili con un'immediata presa in carico da parte della struttura.

Conclusioni

Conclusione: la stretta collaborazione con tutti gli attori, che a vario titolo sul territorio sono impegnati nell'accoglienza, ha determinato una sincronia negli interventi con risposte puntali. La conoscenza e la successiva presa in carico dei casi di vulnerabilità, permetterà nel tempo la costruzione del profilo epidemiologico della popolazione straniera presente sul territorio.

Contatto: Angelo Maietta (a.maietta@ausl.latina.it)

Minori, identificazione e salute

Lococo G.

UNHCR

Introduzione e obiettivi

L'UNHCR ha il mandato di provvedere alla protezione internazionale e di approntare soluzioni durevoli per i rifugiati. Opera in 123 Paesi in supporto agli Stati ed in collaborazione con gli attori competenti. Ha maturato oltre 70 anni di esperienza, adottando azioni volte a garantir loro i diritti e prestando particolare attenzione ai bisogni specifici delle persone vulnerabili - come i minori stranieri non accompagnati (MSNA) - in linea con le proprie policy e strumenti operativi.

Una delle sfide principali che gli Stati si trovano ad affrontare, soprattutto in occasioni di arrivi di massa, consiste nel prestare tempestiva protezione ai più vulnerabili. Presupposto è la loro pronta identificazione. Nel caso dei minori, ai quali la legge riconosce diritti e garanzie in ragione della loro minore età, ciò comporta anche una verifica della loro età.

Metodi/Azioni

Perché parlare di identificazione dei minori nel contesto della sanità?

Diversi i punti di contatto tra salute e identificazione. Tra questi l'UNHCR ritiene che il diffuso ricorso a metodologie sanitarie per l'accertamento dell'età meriti una particolare attenzione. Si condividono pertanto brevemente elementi della propria posizione.

Risultati

I MSNA, che fuggono dai loro Paesi, raramente hanno con sé documenti identificativi. Talvolta non li hanno mai avuti.

In assenza di documenti, venendo così meno un "agevole" indicatore di vulnerabilità, nessun metodo può determinare l'età anagrafica in maniera certa. Perciò, in principio, l'UNHCR non è a favore di procedure volte principalmente all'accertamento dell'età. Piuttosto appare appropriato una riflessione circa la ratio della normativa, privilegiando piuttosto l'emersione e conseguentemente la tutela dei bisogni specifici del minore.

Laddove tuttavia procedure di accertamento dell'età siano intraprese, l'UNHCR raccomanda il rispetto di determinati criteri quali, tra gli altri, una valutazione olistica, comprensiva e multidisciplinare, il presupposto del dubbio fondato, l'informazione child-friendly, evitando il ricorso a metodologie sanitarie. Nel caso queste fossero però previste, vi si dovrebbe ricorrere come ultima possibilità, utilizzando le modalità meno invasive, sempre con il consenso del minore, la cui mancanza non dovrebbe comunque comportare conseguenze negative.

Conclusioni

La normativa italiana è particolarmente avanzata. In particolare, la legge 47 del 2017, nel novellare il decreto legislativo 142/2015, ed il decreto 24/2014, art. 4, hanno prescritto precisi principi, che riflettono in gran parte i criteri raccomandati dall'UNHCR, la cui corretta applicazione, una volta pienamente realizzata, restringerebbe, peraltro, ad un ambito meramente residuale il ricorso a modalità sanitarie. A tale risultato contribuiranno l'adozione dei decreti attuativi previsti, nonché del protocollo uniforme sull'accertamento dell'età, che possa assicurare un'efficace ed uniforme operatività nel pieno rispetto di principi, norme e garanzie procedurali in materia di accertamento dell'età.

Contatto: Giuseppe Lococo (lococo@unhcr.org)

Approccio intersettoriale Giuridico e Sanitario nella tutela legale dei e delle richiedenti asilo sottoposti a violenza sessuale e di genere

ANGELUCCI M.A.¹, SCASSELLATI SFORZOLINI G.¹, ASTA F.², MILLEFIORINI M.²

¹ Ospedale San Camillo Forlanini; ² Università degli Studi Roma Tre, Dipartimento di Giurisprudenza

Introduzione e obiettivi

Diverse fonti internazionali quali la Convenzione di Istanbul del 2011 e le Direttive europee in tema di asilo - Direttiva qualifiche 2011/95/UE, Direttive procedure e accoglienza 2013/32/UE e 2013/33/UE - prevedono norme specifiche per la tutela dei/delle richiedenti asilo che hanno subito persecuzioni o violenze connesse al genere (VSdG). Queste norme sono state trasposte quasi integralmente nella disciplina italiana, in particolare nel D.lgs. 251/2007 e nel D.lgs. 142/2015. La legge prevede diverse tutele specifiche per le persone sottoposte a VSdG, a partire dal riconoscimento della protezione internazionale per persecuzioni o violenze basate sull'appartenenza a un particolare gruppo sociale, caratterizzato dal genere. In particolare, si ricordano le garanzie previste durante le fasi di presentazione ed esame della domanda di asilo, come la previsione di assistenza psicologica-sanitaria, e per quella di accoglienza, dove sono previste misure adeguate per le persone portatrici di "esigenze particolari". In questo panorama, un tema di particolare rilevanza è la tutela delle donne migranti e richiedenti asilo sottoposte a forme di mutilazioni genitali femminili (MGF), una pratica tradizionale molto diffusa in diversi paesi africani, come la Nigeria. La sottoposizione a MGF costituisce di per sé un atto di persecuzione verso la persona, considerato il danno irreversibile che questo tipo di pratica produce sulla salute sessuale della donna, ed è perciò considerato un motivo valido al riconoscimento dello status di rifugiata e/o della protezione sussidiaria.

Metodi/Azioni

La Clinica Legale dei diritti dell'immigrazione e della cittadinanza, attiva presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università Roma Tre, offre orientamento e assistenza legale gratuiti a migranti e richiedenti asilo, e negli ultimi anni ha supportato moltissime donne sottoposte a MGF e/o violenza di genere. A questo fine è nata una prolifica collaborazione con l'Ospedale San Camillo Forlanini, reparto di Ginecologia, dove le donne hanno potuto svolgere tutte le visite con il supporto necessario, specie se con Mutilazioni Genitali (MGF).

Risultati

Molte di queste donne migranti hanno ottenuto, proprio per la documentata violenza di genere, la Protezione Internazionale e hanno potuto intraprendere un percorso sanitario di determinante supporto per il loro percorso migratorio.

Conclusioni

La collaborazione tra la Clinica Legale di Roma Tre e l'Ospedale San Camillo è stata imprescindibile, al fine di fornire l'adeguata assistenza socio-sanitaria alle utenti e, quando necessario, ottenere prove documentali della sottoposizione a MGF per sostenere la domanda di asilo.

Contatto: Maria Augusta Angelucci (augusta.angelucci@gmail.com)

Per una cura condivisa. L'applicazione del metodo etnopsicologico nei servizi socio-sanitari per persone con background migratorio

BARTOLUCCI R.¹, CAMILOT E.², DEL ZOTTI S.³, FANTIN R.⁴, FIAWOO K.⁵, FORLATI P.⁶, GALESÌ D.⁷, MAISTO R.⁸, TRAORE I.⁹, VALERIO G.¹⁰

^{1,3,4,5,6,9} Ass. MetisAfrica, Verona; ² Ass. Across, Verona ⁷ Dipartimento di Sociologia, Università di Trento; ^{8,10} Scuola LISTA, Milano

Introduzione e obiettivi

I servizi si trovano oggi di fronte alla necessità di rispondere ai bisogni socio-sanitari di un numero crescente di persone con background migratorio. Si tratta di persone che fanno esperienza del malessere alla luce di processi di significazione del corpo, della malattia, della terapia e della relazione di aiuto, talvolta radicalmente differenti rispetto a quelli presi a riferimento dai professionisti. Nasce perciò l'esigenza di disporre di strumenti diagnostici che, accanto al riscontro delle obiettive alterazioni delle funzioni strutturali (disease), consentano di cogliere anche lo specifico vissuto della persona (illness), per costruire percorsi di cura fondati su un'effettiva condivisione e compliance.

In questo contributo si riesaminano alcuni casi studio seguiti dall'Associazione MetisAfrica, per focalizzare come l'approccio transculturale di impronta etnopsicologica possa mettere a punto dispositivi più efficaci di assessment e trattamento socio-sanitario.

Metodi/Azioni

Attraverso un caso-studio esplorativo basato su interviste, analisi documentaria e osservazione partecipante delle consultazioni transculturali (CT) condotte da un'équipe di professionisti che operano a titolo gratuito (psicoterapeuta, psicologi, psichiatri, sociologo, educatori, infermiera, mediatori culturali, ecc.) in collaborazione con i servizi sociali, sanitari ed educativi delle province di Verona e Trento, sono state approfondite le funzioni che il suddetto dispositivo pone in atto nell'assessment, nella costruzione della partnership e nell'attuazione dell'*advocacy*.

Risultati

La CT riduce il rischio di medicalizzazione e farmacologizzazione del malessere psico-sociale. Il suo doppio registro psicologico e socio-antropologico consente di decodificare l'apparente patologia di atteggiamenti e comportamenti risalendo a ragioni ascrivibili non alla disfunzionalità affettiva o cognitiva, bensì ai riferimenti socio-culturali che guidano la biografia della persona.

Il recupero delle logiche simboliche che tengono insieme le parole dell'altro consente agli operatori di comprendere il suo vissuto in modo empaticamente più aperto. Ciò rende possibile la costruzione di una più solida fiducia, sulle cui basi promuovere un percorso terapeutico condiviso e partecipato.

Problemi e richieste degli utenti sono ricontestualizzati in una prospettiva maggiormente condivisibile dagli operatori, dando la possibilità agli utenti di veder riconosciute difficoltà, risorse e diritti precedentemente trascurati.

Conclusioni

Il metodo etnopsicologico dimostra la sua utilità nei servizi socio-sanitari almeno a 2 livelli:

- l'implementazione di modalità comunicative e relazionali più compatibili a persone con background culturale differente;
- l'inclusione dei professionisti all'interno di dispositivi di consultazione interprofessionali, per diagnosi e interventi meno oppressivi e più integrati.

Contatto: Davide Galesi (davide.galesi@unitn.it)

La salute mentale dei migranti forzati: criticità e strategie di presa in carico integrata

BRACALENTI R., PERI C.

Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali (IPRS)

Introduzione e obiettivi

I migranti forzati hanno bisogni di cura specifici e in ragione di questo, anche in un'ottica di tutela della salute pubblica, si interviene per individuare possibili patologie, attraverso procedure che consentano l'attivazione tempestiva dei servizi sanitari. Un'attenzione analoga non è prevista nel caso della sofferenza psichica: la programmazione dei servizi ad oggi non è adeguata, nonostante le linee guida ministeriali e regionali.

Metodi/Azioni

Il presente contributo, a partire da una ricognizione effettuata nell'ambito del progetto Psychcare in 4 regioni (Lazio, Lombardia, Campania, Sicilia), evidenzia le principali criticità che impediscono l'accesso dei migranti forzati ai servizi di salute mentale e propone alcuni elementi di miglioramento.

Risultati

L'organizzazione del sistema di prima accoglienza non ha finora contribuito a facilitare i percorsi di cura. Agli enti gestori dei CAS non è richiesto di costruire una rete di intervento sul territorio e le modifiche introdotte dai nuovi capitolati hanno ulteriormente ridotto le risorse disponibili. In Italia i tassi di ricovero per patologie psichiatriche tra gli stranieri erano più bassi di quelli tra gli italiani, e questa dinamica è rimasta invariata negli ultimi anni, per quanto riguarda i migranti in generale. Se invece si seleziona la popolazione dei giovani maschi provenienti dai Paesi da cui attualmente arrivano i richiedenti asilo, si vede che successivamente al 2011 la curva dei tassi di questo sottogruppo si è impennata superando di molto sia quella degli altri migranti, sia quella degli italiani. Al contrario, resta ridotta la frequentazione da parte dei migranti forzati dei servizi di psichiatria territoriale. Nella maggior parte dei casi dunque l'accesso dei migranti forzati ai servizi di salute mentale avviene attraverso un intervento di urgenza: tale modalità emergenziale riduce considerevolmente la possibilità di avviare percorsi terapeutici. Le riforme normative introdotte, specialmente le modifiche in materia di accoglienza, iscrizione anagrafica e protezione umanitaria, hanno avuto un forte impatto negativo anche rispetto alla tutela della salute mentale, accentuando i meccanismi di esclusione.

Conclusioni

Per assicurare una risposta più adeguata ai bisogni di salute mentale dei migranti forzati, è necessario prevedere interventi a tre livelli: 1) rendere più sistematica e efficace la collaborazione tra strutture di accoglienza e servizi territoriali di salute mentale; 2) favorire la crescita culturale dei servizi di salute mentale, anche rispetto alle competenze etnopsichiatriche; 3) rendere disponibili per i migranti forzati interventi che consentano una maggiore integrazione tra dimensione sociale e sanitaria.

Contatto: Chiara Peri (c.peri@iprs.it)



SESSIONE 4

MIGRAZIONI, SALUTE E PANDEMIA DA COVID-19



La sanità italiana: saremo capaci di fare tesoro degli insegnamenti della pandemia?

Nerina Dirindin

Università di Torino e Associazione Salute Diritto Fondamentale

Riusciremo a ripensare il sistema di tutela della salute superando l'illusione che la delega al mercato possa automaticamente comportare risparmi di spesa e più assistenza per tutti? Riusciremo a dare centralità alla prevenzione (a quella collettiva, e non solo a quella individuale) e all'assistenza territoriale (nei luoghi in cui vivono le persone, e non solo nelle strutture residenziali), come già indicato dalla legge istitutiva del Ssn? Riusciremo a trarre lezione dalla pandemia senza rimuovere la grande consapevolezza - diventata patrimonio comune di gruppi dirigenti e persone nei mesi bui dell'epidemia - circa l'importanza della sanità pubblica? Il Ssn sarà in grado di non sprecare la fiducia che ha conquistato nell'emergenza, di affrontare la seconda ondata con più preparazione e di recuperare i ritardi su tutti gli altri bisogni di cura? Riusciremo a "tornare alle fondamenta" reindirizzando il sistema verso una maggiore equità e una maggiore efficienza, consapevoli che senza scelte coraggiose i sistemi vanno automaticamente verso più frammentazione, più diseguaglianze, più spesa e minore salute?

Questi i quesiti che molti di noi si sono posti nel corso degli ultimi decenni e che sono diventati cruciali in questa emergenza. Come ha affermato l'ex direttore generale dell'OMS Margaret Chan: "Trenta anni di esperienza ben monitorata ci

dicono cosa funziona [nella tutela della salute] e verso quale direzione dobbiamo dirigerci, si tratti di paesi ricchi o poveri". E la direzione è il ritorno a un'assistenza organizzata attorno ai principi delle cure primarie e della promozione della salute. Molti paesi hanno invece "smarrito la strada" nel corso dei decenni, hanno smesso di impegnarsi a realizzare un accesso equo alle cure, a utilizzare le risorse nel rispetto delle evidenze internazionali, a concentrarsi sui bisogni complessivi delle persone, in particolare di quelle più povere ed emarginate.

Anche il nostro Paese, che pur ha saputo dotarsi di un servizio sanitario disegnato in modo da garantire a tutti le cure necessarie e da liberare ogni persona dal rischio di dover rinunciare all'assistenza per sé o per i propri cari a causa dei costi esorbitanti delle prestazioni, sta rischiando di smarrire la strada.

Ormai da molti anni stiamo assistendo a un lento e continuo impoverimento della sanità pubblica, spesso presentato come inevitabile conseguenza della pesante situazione dei conti pubblici, ma in realtà espressione del disimpegno di gran parte dei governi (nazionali e regionali) che si sono sottratti alle loro responsabilità in materia di tutela della salute e hanno favorito l'ampliamento degli spazi per la sostituzione di parte del Servizio sanitario

nazionale con sistemi alternativi, dal welfare aziendale alle assicurazioni.

La sanità pubblica è stata infatti oggetto di restrizioni che, nelle dimensioni e nelle modalità con cui sono state disegnate e attuate, sono andate ben oltre la necessaria riduzione delle inefficienze e degli sprechi. Anzi, spesso le restrizioni hanno agito in maniera lineare, con la conseguenza che l'offerta dei servizi si è ridotta, in quantità e qualità, anche là dove avrebbe dovuto essere rafforzata e sono peggiorate le condizioni di lavoro degli operatori sanitari. Personale dipendente ridotto di oltre 40 mila unità nell'ultimo decennio, mancato ricambio generazionale di medici e infermieri, aumento del precariato e del ricorso a personale esterno, ospedali obsoleti e insicuri, servizi territoriali impoveriti, scarsa cultura della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, dotazione di posti letto ospedalieri fra le più contenute dell'Europa continentale, disimpegno dei vertici decisionali a tutti i livelli: questi i risultati di un decennio di disattenzione alle politiche per la salute. Non a caso, secondo l'Oecd, il livello delle prestazioni sanitarie erogate dal sistema pubblico è in Italia inferiore a quello dei principali Paesi dell'area euro e il divario è cresciuto nel corso del tempo, con importanti ripercussioni a carico dei gruppi più svantaggiati.

Le continue restrizioni stanno inoltre aggravando le diseguaglianze sociali e territoriali già esistenti nel Paese. Chi non ha strumenti (o conoscenze) per superare le barriere all'accesso ai servizi, chi vive in territori interessati dal ridimensionamento dell'offerta, chi necessita di assistenza socio-sanitaria sempre più carente, chi è più vulnerabile (perché anziano, migrante, sofferente mentale, dipendente, detenuto, ecc.) finisce col sentirsi abbandonato, sfiduciato, rassegnato, incapace di far valere i propri diritti, che spesso ignora.

E così il Ssn costruito nel 1978 su pilastri solidi e ancora oggi attuali, ma lasciato lentamente impoverire grazie a una diffusa sudditanza culturale nei confronti del pensiero neoliberista favorevole al superamento della sanità pubblica e benevolo verso le assicurazioni e il privato for profit, si è trovato a dover affrontare una pandemia in un momento di grande debolezza.

In questi mesi il Coronavirus ha aperto gli occhi anche ai peggiori detrattori della sanità pubblica: tutti si sono resi conto che l'ombrello di protezione garantito dal Ssn libera ognuno di noi dalla paura di non potersi curare a causa degli alti costi dei trattamenti; tutti sono consapevoli che perdere il lavoro (fatto purtroppo possibile con una crisi economica così profonda come quella attuale) non comporta, in Italia, la perdita della protezione sanitaria; tutti sono consapevoli che la tutela della salute non è riconosciuta solo ai "cittadini" italiani ma a tutte le "persone" (pur con alcune limitazioni), in quanto diritto umano fondamentale. Non è poco. E dobbiamo difendere queste scelte, fatte proprio da quella generazione di anziani la cui vita è oggi messa a dura prova dal virus.

In questi mesi molti si sono resi conto che stavamo smarrendo la strada. Con la pandemia, il servizio sanitario - per anni sottovalutato e persino snobbato - è nuovamente apparso un ombrello di protezione a cui nessuno pensa più di poter rinunciare. In questo momento la sanità pubblica risulta a tutti, anche ai suoi più accaniti detrattori, fondamentale. Ma questo ravvedimento non può essere considerato una conquista raggiunta per sempre. Anzi i segnali di risveglio dei tanti interessi (economici, professionali, imprenditoriali, accademici, politici e persino della criminalità organizzata) che animano il settore sanitario sono già facil-

mente percepibili soprattutto in relazione alla grande quantità di risorse che, già ora, sono messe a disposizione del settore e che ancor di più saranno rese disponibili con i fondi europei.

Abbiamo, oggi, l'impressione di essere in mezzo al guado. La pandemia ci ha resi consapevoli che il tratto di strada che stavamo attraversando, e che credevamo tranquillo - tanto da consentirci di allentare la prudenza e spingere l'acceleratore sulla leva dell'efficienza a tutti i costi, non è per nulla sicuro, anzi rischia di trascinarci rovinosamente. Ora abbiamo bisogno di prospettive in grado di modificare il paradigma dominante per passare da una sanità centrata sulle prestazioni a una sanità orientata alle persone e alle comunità di cui fanno parte. Un cambiamento che in primo luogo è culturale e che non è certo facile da realizzare, perché richiede tempo, mentre le strategie di chi vorrebbe mantenere (o addirittura potenziare) le vecchie ricette sono già in azione.

Abbiamo bisogno di riconoscere sinceramente gli errori commessi in passato (in maniera più o meno rilevante) e indicare le alternative senza titubanze. Qualche esempio può essere utile. Non basta redigere un nuovo Piano Nazionale pandemico, occorre condividere un rinnovato impegno culturale e operativo sulla prevenzione collettiva (prevenzione nei luoghi di lavoro, legame fra salute e ambiente, messa in sicurezza del patrimonio infrastrutturale e paesaggistico, riconoscimento delle comunità come strumenti di promozione della salute, ecc.). Non basta rivedere la dotazione di posti letto ospedalieri, occorre ammettere l'inadeguatezza dell'assistenza territoriale e intervenire per rafforzarla, affinché sia possibile assistere le persone prima che sia necessario il ricovero in ospedale. Non basta porre rimedio alla grave carenza di personale di-

pendente (peraltro in passato mai riconosciuta dai decisori), occorre far capire che la scelta di risparmiare sul personale in un settore ad alta intensità di lavoro è esecrabile perché fa solo indebolire gravemente il settore. Non basta colmare le carenze di medici specializzati in alcune discipline, occorre che il mondo accademico rinunci a far prevalere i propri obiettivi rispetto a quelli del Ssn che necessita di professionisti. Non basta rattoppare le inadeguatezze delle RSA di fronte al coronavirus (strutture che ospitano centinaia e centinaia di persone vulnerabili in ambienti che, per quanto accurati, non possono offrire una vita degna di questo nome a persone che dovremmo assistere nelle comunità in cui hanno vissuto), occorre che le persone e le famiglie abbiano a disposizione una pluralità di soluzioni all'interno della propria comunità (e non solo le strutture residenziali). Non basta prenotare farmaci o vaccini (fatto di per sé comunque importante), occorre impegnarsi, a livello internazionale, per rendere i nuovi farmaci e nuovi vaccini disponibili a prezzi accessibili a tutti coloro che ne possono beneficiare, al di là di ogni protezione della proprietà intellettuale. In breve, abbiamo bisogno di nuove prospettive, di pensieri rinnovati, di iniziative coraggiose che la pandemia rende paradossalmente più facilmente percorribili di un tempo. Altrimenti avremmo davvero sprecato un'occasione. Se saremo disposti ad accettare le solite ricette, il dolore e i lutti di questi mesi saranno stati inutili.

La sanità pubblica deve essere considerata una formidabile leva per promuovere il benessere e l'uguaglianza fra le persone (fra tutte le persone), per favorire lo sviluppo (economico e sociale), per sostenere la ricerca e l'innovazione, per dare concretezza ai valori e ai principi alla base della nostra convivenza civile.

Su tali questioni, parole significative sono state pronunciate da Roy Romanow che circa venti anni fa fornì al governo canadese importanti suggerimenti per migliorare la sanità pubblica e per affrontare i problemi che la stavano minando. Romanow afferma: «Non vi è alcun standard su quanto un Paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno». E dopo un articolato percorso di approfondimenti, giunge a una conclusione disarmante nella sua semplicità: «Un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia».

Non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie); la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure? Quali cure il nostro sistema vuole garantire a tutte le persone? La risposta deve essere ricercata nella nozione di equità cui vogliamo aderire, nei giudizi di valori cui vogliamo ispirarci, prima ancora che nelle disponibilità economiche su cui possiamo contare. Anche perché quando non "smarriamo la strada", ovvero quando puntiamo su un sistema sanitario orientato alle persone e non alla crescita della produzione del settore sanitario, le risorse necessarie non sono mai esorbitanti.

La pandemia ci ha insegnato che la salute di tutti i paesi (non solo di quelli del terzo mondo) e di tutte le persone (non solo di quelle più vulnerabili) dipende da quella degli altri. Ci ha ricordato che la salute è un diritto che va tutelato attraverso un sistema universalistico, finanziato con la fiscalità generale. Perché la salute non è solo un diritto individuale, è anche "inte-

resse della collettività", come afferma l'articolo 32 della nostra Costituzione.

Dobbiamo tutti impegnarci affinché la fase che stiamo affrontando ora, nella quale dobbiamo ricominciare a strutturare il nostro sistema sanitario tenendo conto di quanto abbiamo imparato nell'emergenza, non sia di nuovo succube delle vecchie idee. Dobbiamo, infatti, ricominciare, non ripartire da dove ci siamo fermati.

In questa emergenza, i professionisti della sanità hanno ritrovato lo slancio che le tante mortificazioni dell'ultimo decennio avevano affievolito. Serve il ritorno della buona politica, del buon governo, della buona pratica assistenziale, capaci di guardare all'interesse generale e in prospettiva. Serve il rispetto della dignità delle persone emarginate, attraverso interventi integrati all'interno del sistema di welfare. Servono più diritti: la tutela dei più fragili non può essere delegata alla benevolenza o alla solidarietà di chi può o di chi ne sente la responsabilità. Non può rischiare di essere terreno di guadagno per gli affaristi. Deve essere la testimonianza del sistema di valori al quale ci ispiriamo: il rispetto della persona umana.

Bibliografia

- N. Dirindin, 2018, *È tutta salute*. In difesa della sanità pubblica, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- WHO, 2016, *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- WHO, 2008, *The world health report 2008: primary health care. Now more than ever*.

Percorsi di accoglienza di migranti fragili e di altre persone vulnerabili durante la pandemia di Covid-19

CIVITELLI G.^{1,3}, TORCHIARO S.^{2,3}, ROZZI E.², MARCECA M.^{3,4}, CASTRO CEDENO G.^{1,3}, GERACI S.^{1,3}

¹ Area Sanitaria, Caritas di Roma; ² Intersos; ³ SIMM; ⁴ Dip.to di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Introduzione e obiettivi

La pandemia di Covid-19 ha slatentizzato e amplificato le situazioni di vulnerabilità sociale preesistenti. In particolare i Decreti governativi emanati nella prima fase hanno trascurato di considerare le criticità applicative e gli specifici bisogni delle persone socialmente fragili (emblematica è l'impossibilità di attuare l'isolamento domiciliare per soggetti senza dimora). Tale situazione ha indotto alcune organizzazioni del Terzo Settore aderenti al Tavolo Asilo e al Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) ad iniziare a confrontarsi sulle soluzioni praticabili in quanto gestori di strutture di accoglienza e/o esperte di immigrazione e salute. Principali obiettivi sono stati la messa in sicurezza degli utenti e degli operatori delle diverse strutture e la riapertura dell'accoglienza, nel frattempo sospesa.

Metodi/Azioni

I metodi adottati hanno riguardato essenzialmente: lo studio della letteratura scientifica disponibile su Covid-19 (in quella fase non specificamente rivolta a questi focus); l'analisi puntuale dei decreti governativi e delle altre ordinanze già emanati a livello nazionale e regionale; il confronto costante tra le diverse esperienze in corso con l'individuazione delle principali criticità. Tra le azioni va segnalata la partecipazione ad una rapida indagine organizzata da un gruppo di lavoro misto in cui vi erano alcuni rappresentanti dei due Tavoli summenzionati, basata su questionario online rivolta ai gestori dei centri di accoglienza.

Risultati

Il principale risultato ha riguardato la definizione di un possibile 'percorso di accoglienza' che comprende le procedure identificate differenziando quelle per sospetti 'generici', sospetti 'specifici' e 'non sospetti' e diversificando, sulla base degli esiti di eventuali triage, visite mediche e tamponi, i possibili orientamenti in termini di: 1) ricovero ospedaliero; 2) invio a struttura per COVID +; 3) isolamento fiduciario per COVID- o 4) utilizzo di "strutture ponte". La realizzazione di questo percorso si è avvalsa anche dell'analisi dei circa 200 questionari raccolti dall'indagine citata con la produzione di un Report specifico. Contestualmente si è collaborato alla redazione di una lettera congiunta con finalità di *advocacy* rivolta ai principali attori istituzionali (decisori e istituzioni tecniche coinvolte) con la sollecitazione di produrre linee operative che indicassero le specifiche procedure da adottare tenendo conto delle principali variabili di interesse: tipologia di struttura/centro; fase del percorso (ingresso in struttura di accoglienza, sorveglianza sanitaria durante la permanenza, trasferimenti ad altra struttura).

Conclusioni

Il 'percorso' di accoglienza e gestione prodotto, che è per sua natura dinamico sulla base delle fasi pandemiche, sarà presentato e discusso durante il Congresso anche in ordine alla sua effettiva applicazione del momento.

Contatto: Salvatore Geraci (s.geraci@simmweb.it)

Emergenza Covid-19 e presa in carico delle fragilità nel Distretto 2 - ASL Roma

GNOLFO F., ZAGARIA N., IERARDI T., LAURICELLA C., PINNA S., STORTI A., IANNACE A., SCARDALA S., TONETTI S., DE GREGORIO C.G.

Asl Roma 1 Uosd Salute Migranti; Asl Roma 1 Distretto 2

Introduzione e obiettivi

La ASL Roma 1 ha inserito nel Piano operativo 2020 la creazione di Centrali Distrettuali per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. All'inizio dell'emergenza Covid 19, la Regione Lazio con il "Programma di potenziamento delle cure primarie-Emergenza Covid-19", ha disposto nuove modalità organizzative come il Coordinamento distrettuale Covid 19, fissando alcuni obiettivi:

- Garantire l'ascolto attivo dei bisogni dei cittadini;
- Svolgere una funzione proattiva, con particolare riferimento alla popolazione fragile.

La ASL Roma 1 ha istituito presso ogni distretto il Coordinamento e la Centrale operativa Covid 19. In particolare nel Distretto 2, si è cercato di strutturare la centrale operativa per supportare MMG e PLS, in collaborazione con il SISP, e al tempo stesso affrontare il potenziamento della risposta territoriale ai bisogni socio sanitari dei pazienti con cronicità e fragilità. Questo percorso si è esplicitato nell'evoluzione della centrale, da Centrale operativa Covid 19 a Centrale Presa in Carico.

Metodi/Azioni

Nella prima fase (Aprile – Giugno 2020) le attività sono state focalizzate principalmente sul contenimento dell'epidemia, è stato strutturato il team della Centrale operativa Covid 19, l'integrazione Distretto-SISP, nella seconda fase la centrale distrettuale ha istituito una cabina di regia per la presa in carico della cronicità a livello territoriale, riunito il personale della risposta al Covid con il personale dell'assistenza territoriale integrata. Nel periodo del lockdown, la UOSD Salute Migranti (a valenza interdistrettuale), ha coordinato interventi in tre campi rom. In particolare nel campo del Foro Italoico in collaborazione con il Distretto 2 e il Terzo settore (Comunità di S. Egidio, Sanità di frontiera) partendo da bisogni primari (pacchi viveri) e dal diritto alla salute (Codice ENI). Nella fase attuale, il lavoro di rete con team mobili (INTERSOS, MEDU, MSF) ha permesso alla Centrale di gestire i casi sospetti covid negli edifici occupati, con interventi tempestivi.

Risultati

Nel mese di luglio, gli operatori della Centrale di presa in carico (Distretto 2) e della Uosd Salute Migranti hanno condiviso un percorso di riflessione, proposto di orientare l'attività distrettuale di regia e presa in carico delle persone fragili anche verso le popolazioni hard-to-reach.

A luglio è stato prodotto il documento "Interventi per le fasce di popolazione vulnerabili" che svolge una analisi del territorio, specifica le attività di presa in carico e di sanità pubblica di prossimità, individua i destinatari delle attività: persone anziane e non con co-morbidità prioritarie che limitano l'autonomia; anziani e adulti senza una rete sociale o familiare di riferimento; immigrati irregolari; rom e migranti in insediamenti informali; abitanti in edifici occupati.

Conclusioni

La pandemia Covid ha accentuato le disuguaglianze, colpito prima persone con multimorbidità, adesso persone svantaggiate. Partire dai bisogni reali, coinvolgere attivamente le popolazioni interessate, costruire una relazione di fiducia. Ridisegnare l'organizzazione dei servizi di presa in carico di pazienti in fragilità sanitaria e/o sociale, sulla centralità del Distretto attraverso tre cardini:

- presa in carico integrata sociale-sanitaria;
- sviluppo di reti di salute con le associazioni;
- interventi di salute di prossimità.

Contatto: Filippo Gnolfo (filippo.gnolfo@aslroma1.it)

Un'esperienza di supporto a distanza alla popolazione vulnerabile a Bologna

GIRARDI F., PESARESI G., GIULIODORI S., CORTESI I., SONCINI A., EUSTACCHI E.

Associazione Sokos

Introduzione e obiettivi

A seguito delle disposizioni emanate durante l'emergenza Covid-19, a fine febbraio l'associazione di volontariato per l'assistenza socio-sanitaria a persone vulnerabili Sokos di Bologna ha chiuso i propri ambulatori di medicina[1]. Ciò ha rappresentato per gli utenti un elemento di vulnerabilità, date anche le loro condizioni sociali e giuridiche, che spesso precludono l'accesso ai servizi rivolti alla popolazione generale. Da queste criticità prende le mosse l'iniziativa di supporto "Sokos ti chiama", realizzata attraverso conversazioni telefoniche tra gli utenti e i volontari. Il principale obiettivo non era produrre evidenze finalizzate alla ricerca scientifica, bensì mostrare la nostra attenzione e cura nonostante la chiusura dell'ambulatorio, attraverso un'informativa sui servizi attivati ad hoc sul territorio. Le telefonate hanno permesso di indagare alcune tra le principali problematiche delle persone maggiormente vulnerabili durante la quarantena.

Metodi/Azioni

Tra la fine di aprile e l'inizio di giugno 2020 il servizio ha raggiunto 255 utenti. La costruzione degli strumenti (canovaccio della telefonata, scheda informativa sui servizi territoriali) ha uniformato l'approccio dei volontari nella relazione con gli utenti contattati in un contesto emergenziale e in via telematica. L'indagine sulle condizioni di vita sociali e sanitarie è stata tradotta con domande semplici e precise che hanno guidato l'interazione, rispettando i principi di ascolto attivo e flessibilità. I quesiti hanno riguardato la salute generale della persona, eventuali cambiamenti nelle condizioni abitative e lavorative, l'accesso ai servizi sanitari, la continuità di terapie farmacologiche, la conoscenza dei sintomi del Covid-19 e i servizi a cui riferirsi, i bisogni rimasti senza risposta.

Risultati

È emersa una generale conoscenza dei sintomi del Covid-19 e delle misure di protezione, nonostante mancasse l'informazione relativa ai servizi nazionali e locali da contattare in caso di sintomi. Tra i bisogni sanitari, il principale è stato l'esigenza di continuità nelle terapie farmacologiche. Ulteriori aree critiche sono state quella alimentare, economica, lavorativa e abitativa. Inizialmente la maggior parte delle persone non era a conoscenza dei servizi sul territorio che potevano soddisfare le carenze alimentari. Nelle settimane successive, invece, l'orientamento ai servizi si è focalizzato sugli aspetti economici e abitativi.

Conclusioni

Dalle telefonate sono emerse criticità sia nell'area sanitaria che in quella sociale. Sono emerse richieste differenti con il trascorrere del lockdown. Ci sembra rilevante l'acuirsi delle problematiche in concomitanza con l'esaurirsi delle risorse delle reti informali, che ha avuto come conseguenza una maggiore richiesta di attivazione ai servizi territoriali.

Contatto: *Francesca Girardi (franci.gira@gmail.com)*

Il sistema dell'accoglienza, i Servizi Sanitari e di Salute Mentale ai tempi del Covid-19

FORGIONE E., PETTA A.M., ALBANESE M., LIBERTAS M.

Associazione Crossing Dialogues, Roma

Introduzione e obiettivi

Il Covid-19 ha cambiato profondamente l'assetto della nostra società, per questo si è reso necessario comprenderne l'impatto nel sistema di accoglienza delle persone migranti. Gli obiettivi di questo studio sono: indagare la gestione dell'emergenza sociosanitaria all'interno dei centri del Sistema di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati (SIPROIMI) e delle strutture di assistenza sanitaria di Roma e di esplorare i bisogni dei beneficiari nel periodo del lockdown.

Metodi/Azioni

Lo studio è stato condotto tramite un questionario semi-strutturato somministrato online ad un operatore per ogni centro di accoglienza. Il campione selezionato è composto da 20 centri SIPROIMI di Roma. Le aree esplorate sono: organizzazione attività, spazi e numero di operatori del centro; assistenza e accesso ai Servizi Sanitari e di Salute Mentale. I dati sono stati analizzati con il calcolo delle percentuali dei rispondenti.

Risultati

Nell'organizzazione interna dei centri si è osservata una rimodulazione (40%) o interruzione (60%) delle attività svolte, con un maggiore impatto su: attività formative (58%), psicoeducative e di supporto interno (entrambi al 21%). Il 78% delle attività sono state rimodulate online (es. supporto interno), mentre in altri casi si è optato per la rimodulazione degli spazi e l'avvio di nuove attività (ciascuno 9%). Le mansioni degli operatori sono state modificate (44%), venendo rimodulate online (50%). C'è stata una rilevante riduzione del numero degli operatori interni (73% dei casi) ed esterni (40%). Significativa è la rimodulazione rispetto all'assistenza sanitaria. Il SSN è stato spesso accessibile solo per emergenze sanitarie (75%) e psichiatriche (45%); i tempi di attesa si sono allungati (65%) e in generale c'è stata una riduzione delle visite ambulatoriali specialistiche (85%). Si è ridotta l'accessibilità dei Centri di Salute Mentale (40%), e dei Servizi per le Dipendenze (20%). I principali bisogni segnalati sono la ripresa delle attività quotidiane e di integrazione (54%), quelli relazionali (12%), la necessità di contenimento di stati ansiosi (8%), uso web e bisogni formativi (8%), sostegno psicologico e affettivo, rassicurazione su tempistiche dei documenti e mediazione di conflitti (ciascuno 4%).

Conclusioni

Dall'indagine emergono cambiamenti rilevanti in più aree e nei beneficiari si rilevano bisogni specifici dovuti anche all'interruzione dei percorsi di integrazione che sono stati rimodulati solo in parte online. I Servizi Sanitari sono stati in grado di rispondere esclusivamente per stati di emergenza non riuscendo a fare fronte a bisogni psicologici emersi con la pandemia. Infine, l'indagine effettuata sprona a tener conto di questi dati nella rimodulazione dei Servizi Sanitari in fase successiva all'emergenza.

Contatto: Elena Forgione (elenaforgione91@gmail.com)

Misure di prevenzione e gestione della diffusione dell'epidemia da Covid-19 tra gli insediamenti informali e le occupazioni. L'esperienza di Medici Senza Frontiere a Roma

MANCINI S., BENVENUTI B., FRONGIA A., GUARENTI L., ZUCCARO F., TRAINITI M.

Medici Senza Frontiere, Via Magenta 5, 00185 Roma, Italia

Introduzione e obiettivi

Secondo i dati diffusi dalla Prefettura, nel territorio metropolitano di Roma ci sono almeno 82 stabili occupati per un totale di 11.000 persone, concentrati particolarmente nell'area di competenza della Azienda Sanitaria Locale Roma 2 (ASL RM2). Dall'aprile 2020, Medici Senza Frontiere (MSF) ha aperto in quest'area un progetto di assistenza alla popolazione marginale per assicurare accesso alle misure di prevenzione e cura nel contesto epidemico del Covid-19 e per garantire, attraverso un'attività di sorveglianza attiva, una tempestiva presa in carico di casi o sospetti di Covid-19 mitigando la possibilità di contagio all'interno delle occupazioni.

Metodi/Azioni

Un'attività dedicata di promozione della salute e misure di controllo e prevenzione del contagio sono state messe a punto in alcune delle occupazioni nella zona di competenza della ASL RM2 attraverso l'integrazione e l'empowerment delle organizzazioni del terzo settore operanti nelle comunità di riferimento. In accordo con la comunità, un team di MSF formato da un infermiere, un promotore della salute e un esperto di prevenzione della diffusione del contagio, accompagnati da almeno un mediatore culturale, ha visitato le occupazioni e valutato i fattori di rischio specifici in riferimento alle caratteristiche strutturali degli stabili e della comunità, identificando le aree di intervento.

Risultati

Le attività hanno avuto luogo in 10 stabili raggiungendo in maniera diretta una popolazione di 300 persone e più indirettamente circa 2.400 persone. Sono state organizzate 25 sessioni di sensibilizzazione sulle modalità di prevenzione e trasmissione del Covid-19 al fine di incrementare la consapevolezza e la capacità di risposta delle comunità nell'eventualità di casi sospetti o confermati di Covid-19. MSF ha provveduto a riorganizzare gli spazi e a fornire raccomandazioni sull'utilizzo delle aree comuni identificando le zone che potrebbero essere utilizzate per l'isolamento temporaneo di casi sospetti o confermati.

Durante le attività di formazione, inoltre, sono stati individuati i referenti che formeranno un "Comitato di Igiene" interno, fondamentale per identificare in maniera tempestiva i casi sospetti in seno alle occupazioni, assicurando una risposta appropriata nel caso di scoppio di focolai epidemici e garantendo un costante monitoraggio dei casi sospetti e a rischio. Sono inoltre state inserite misure standard di prevenzione e una componente WATSAN (come pulire e disinfettare le aree comuni, come gestire la lavanderia, le stoviglie, i rifiuti, come pulire e disinfettare in sicurezza una stanza che ha ospitato un paziente Covid-19, come utilizzare i dispositivi di protezione individuale, come preparare soluzioni disinfettanti con candeggina). MSF fornisce periodici follow-up su queste tematiche.

Conclusioni

La costituzione dei gruppi di igiene potrà essere rafforzata nei mesi a venire, sia nella prospettiva di nuovi focolai epidemici sia per consentire un'analoga funzione anche per altre problematiche più generali di salute o di accesso alle cure mediche.

Contatto: *Silvia Mancini* (silvia.mancini@rome.msf.org)

Il virus degli altri

LECCESE V.

Cooperativa Progest

Introduzione e obiettivi

Lavorare in un centro di accoglienza per donne vulnerabili durante questi mesi mi ha dato la possibilità di raccogliere diverse riflessioni ed elaborazioni rispetto alla natura del virus e alla sua diffusione. In quel piccolo mondo, composto da dieci donne africane, si sono intrecciate visioni, teorie e biografie diversissime tra loro, producendo un sapere che in quelle mura reggeva il mondo. Un mondo che in quel momento era attaccato da un essere invisibile che entrava dagli orifici e che colpiva indiscriminatamente bianchi e neri. Nelle riflessioni nate intorno al concetto di malattia e di cura vorrei chiamare in causa la pretesa universalista di tali categorie esercitate da una concezione etnocentrica in un contesto pluriculturale.

L'obiettivo è far dialogare queste categorie tramite l'antropologia.

Metodi/Azioni

Tramite una ricerca qualitativa presso il SIPROIMI dove lavoro sono emerse spesso categorie magico/religiose esercitate per leggere la realtà della pandemia. In particolare P. (appartenente alla Chiesa Pentecostale) all'inizio non credeva in un essere invisibile (quale il virus) che colpiva anche i non credenti e la preghiera era la sua unica fonte di prevenzione. Perché, diceva, usare la mascherina se tanto il virus ti fa visita di notte, mentre dormi? Il metodo della ricerca qualitativa accompagnato ad una narrazione della pandemia da parte delle beneficiarie ha fatto emergere spunti interessanti raccolti in note di campo.

Risultati

I risultati che sono emersi (e che potrebbero emergere) si riferiscono ad una riflessione sull'inadeguatezza della comunicazione dei servizi che esercita un biopetere sui corpi dei migranti i quali, davanti ad una situazione come quella pandemica, fanno invece valere altre categorie interpretative sulle quali esercitano diverse strategie di prevenzione (che spesso non sono condivise).

Conclusioni

Del resto, forse questa confusione e questa difficoltà di comunicazione derivano dall'uso scontato che è stato fatto di categorie mediche ritenute (nei concetti come nelle parole) universali e che si sono sempre rifiutate di dialogare con altre categorie interpretative, lasciando che quei vuoti venissero riempiti dalla religione?

Contatto: Veronica Leccese (veronica.vl2106@gmail.com)

Le conseguenze dell'emergenza Covid-19 sulla salute delle persone Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale e le misure istituite nel contesto di Bologna

DA MOSTO D.¹, BODINI C.², GHERARDI G.³, MAMMANA L.³, QUARGNOLO M.³, FANTINI M.P.⁴

¹ Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna; ² Centro di Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna; ³ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neurologiche, Università di Bologna; ⁴ Dipartimento di Scienze Biomediche e Neurologiche, Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Il contesto pandemico ha determinato un incremento delle problematiche legate alla tutela della salute delle persone Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) accolte all'interno dei centri di accoglienza. Le caratteristiche strutturali e lo stato di sovraffollamento cronico che contraddistinguono tali centri pongono sfide impegnative, che necessitano dell'attuazione di misure di prevenzione specifiche per il contrasto della diffusione del SARS-CoV-2. Sulla base di queste premesse, lo studio si è proposto di valutare le misure istituite in ambito di prevenzione e promozione della salute durante l'emergenza Covid-19 e l'impatto sulle persone RTPI residenti nel sistema dell'accoglienza bolognese.

Metodi/Azioni

Dopo una prima fase di osservazione, nel periodo tra luglio e settembre è stata condotta un'indagine qualitativa tramite lo svolgimento di 23 interviste semi-strutturate a professionisti di diverse discipline (medici, infermieri, psicoterapeuti, operatori, avvocati e mediatori culturali) che operano nei progetti di prima e seconda accoglienza, nei dipartimenti di Cure Primarie e di Sanità Pubblica dell'AUSL di Bologna, negli ambulatori del privato sociale, e in altre realtà coinvolte direttamente nella gestione e nel supporto delle persone RTPI nel sistema dell'accoglienza bolognese. Ogni intervista è stata trascritta e analizzata in maniera successiva e parallela tramite un approccio deduttivo-induttivo.

Risultati

L'analisi ha permesso di valutare l'impatto generato dall'emergenza Covid-19 sui determinanti sociali della salute delle persone RTPI, tra cui l'aumento del loro stato di precarietà e l'esacerbazione delle barriere di accesso ai servizi. Le misure di contenimento hanno infatti incrementato le problematiche linguistiche e amministrative che impediscono l'accesso alle cure alle persone RTPI, minando la tutela della salute individuale e collettiva. È inoltre stato possibile caratterizzare la gestione attuata nei centri di accoglienza nella città metropolitana di Bologna, facendo emergere le criticità, già croniche, correlate alla tutela della salute delle persone RTPI.

Conclusioni

Lo stato di emergenza socio-sanitaria generato dalla pandemia e dalle misure di contenimento adottate ha determinato l'esacerbazione dei fattori di rischio a cui sono esposte le persone RTPI, ponendole in una condizione di maggiore vulnerabilità. La gestione della pandemia all'interno dei centri di accoglienza ha reso ancora più evidente quanto l'approccio emergenziale e l'assenza di progettualità, che caratterizza i servizi socio-assistenziali dedicati alle persone RTPI, non permettano un'effettiva azione di promozione e tutela della salute. In conclusione, per poter garantire il diritto alla salute e la salvaguardia del benessere dell'intera comunità sono necessarie misure volte alla costruzione di un sistema sociale, sanitario e legale che garantisca le condizioni necessarie per il processo di empowerment delle persone RTPI.

Contatto: Delia Da Mosto (deliadamoto@gmail.com)

Covid-19: dal dato al mapping interattivo

GAGLIANO F.

Istituzione I.I.S. Mario Rigoni Stern

Introduzione e obiettivi

L'11 febbraio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal 2019-nCoV è stata chiamata Covid-19 (Corona Virus Disease). In Italia, la regione più colpita è stata la Lombardia, il numero di infezioni e decessi è aumentato rapidamente. Nella lotta contro Covid-19, i Geographic Information Systems (GIS) e le tecnologie dei big data hanno svolto un ruolo importante in molti aspetti, tra cui la rapida aggregazione di big data multi-source, la visualizzazione rapida di informazioni epidemiologiche, la georeferenziazione spaziale delle tipologie di casi da Covid-19 sia a livello mondiale e sia a livello locale, modelli di previsione della contaminazione territoriale, creazione di ipotesi di correlazioni spaziali tra i fattori ambientali e i fenomeni di diffusione dell'epidemia. Il risultato, mappe intelligenti, potrebbe essere un solido supporto per i processi decisionali durante la gestione dello stato di emergenza e post-emergenza per fronteggiare un possibile ritorno dell'epidemia. Sviluppare in modo rapido una metodologia per il mapping interattivo dell'evoluzione dell'epidemia. Conoscere una correlazione spaziale tra le province attraverso l'indice I di Moran, soprattutto nelle zone con un alto indice di densità di popolazione e valutare il tasso alto di contagio nelle zone in presenza di strutture sanitarie. Nell'era dei big data, le fonti dei dati sono diverse, dalle informazioni del governo a quelle delle imprese. Di conseguenza, l'uso del GIS potrebbe gestire le difficoltà nell'acquisizione dei dati e l'integrazione dei dati eterogenei.

Metodi/Azioni

Calcolo dell'indice R_0 attraverso il GIS. Creazione di una banca dati con aggiornamenti giornalieri. Stima dell'indice spaziale di autocorrelazione I di Moran.

Risultati

Dalla banca dati si procede alla creazione delle piattaforme per rappresentare e condividere i dati sul web con la tecnologia GIS: mappe per rappresentare e gestire la serie temporali dei casi nuovi confermati dall'inizio dell'epidemia su tutto il territorio nazionale.

Conclusioni

Fornire modelli spazio-temporali della pandemia Covid-19 in Italia e in Lombardia. Cercare correlazioni spaziali tra le province attraverso l'indice I di Moran, soprattutto nelle zone con un alto indice di densità di popolazione. Dimostrare come le analisi geostatistiche siano un valido supporto per lo studio dell'evoluzione dei fenomeni da epidemia.

Contatto: Filippo Massimiliano Gagliano (fmgagliano@gmail.com)

Dati di un poliambulatorio a bassa soglia di accesso attivo nel periodo di pandemia da Sars Cov-2

GERACI S.¹, CASTRO CEDENO G.¹, GIANNINI D.², LIDDO M.¹, MERLINO G.¹, VISCHETTI E.¹, CIVITELLI G.¹

¹ Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma; ² Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Introduzione e obiettivi

Il Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma, un ambulatorio a bassa soglia di accesso per stranieri senza permesso di soggiorno (STP) e persone in condizioni di marginalità sociale, ha proseguito la sua attività per tutti i mesi di emergenza sanitaria legati alla pandemia da Sars Cov-2 garantendo visite di medicina generale indifferibili, dispensazione farmaci, medicazioni.

Metodi/Azioni

Dal 30 gennaio al 17 agosto sono state redatte 18 versioni in totale delle procedure per garantire che il servizio fosse svolto seguendo tutte le indicazioni istituzionali per lavorare in sicurezza e per identificare precocemente ed isolare le persone a rischio. È stata intensificata la collaborazione con altre associazioni sia in ambito assistenziale sia in ambito di *advocacy*.

Risultati

Da Gennaio a Giugno 2020 hanno fatto accesso in ambulatorio oltre 1.296 pazienti in totale (42% sopra i 50 anni; 28,5% donne), di cui 488 per la prima volta. Da marzo sono stati effettuati oltre 2.395 interventi di specifico triage Covid-19, 1.775 tra visite di medicina generale e colloqui col medico di accoglienza/direzione e 468 medicazioni tra cui 368 particolarmente complesse. Nel periodo di lockdown sono state seguite 436 persone con bisogni sanitari, escluse da qualsiasi accoglienza, provenienti da 69 paesi (3,2% italiani), di cui 109 pazienti visti per la prima volta (31 vivevano per strada con impossibilità di accoglienza). Il 78% maschi; 49,1% tra 45 e 64 aa e il 7,8% sopra i 65 aa. Circa l'80% disoccupati; quasi il 70% in condizione di estrema precarietà: circa il 29% per strada (126), il 31,1% in una struttura d'accoglienza e il 7,1 % in roulotte/tenda/edificio occupato. Rispetto al tempo ordinario c'è stato un maggiore bisogno di farmaci essenziali con prescrizione (dal 64 al 86%) rispetto a quelli da banco (dal 35 al 10%). Una terapia presa come campione (diabete) è passata dal 2 al 4% delle prescrizioni. Anche la quantità di farmaci per paziente è aumentata passando da 2,1 a 2,6. Il profilo epidemiologico complessivo dei pazienti visitati in questo periodo è mutato anche rispetto a pochi mesi prima, andando a sovrapporsi a quanto visto circa 30 anni fa e cioè con prevalenti patologie della povertà e del mancato accesso ai servizi sanitari (app. digerente, respiratorio, m. infettive e traumatologia) con in più le malattie mentali espressione dello stratificarsi del disagio sociale.

Conclusioni

I dati dimostrano l'importanza del servizio del Poliambulatorio, rimasto aperto anche nel periodo di emergenza sanitaria, coerentemente con l'approccio di Sanità Pubblica di Prossimità che ne ispira le attività. È stato così possibile non solo intercettare una popolazione invisibile, ma garantire, oltre ad un triage specifico Covid-19, delle risposte assistenziali altrimenti impossibili da avere se non attraverso percorsi impropri.

Contatto: Elisa Vischetti (vischetti.elisa@gmail.com)

Ex Reggiane, Ex persone, Ex-tra problemi

SACCANI M.¹, FORNACIARI R.¹, GEMMI C.¹, MELIOLI D.¹, GUATTERI R.¹, SIMONAZZI D.¹, SEVERI C.¹, FERRARI D.¹, MARZIANI B.¹, SANNA S.², CENSI L.², TELANI M.³, SINGH I.³, CAPORUSSO M.⁴

¹ Azienda Usl di RE; ² Coop sociale Papa Giovanni XXXIII; ³ Coop sociale La Vigna; ⁴ Comune di Reggio Emilia.

Introduzione e obiettivi

Nel territorio Reggiano una ex grande fabbrica attigua alla vecchia stazione, è stata progressivamente occupata da migranti senza fissa dimora. La composizione della popolazione presente all'interno dell'area è, da circa tre anni, oggetto di monitoraggio: si tratta per lo più di uomini usciti dai CAS, irregolari, disoccupati senza una residenza, italiani con dipendenze, ma anche donne. Le Ex Officine Reggiane vedono l'intersecarsi di problematiche sovrapposte: difficoltà di accesso alla casa, scarso orientamento ai servizi, consumo e spaccio di sostanze illegali e prostituzione. L'amministrazione pubblica locale, dopo un intervento tra il 2018 e il 2019 a valenza sociale progettato con alcune Cooperative e volontariato, ha riproposto da marzo u.s le attività di presenza continuativa di operatori, includendo anche medici ed infermieri dell'azienda sanitaria locale.

Metodi/Azioni

Dall'aprile 2020 il team di ingresso in questa ex fabbrica con una estensione di circa 100.000 metri quadrati di superficie immobiliare, nota in città per aver fornito lavoro, sviluppo e benessere fino a 15 anni fa (Ex Reggiane), è composto da medico, infermiere e due operatori sociali. Per tutto il periodo del lockdown, ha sempre partecipato alle due uscite settimanali (circa 3 ore ciascuna) anche un volontario di Carias Migrantes.

Le attività principali sono:

- contatto e aggancio con le persone presenti per offrire dispositivi di protezione e gel igienizzanti (sia in un posto fisso che con ricerca attiva dei presenti);
- consegna di KIT di igiene offerti da Fondazioni e fondi di progetti locali (Inside);
- apertura di una struttura sportiva per fruizione di docce e bagni per 2 mesi (aprile e maggio) gestiti dalla Protezione civile;
- offerta di visite mediche, controlli di salute e sostegno di percorsi di salute inclusi tamponi per ricerca Covid nei sintomatici;
- sostegno ai percorsi di "sanatoria" terminata ad agosto;
- offerta di counseling, valutazioni, invio e accompagnamento ai servizi di presa in carico per persone con dipendenze patologiche o consumatori di sostanze.

Risultati

Delle circa 120 persone contattate in questi mesi, circa 70 vivono stabilmente in queste palazzine senza servizi o altro tipo di utenze. Le donne incontrate nel periodo sono 12 (di queste 3 in stato di gravidanza). Nigeriani, Ghanesi e Gambiani sono le persone più numerosamente rappresentate; ogni persona richiede un approccio specifico tenendo presente sia la storia personale di migrazione o di disagio sociale, lo stato di salute e le dinamiche di conflittualità che emergono dai ripetuti gesti di violenza.

Conclusioni

La presenza di un team sanitario all'interno delle Ex Reggiane sta garantendo, insieme al lavoro degli operatori sociali e il volontariato, sia un sostegno alla prevenzione della diffusione di patologie infettive, sia un continuo monitoraggio di una situazione di grave degrado umano e sociale.

Contatto: Maria Saccani (maria.saccani@ausl.re.it)

Quali differenze di impatto della pandemia da Covid-19 sui cittadini italiani e stranieri?

FABIANI M.¹, MATEO-URDIALES A.^{1,2}, ANDRIANOU X.^{1,3}, BELLA A.¹, DEL MANSO M.^{1,2}, BELLINO S.¹, ROTA M.C.¹, BOROS S.¹, VESCIO M.F.¹, D'ANCONA F.P.¹, SIDDU A.¹, PUNZO O.¹, FILIA A.¹, BRUSAFERRO S.¹, REZZA G.¹, DENTE M.G.¹, DECLICH S.¹, PEZZOTTI P.¹, RICCARDO R.¹ PER IL GRUPPO DI LAVORO SORVEGLIANZA COVID-19.

¹ Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia; ² European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stoccolma, Svezia; ³ Cyprus University of Technology, Limassol, Cipro.

Introduzione e obiettivi

La letteratura internazionale suggerisce che i gruppi svantaggiati potrebbero essere a maggior rischio di morbosità e mortalità per infezione da SARS-CoV-2 a causa delle condizioni di vita e di lavoro e delle barriere di accesso all'assistenza sanitaria. Tuttavia, ad oggi, non ci sono prove concrete di questo impatto sproporzionato su individui stranieri, inclusi migranti economici, viaggiatori di breve durata e rifugiati.

Metodi/Azioni

Sono stati analizzati i dati del sistema di sorveglianza integrato dei casi Covid-19 confermati in laboratorio, diagnosticati dall'inizio dell'epidemia in Italia (20 febbraio) al 19 luglio 2020. Modelli di regressione binomiale negativa multilivello sono stati utilizzati per confrontare il tasso di letalità e il tasso di ricovero in ospedale e in terapia intensiva tra cittadini italiani e non italiani. L'analisi è stata aggiustata per le differenze nelle caratteristiche sociodemografiche, comorbidità preesistenti e periodo di diagnosi, incluso un effetto casuale per tenere conto delle differenze regionali nei contesti e nelle strategie di salute.

Risultati

Complessivamente, abbiamo analizzato 213.180 casi di Covid-19, inclusi 15.974 (7,5%) cittadini non italiani. Durante l'intero periodo di studio, i casi non italiani sono stati diagnosticati circa due settimane dopo (data mediana della diagnosi = 1 aprile, range interquartile (IQR): 20 marzo-18 aprile) rispetto ai casi italiani (data mediana della diagnosi = 14 aprile, IQR: 28 marzo-8 maggio), in particolare quelli provenienti da paesi con un basso Human Development Index (HDI) (data mediana della diagnosi = 29 aprile, IQR: 6 aprile-22 giugno). Rispetto ai casi italiani, i casi non italiani avevano maggiori probabilità di essere ricoverati in ospedale (rischio relativo aggiustato-RRA = 1,39, IC 95%: 1,33-1,44) e, una volta ospedalizzati, ricoverati in terapia intensiva (RRA = 1,19, IC 95%: 1,07-1,32), con differenze più pronunciate in coloro che provengono da paesi con basso HDI. Abbiamo anche osservato un aumento del rischio di morte nei casi non italiani provenienti da paesi a basso HDI rispetto ai casi italiani (RRA = 1,32, IC 95%: 1,01-1,75), sebbene questa differenza non sia stata osservata nei casi ospedalizzati. Il principale limite dello studio è la mancanza di stime affidabili della dimensione della popolazione a rischio di infezione che non consente di stimare e confrontare il tasso di attacco tra cittadini italiani e non italiani.

Conclusioni

Una diagnosi ritardata nei casi non italiani potrebbe spiegare la loro maggiore probabilità di presentare condizioni cliniche che richiedono ricovero e ricovero in terapia intensiva, nonché la maggiore probabilità di morte osservata in quelli provenienti da paesi a basso HDI. Garantire l'accesso precoce alla diagnosi e al trattamento ai non italiani potrebbe facilitare il controllo della trasmissione della SARS-CoV-2 e migliorare i risultati di salute in tutte le persone che vivono nel paese, indipendentemente dalla nazionalità.

Contatto: Massimo Fabiani (massimo.fabiani@iss.it)

A partire dalla marginalità: l'approccio di INTERSOS nella prevenzione e gestione del Covid-19 in contesti di esclusione sociale

PARISOTTO M., VERONA A., TORCHIARO A., ZITAROSA D., SCIROCCHI S., CALÒ F., ROPPOLO R., MITTICA P., FERMI C.
INTERSOS Organizzazione umanitaria Onlus

Introduzione e obiettivi

Dal 2011 INTERSOS è attiva in Italia con progetti per la tutela e l'inclusione nel servizio pubblico delle persone che vivono in contesti di esclusione sociale. La diffusione di SARS-CoV2 e la conseguente crisi hanno posto la necessità di costruire interventi di prevenzione, monitoraggio e cura adeguati ai contesti. In collaborazione con le istituzioni locali, INTERSOS ha rimodulato i progetti attivi a Roma, negli insediamenti rurali informali dei lavoratori stagionali di Foggia, Crotone, Co-senza e Siracusa, con l'obiettivo di costruire modalità operative volte all'implementazione delle misure di prevenzione con persone senza fissa dimora e che vivono condizioni di precarietà abitativa e sociale.

Metodi/Azioni

L'approccio è ispirato ai seguenti principi:

- outreach e partecipazione della comunità nella definizione dei bisogni e degli interventi adattati al contesto, costruiti sulla collaborazione tra rappresentanti delle comunità, mediatori linguistico-interculturali, medici e operatori;
- *advocacy* istituzionale sulle condizioni di vita, determinanti sociali e diritto alla salute, evidenziando gli interventi necessari per mettere le persone in condizione di attuare le misure di prevenzione e accedere ai servizi;
- collaborazione tra settore pubblico e privato-sociale, sostenendo l'approccio di medicina di prossimità, l'accesso ai servizi, la continuità delle cure e la tutela in tutte le fasi della pandemia.

Risultati

I principali risultati sono:

- costruzione dell'intervento di prevenzione e dei protocolli di gestione dei casi in collaborazione con il SSR e le istituzioni locali; le unità mobili e i team multidisciplinari svolgono sessioni collettive per l'educazione sanitaria, triage e visite per la rilevazione di casi sospetti, adattando le procedure di sicurezza ai contesti di azione, nel rispetto della confidenzialità e della tutela delle persone. I protocolli per la gestione dei casi prevedono la possibilità di isolamento in strutture dedicate;
- azioni di *advocacy* regionale e nazionale sull'accesso all'acqua, ai servizi igienici, lo smaltimento dei rifiuti, la rimozione delle barriere amministrative di accesso ai servizi territoriali, l'accesso alla casa e alle misure per l'igiene e la prevenzione, e la necessità di indicazioni nazionali per la prevenzione e il contenimento riferite ai contesti di marginalità.

Conclusioni

La realizzazione dei progetti per l'emergenza Covid-19 in contesti di marginalità sociale mette in evidenza:

- la necessità di includere i contesti di esclusione nelle politiche per la prevenzione e il contenimento della pandemia, costruendo modalità operative adeguate, fondate sulla partecipazione comunitaria e la condivisione degli obiettivi;
- il ruolo centrale che SSR e istituzioni locali devono assumere per la tutela della salute delle popolazioni in condizioni di marginalità e della collettività;
- l'esigenza di politiche di contrasto dei processi di esclusione, all'origine di bisogni di salute complessi che non trovano risoluzione nel solo ambito sanitario.

Contatto: Marianna Parisotto (lamari@inventati.org)

Progetto VirCov

SANNELLA A., MACIOCIA L., DONFRANCESCO D., LO BOSCO M.

Università di Cassino, ASL Frosinone, Impresa Sociale Eureka, Cooperativa Diaconia, Cooperativa La Speranza, Cooperativa Antea, Cooperativa Ethica

Introduzione e obiettivi

Il Progetto VirCov19 ha realizzato e sperimentato una modalità di ricerca-azione rivolta ai beneficiari dei CAS e SIPROIMI presenti all'interno della Comunità di Pratica PASSI. Il Progetto VirCov19 è stato costruito in un'ottica trifocale della promozione di salute all'interno delle comunità di accoglienza, attraverso la partecipazione attiva degli ospiti di ciascuna unità abitativa, ed è volto alla tutela della salute pubblica e di comunità. L'obiettivo è stato quello di fornire un'adeguata comunicazione sul virus SARS-COV2, contrastare lo stigma verso la popolazione migrante (WHO 2020), ridurre i danni "secondari" provocati da isolamento, intercettare eventuali disagi a carico della salute mentale (degli ospiti e degli operatori) e offrire adeguate risposte, in termini di servizi, rispetto all'emergenza pandemica. La ricerca è iniziata il 15 Marzo e si prevede di terminarla entro il 30 ottobre 2020.

Metodi/Azioni

Il Progetto VirCov19 è stato sviluppato attraverso i principi della ricerca-azione, nell'ottica di circolarità dei processi win to win: operatori e beneficiari di protezione. 1) Fase Osservazione del contesto e di un'analisi con riferimento alle direttive DPRG, WHO, ISS. Incontri settimanali del PASSI; 2) progettazione dell'intervento, individuazione dei CAS e del SIPROIMI per l'intervento; 3) webinar, con esperti infettivologi, rivolto a operatori professionali e di base dei CAS che, a cascade, con l'ausilio di mediatori transculturali avrebbero potuto trasferire le competenze acquisite agli ospiti; 4) svolgimento dei focus group con gli ospiti, condotti da professionisti con l'obiettivo di indagare livello di interiorizzazione delle misure igienico sanitarie da parte degli ospiti, e le azioni da intraprendere in caso di positivo/sospetto positivo al COVID; 5) protocollo interno alla RETE PASSI, multilingue, analogico e digitale; 6) riorganizzazione dei servizi multietnici; 7) attività di promozione di "Salute Globale".

Risultati

Sono stati condotti oltre 30 focus group (oltre 250 ospiti) in cui sono stati trasferite le norme previste dai DPCM, e sono state analizzate le informazioni pregresse ricevute sulla pandemia; diverse le rappresentazioni raccolte, tra cui lo stigma, la paura dell'isolamento sociale e della solitudine, la paura della morte. Molte delle percezioni individuate nella narrazione di malattia sono ascrivibili a vissuti di tipo socio-culturale. Il trasferimento delle informazioni in tema di sanificazione dei luoghi della convivenza, e di igiene dei luoghi abitativi, sono stati applicati come pratica. Un elemento fondamentale è stata l'elaborazione di un "Vademecum anti-COVID" interno ai CAS, redatto dagli ospiti stessi a seguito degli interventi, con il fine di individuare delle procedure condivise per il trattamento dei casi di Covid.

Conclusioni

Si ritiene che ad un problema complesso si debba rispondere con una molteplicità di azioni che il Progetto VirCOV19 ha messo in evidenza. Si ravvede la necessità di poter avviare percorsi di promozione della salute anche nei CAS e i SIPROIMI per il contrasto al diffondersi del SAR-Cov2. Se le statistiche epidemiologiche hanno messo in evidenza la necessità di una riorganizzazione sanitaria, i dati sul piano dei disagi registrati come "effetti secondari da Covid-19", evidenziano la necessità di contenimento delle eventuali problematiche sulla salute di comunità, compreso sullo stato di stress degli operatori.

Contatto: Lucio Maciocia (luciomaciocia@live.com)

Il lavoro del mediatore culturale/interprete ai tempi del Covid-19

GARWOOD C.

Dipartimento di Interpretazione e Traduzione, Università di Bologna; ReACTMe

Introduzione e obiettivi

Il presente lavoro è condotto dal gruppo di ricerca dell'Università di Bologna e dell'Università degli Studi Internazionali di Roma, che partecipano al progetto Erasmus + ReACTMe (Research & Action and Training in Medical Interpreting), insieme ad altre quattro università di Romania e Spagna. Scopo del progetto è promuovere la figura professionale del mediatore culturale/interprete in ambito sanitario, dopo aver identificato lo stato dell'arte e le differenze tra i paesi, e offrire una formazione specifica, basata su una piattaforma di apprendimento specializzata.

L'accesso a cure di qualità e la riduzione delle disuguaglianze rappresenta uno degli obiettivi primari della Commissione Europea. Le barriere linguistiche e culturali ostacolano una comunicazione efficace tra operatori sanitari e pazienti stranieri, compromettendo di conseguenza l'accesso e la qualità dell'assistenza sanitaria. Il ruolo del mediatore culturale/interprete è pertanto fondamentale ai fini della piena fruizione del diritto alla salute della popolazione straniera.

Negli ultimi decenni, sebbene con modalità e normative differenti, la figura del mediatore culturale/interprete affianca, in loco, il paziente straniero nel suo percorso di cura. La pandemia di Covid-19 ha travolto il Sistema Sanitario Nazionale, non solo affollando le terapie intensive, ma anche paralizzando inizialmente i sistemi di accesso alle cure e ai servizi. È pertanto lecito pensare che lo stesso valga anche per servizi di mediazione culturale/interpretariato. Obiettivo del presente lavoro è stabilire se e come tali servizi siano mutati durante la pandemia per poterne valutare le ricadute sulla salute dei gruppi vulnerabili.

Metodi/Azioni

La prima fase dello studio ha visto la realizzazione di interviste con decisori, istituzioni ed enti che utilizzano i servizi di mediazione culturale/interpretazione per comprenderne al meglio le esigenze. Si è pertanto potuto accedere a una rete di mediatori culturali/interpreti a cui vengono, in questa fase, somministrati questionari anonimi via internet. Lo studio dei dati combina quindi l'analisi qualitativa dei contenuti delle interviste e l'analisi quantitativa dei risultati dei questionari.

Risultati

I primi risultati della ricerca, ancora in corso, suggeriscono che la pandemia ha inciso in modo sostanziale sul servizio offerto dal mediatore culturale/interprete, modificandone frequenza e modalità di erogazione. Lo studio si propone di valutare ulteriormente le conseguenze della pandemia sulla popolazione straniera e il suo accesso a servizi sanitari di qualità. Si è già evidenziata la necessità di una formazione specifica sia per il mediatore culturale/interprete che per gli operatori sanitari che vi fanno ricorso.

Conclusioni

Scopo ultimo della ricerca è avanzare proposte pratiche di miglioramento del servizio di mediazione culturale/interpretazione per la tutela delle popolazioni vulnerabili anche in tempi di Covid-19.

Contatto: Christopher Garwood (christopher.garwood@unibo.it)

Una risposta assistenziale dal basso nel contesto della pandemia da Covid-19: l'esperienza di Laboratorio di Salute Popolare e Approdi a Bologna

DA MOSTO D.¹, TODISCO V.¹, MAGARINI F.^{1,2}, MICCOLI D.¹, MANDURI D.³, CAMIA M.¹, PANELLA M.M.^{1,4}, MAISTO R.³

¹ Laboratorio Salute Popolare; ² Dipartimento di scienze biomediche, metaboliche e neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia; ³ Approdi; ⁴ Università di Parma, Parma, Italia

Introduzione e obiettivi

Lo stato di emergenza socio-sanitaria generato dalla pandemia da SARS-CoV-2 e le conseguenti misure di contenimento hanno reso, per le persone in una condizione di svantaggio socio-economico, ancor più difficoltoso l'accesso agli spazi di cura, intensificando il quadro di vulnerabilità che già le caratterizza. Il Laboratorio Salute Popolare è uno spazio senza barriere di accesso, che si propone di orientare ed accompagnare gli utenti all'interno della rete dei servizi socio-sanitari pubblici e del privato sociale. Approdi è un'associazione di volontariato che si occupa di terapie psicologiche specifiche per condizioni di "trauma estremo".

Queste due realtà associative che operano sul territorio bolognese hanno iniziato da un anno un lavoro di collaborazione orientato alla presa in carico interdisciplinare del disagio, intensificatosi nel contesto pandemico, con l'obiettivo di garantire la continuità di un supporto adeguato e valutare l'impatto di un approccio assistenziale territoriale, basato sulla creazione di un rapporto orizzontale e caratterizzato dalla destrutturazione degli spazi istituzionali.

Il presente studio è volto a descrivere e valutare la fattibilità del percorso.

Metodi/Azioni

Per affrontare il problema di ricerca è stato utilizzato uno studio empirico qualitativo, sotto forma di analisi esplorativa di case study.

L'intervento interdisciplinare, realizzato all'interno dello spazio autogestito "Làbas" si è sviluppato attraverso tre attività:

1. incontro e distribuzione settimanale di beni essenziali e dispositivi di protezione individuale (DPI) nei luoghi di aggregazione spontanea di persone in condizione di difficoltà socio-economica. Il contatto diretto e ripetuto ha creato le basi per l'instaurarsi di una relazione fiduciaria e di ascolto attivo dei bisogni di salute della marginalità;
2. apertura di un ambulatorio infermieristico ad accesso diretto, mirato all'impostazione di un intervento diagnostico terapeutico e all'orientamento ai servizi socio-assistenziali del territorio bolognese;
3. continuità ai percorsi di assistenza psicologica, dell'associazione Approdi, per condizioni post traumatiche gravi di migranti e richiedenti asilo e prese in carico di nuove richieste di diagnosi e cura.

Risultati

Tra i mesi di Aprile e Luglio il numero di DPI distribuiti si aggira intorno alle 1000 unità, gli accessi all'ambulatorio infermieristico sono stati 37 per un totale di 26 utenti presi in carico. Sono stati svolti 192 colloqui psicologici, per un totale di 24 utenti dei quali 4 nuovi giunti.

Conclusioni

La costituzione di una struttura informale di relazione ha permesso l'instaurarsi di un rapporto fiduciario all'interno del quale emergessero i bisogni di salute di utenti italiani e stranieri non formalmente in carico al SSN. Le incoraggianti osservazioni dell'equipe pongono le basi per il proseguimento dell'esperienza e una futura raccolta sistematica di dati.

Contatto: Delia Da Mosto (deliadamoto@gmail.com)

Migranti e Covid-19: l'esperienza del Naga

SPADA A.¹, COLOMBO C.¹, SABBATINI F.¹, SIGNORELLI F.¹, DURANTE A.¹, GAROFOLI P.¹, DEVILLANOVA C.²

¹ Associazione Naga, Organizzazione di Volontariato per l'Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sint; ² Università Bocconi

Introduzione e obiettivi

I dati relativi all'impatto della pandemia da Covid-19 sulle persone vulnerabili sono scarsi. Lo studio analizza le patologie dei cittadini stranieri senza permesso di soggiorno che si sono rivolti al Naga, associazione del volontariato per l'assistenza socio-sanitaria e legale, durante l'emergenza Covid-19 a Milano, una delle aree più colpite dalla pandemia. Inoltre, in Regione Lombardia gli stranieri senza permesso possono accedere al Servizio Sanitario Nazionale solo attraverso il Pronto Soccorso.

Metodi/Azioni

Dal gennaio 2020 i dati socio-sanitari vengono inseriti in formato elettronico e le diagnosi codificate utilizzando la classificazione internazionale ICD-10. In collaborazione con l'Università Bocconi sono stati analizzati i singoli records dei pazienti che si sono presentati dal 2 gennaio al 21 febbraio, data in cui venne istituito il lockdown in Lombardia (PRE), poi esteso a tutto il territorio nazionale il 9 marzo, e quelli dal 26 febbraio al 23 aprile, data dell'inizio del Ramadan (POST). Per l'analisi statistica è stato utilizzato Stata16.

Risultati

I dati mostrano una drastica riduzione, in parte dovuta alla riduzione degli orari di apertura del Naga, dei pazienti in seguito al lockdown (1.121 pazienti con una media di 30 accessi/die nel PRE e 469 con 15.5 accessi/die nel POST), che raggiunge il 77% tra le donne, per cui non era più disponibile l'ambulatorio ginecologico, senza alcuna differenza nell'età media (40 e 43 anni) e paese di origine (Perù, Marocco ed Egitto i più rappresentati) tra i due gruppi. Per quanto riguarda il motivo della visita, sintomi di malattie respiratorie acute sono stati rilevati nel 12% dei pazienti nel PRE e 16% nel POST, con un picco del 27% nell'ultima settimana di marzo. Le diagnosi più frequenti sono state influenza con altre manifestazioni respiratorie, faringite acuta e bronchite acuta. Tutti i pazienti hanno ricevuto terapia sintomatica. Nel POST, ai pazienti è stato fornito un breve elenco delle misure di salute pubblica da adottare. Non sappiamo se qualcuno dei 210 pazienti con sintomi compatibili con Covid-19 sia stato in seguito testato. Inoltre, mentre nel PRE i pazienti che richiedevano interventi diagnostici e/o terapeutici urgenti ed essenziali erano indirizzati a due ambulatori ospedalieri che, in base a un accordo speciale con il Naga, ammettono migranti privi di documenti, questo non è stato possibile nel POST, con evidente danno alla salute.

Conclusioni

Lo studio mostra che i cittadini stranieri senza permesso di soggiorno a Milano rappresentano un gruppo di persone particolarmente vulnerabili, specie in un momento di pandemia. La mancanza del medico di base impedisce il corretto follow-up dei pazienti con sintomi respiratori compatibili con Covid-19. Inoltre, le condizioni socio-economiche (nel nostro campione il 25% dei pazienti risultava senza fissa dimora o ospitato in centri di accoglienza) rendono oggettivamente impraticabili le misure di igiene e il distanziamento.

Contatto: Anna Spada (anna.spada@unimi.it)

La riforma del sistema di accoglienza dopo i decreti sicurezza in relazione all'emergenza sanitaria Covid-19: rischi e contraddizioni

DALLA COSTA A.

Centro Boa-Progetto Fontego- SPRAR Venezia

Introduzione e obiettivi

Si vuole promuovere una riflessione critica sul cambiamento radicale del sistema di accoglienza dei richiedenti asilo e titolari di protezione avvenuto a seguito dell'entrata in vigore dei decreti sicurezza. Il sistema governativo (Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati), tanto valorizzato ed apprezzato a livello europeo, si trasforma in SIPROIMI (sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati) escludendo le categorie più a rischio e più bisognose. L'assistenza sanitaria e i protocolli di screening necessari ad una prima accoglienza, vengono lasciati a carico del sistema prefettizio dei CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) che non riescono a garantirne l'adeguato svolgimento e monitoraggio. Durante l'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 è emersa violentemente la differenza di gestione dei due sistemi di accoglienza, soprattutto a dispetto dell'ambito sanitario. Esempio lampante ne è stato un ormai famoso CAS del trevigiano, dove non solo si è sviluppato uno dei focolai più rilevanti della Marca, ma la gestione di esso è stata ostacolata violentemente dai richiedenti che, venendo da un regime di accoglienza compromesso dai tagli di risorse e di personale, venivano a scontrarsi con una chiusura totale, senza avere conoscenza di regole, protocolli e direttive di nessun tipo. Lo SPRAR/SIPROIMI ha invece mantenuto lo standard prefissato nelle annualità precedenti avendo a disposizione operatori con formazioni specifiche richieste da bando di progetto e le risorse economiche necessarie a far fronte alle esigenze straordinarie emergenti, soprattutto in tempo di Covid-19. Appare evidente la necessità di un cambiamento repentino dell'organizzazione del sistema delle accoglienze in modo da tutelare e monitorare le fasi più critiche e delicate di tale percorso. Lo studio si propone di promuovere un ritorno allo SPRAR tradizionale come ad unico sistema di accoglienza ufficiale con strutture idonee e adeguate per la gestione di beneficiari ordinari e vulnerabili e pronte ad affrontare situazioni sanitarie straordinarie.

Metodi/Azioni

Attraverso l'analisi delle differenze strutturali delle due tipologie di accoglienza, anche in rapporto alla nuova emergenza sanitaria globale causata dal Covid-19, si evidenziano le criticità che rendono necessaria una revisione e una destrutturazione del modello attuale riproponendo come unico sistema di accoglienza lo SPRAR.

Risultati

I CAS sono soggetti a continue rimodulazioni di budget che spingono il servizio a dare lo stretto necessario. Tale situazione non può essere efficace nella gestione emergenziale sanitaria dovuta al Covid-19 e ne è stato l'esempio lampante il focolaio (nonché la difficilissima gestione di esso) all'interno del sopracitato CAS del Trevigiano.

Conclusioni

Il CAS non è in grado di evadere le esigenze che emergono nell'accoglienza dei richiedenti asilo. Si auspica un ritorno allo SPRAR coordinato e supervisionato dagli organi preposti che sfrutti al meglio le professionalità e i finanziamenti, soprattutto alla luce dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19. Il percorso che intercorre tra la richiesta di protezione internazionale e il riconoscimento dello status, è il periodo più delicato di tutto il progetto di accoglienza e prevede servizi garantiti dallo SPRAR e non vincolanti per i CAS.

Contatto: Alessandra Dalla Costa (ale.dallacosta@libero.it)

Reazioni psicopatologiche al lockdown in una popolazione di migranti in condizioni socioeconomiche disagiate, in trattamento presso il Servizio di Salute Mentale dell'INMP

ARAGONA M., TUMIATI M.C., FERRARI F., VIALE S., BARBATO A., CAVANI A., COSTANZO G., MIRISOLA C.

INMP, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà

Introduzione e obiettivi

Per molti il lockdown avrebbe provocato seri effetti sulla salute mentale della popolazione, in particolare dei gruppi vulnerabili (pazienti con problemi di salute mentale, immigrati, rifugiati, persone in difficoltà socioeconomiche e/o senza dimora). L'obiettivo dello studio è verificare cosa sia effettivamente successo.

Metodi/Azioni

Un gruppo di pazienti in terapia nel Servizio di Salute Mentale dell'INMP sono stati contattati telefonicamente dai terapeuti per valutare la situazione dopo circa un mese dall'inizio del lockdown. Per la valutazione si è usato un insieme di domande aperte e strutturate, misurando il livello dei seguenti sintomi: pensieri intrusivi e incubi post-traumatici, nervosismo, disturbi del sonno, depressione, ansia (in generale) e ansia specificamente legata al Covid-19. Ai pazienti veniva chiesto se stessero continuando la terapia e le ragioni di eventuali interruzioni. Ai clinici era richiesto di giudicare se i singoli sintomi e l'insieme del quadro clinico fossero migliorati, peggiorati o stabili rispetto all'ultima visita effettuata. Oltre a una descrizione generale, si è diviso il gruppo in "peggiorati" vs. "stabili-migliorati" per indagare i fattori legati al diverso esito.

Risultati

Gli 81 pazienti erano prevalentemente giovani richiedenti asilo africani, maschi e non coniugati, accolti in centri di accoglienza. Nonostante fossero arrivati in Italia da diverso tempo (6,7 anni in media), quasi la metà (45,68%) ancora non parlava l'italiano e la maggioranza non aveva un lavoro (69,13%). Molti erano stati diniegati in commissione territoriale. Le diagnosi più frequenti erano PTSD (34,57%), Disturbo dell'Adattamento (17,28%) e Depressione (13,58%). Come atteso, i sintomi erano frequenti (dal 91% di persone con ansia generale al 14% con incubi post-traumatici), ma meno gravi di quanto ci aspettassimo. In particolare, durante il lockdown il 46,91% dei pazienti era peggiorato ma il 22,22% era migliorato. Le preoccupazioni specifiche per il Covid-19 erano blande, mentre emergeva di più la preoccupazione per gli effetti sulla sfera sociolavorativa. Molti pazienti avevano dovuto interrompere le terapie, sia farmacologiche (32%) che psicologiche (52%). Infine, quando i pazienti "peggiorati" venivano comparati a quelli "stabili-migliorati", i fattori legati al peggioramento non erano relativi alla paura del virus ma a maggiori tassi di disoccupazione/inoccupazione, assenza del permesso di soggiorno e interruzione delle terapie. Al contrario, i pazienti del gruppo "stabili-migliorati" avevano più frequentemente attivato la prosecuzione della psicoterapia via internet.

Conclusioni

1. L'impatto del lockdown sulla salute mentale dei migranti è dipeso da come i pazienti hanno vissuto l'esperienza.
2. L'impatto negativo era legato non tanto alla paura del virus quanto a problemi vitali post-migratori come riduzione dell'accessibilità ai servizi e mancata continuità delle cure, aumento della disoccupazione, blocco delle pratiche legali di riconoscimento.

Contatto: *Massimiliano Aragona* (massimiliano.aragona@inmp.it)

***Cavalcare l'onda(ta)
L'esperienza covid 19 al servizio della programmazione di prassi promettenti e intelligenti per la prevenzione del contagio, del disagio psico-sociale, di condotte antisociali e devianti***

VEGNA V.¹, ARGENTO A.²

¹ Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Palermo; ² Consulente Legale presso Clinica Legale per i Diritti Umani dell'Università degli Studi di Palermo

Introduzione

Osservare gli esiti della pandemia in setting clinici, nel sistema di accoglienza e giudiziario ha ispirato una ricerca che rilevi differenze tra italiani e migranti su fattori di rischio/protezione per la salute psico-sociale nell'emergenza, in prospettiva multifattoriale, al fine di definire prassi intelligenti per prevenire/ridurre disagio e condotte antisociali. Le molteplici variabili, la sperimentaltà e il rischio di errori richiedono la rinuncia a buone o best practices per preferire la sistematizzazione di intelligenti e promising practices.

Lo studio si svilupperà da settembre 2020 a gennaio 2022, fin quando "Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period" prevede misure di contrasto.

Con le attuali misure di prevenzione, e un possibile nuovo lockdown, è urgente conoscere gli esiti della prima ondata sui gruppi dello studio, individuando fattori che hanno consentito di affrontare l'emergenza o da cui si sono originati disagio psico-fisico, esposizione al contagio, condotte antisociali.

Lo studio ricercherà le risorse cui i partecipanti hanno attinto e verificherà se le relazioni, le caratteristiche personali, o altri fattori (es: hobby, accesso a informazioni ecc), giochino un ruolo protettivo, e se, invece, fattori di rischio siano: vulnerabilità, marginalità, non comprensione delle restrizioni.

Obiettivi

Individuare fattori di rischio e protezione, descrivere prassi intelligenti per la prevenzione del disagio psico-sociale, del contagio e di condotte antisociali.

Metodi-azioni

Target: 50 migranti in accoglienza o in private abitazioni.

4 fasi: selezione dei gruppi dello studio, interviste individuali in italiano/lingua veicolare o con mediatori, focus con i gruppi, report e comunicazione risultati.

Risultati

Valorizzare la dimensione socio-relazionale come fattore protettivo e l'isolamento come fattore di rischio.

Conclusioni

Conoscere ciò che ha consentito di affrontare l'emergenza o ha causato criticità, crea strategie ripetibili, e orienta Enti pubblici/privati nel programmare interventi.

autore di riferimento: Valentina Vegna (valentinavegna@gmail.com)



ALLEGATI

ALLEGATO 1

Raccomandazioni finali del XV Congresso SIMM

Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni

Catania, 18-20 aprile 2018

Preambolo

Il XV Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che si è svolto a Catania dal 18 al 20 aprile 2018, ha riunito circa 300 operatori sociosanitari provenienti da tutta Italia per dare un messaggio che orienti 'oltre l'emergenza'; in questi anni infatti, pur presentandosi come situazione critica che richiede risposte adeguate, l'emergenza ha finito per essere imposta quasi fosse l'unica dimensione della migrazione, mettendo in secondo piano gli oltre cinque milioni di stranieri che vivono e lavorano ordinariamente nel nostro Paese. Ecco perché, insieme alla necessaria 'continuità' dei processi già in corso, si è voluto dare enfasi sulle "dinamiche" che riguardano la salute dei migranti e sull'opportunità di cogliere i 'nuovi bisogni'.

Quello trascorso dall'ultimo appuntamento tecnico-scientifico della SIMM è stato un anno difficile, con alcune peculiarità rispetto ai precedenti: purtroppo non sono mancate ulteriori tragedie del mare; purtroppo non è venuto meno - anzi sembra essersi ulteriormente rafforzato - l'atteggiamento di aperto rifiuto non solo dell'immigrazione come fenomeno, ma soprattutto delle persone e delle famiglie migranti, anche se in fuga da gravi pericoli per la loro vita. Tale atteggiamento è stato ed è coltivato artatamente e in modo demagogico in diversi paesi d'Europa e talora rappresentato al massimo livello istituzionale come esplicito rifiuto a far la propria parte nella cosiddetta 'relocation', cioè la redistribuzione europea dei richiedenti protezione internazionale. In Italia l'entrata in vigore del decreto Minniti, l'accordo con la Libia e la criminalizzazione delle organizzazioni che si occupavano di soccorsi in mare hanno rappresentato gravi attacchi al rispetto della dignità di ogni essere umano ed al benessere delle persone migranti. Ancora una volta, il Congresso è stato un'occasione di confronto e discussione, per testimoniare le diverse esperienze di ricerca e azione 'sul campo', condividere una lettura rispetto alle attuali criticità e priorità, anche al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e stimolare i decisori a promuovere interventi in grado di tutelare la salute delle persone immigrate (a qualunque titolo), così come delle persone italiane.

Il rapporto pubblico-privato sociale e l'advocacy

I GrIS, unità territoriali della SIMM, hanno come caratteristica principale la collaborazione tra pubblico (sanità e altre istituzioni) e privato sociale (enti no profit e mondo del volontariato). Da questo lavoro di rete si porta avanti l'obiettivo di rendere la tutela della salute delle persone tutte (immigrate e non) un diritto esigibile, rispettato ed erogato nel miglior modo possibile. Questa attività della SIMM e dei GrIS si realizza a livello nazionale (dalla stesura di linee guida di orientamento alle politiche, al monitoraggio della loro applicazione, fino alla loro diretta attuazione) e a livello locale, nelle diverse declinazioni legate ai differenti contesti.

In questo particolare momento storico e politico - caratterizzato da un defianziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e da un orientamento alla progressiva privatizzazione della copertura sanitaria, da una riforma (in corso) del terzo settore e da una tendenza alla commercializ-

zazione dei valori sociali - i GrIS sono, allo stesso tempo, osservatori privilegiati dei contesti locali e promotori del rispetto del diritto alla salute senza discriminazioni.

Raccomandazioni:

- identificare e sostenere le esperienze di collaborazione e di lavoro di rete dai territori al livello nazionale (con condivisione delle buone pratiche), in particolare laddove pubblico e privato sociale ricoprono al meglio i propri ruoli specifici e interdipendenti, sotto la governance del pubblico;
- promuovere percorsi e occasioni di formazione specifica sul ruolo politico delle strutture sociali intermedie, sui processi di sussidiarietà 'virtuosa', sui modelli e i paradigmi utili a interpretare la relazione tra pubblico e privato sociale, la cittadinanza attiva, il volontariato in un'ottica di interesse collettivo e tutela dei diritti e dell'equità, nell'ottica di contrastare anche l'orientamento diffuso di delegare al privato sociale l'assistenza sanitaria per fasce di popolazione particolarmente fragili;
- continuare a portare avanti azioni di *advocacy* a livello nazionale e locale, stimolando e sostenendo la capacità dei GrIS di esercitare questo ruolo a livello regionale agendo come rete;
- garantire un'informazione basata sulle evidenze scientifiche e su dati reali, rifiutando banalizzazioni del fenomeno migratorio e generalizzazioni improprie;
- favorire e prendere parte al dibattito pubblico sul processo politico di (ri)definizione delle politiche sanitarie nazionali, schierandosi a favore di un rafforzamento del Servizio Sanitario pubblico e costruendo alleanze con chi sostiene analoghe posizioni ed allo stesso tempo promuovere la riflessione sulle politiche sanitarie regionali e locali e sulle loro ricadute;
- valorizzare il ruolo delle cure primarie, sia nell'intero processo di cura, sia nei percorsi di prevenzione e promozione della salute;
- rafforzare la funzione dell'integrazione sociosanitaria nei diversi ambiti di interesse, con particolare riguardo alla salute mentale e alla salute della donna.

Le patologie cronic-degenerative: come gestire la sfida della transizione epidemiologica

Le patologie e condizioni cronic-degenerative risultano essere sempre più rilevanti nel contesto internazionale e nazionale, con l'aumento della loro prevalenza nei Paesi di origine dei migranti, che precedentemente non ne erano interessati, e tra la popolazione migrante in Italia. La distribuzione delle patologie cronic-degenerative risente delle disuguaglianze socio-economiche, determinando una maggiore prevalenza e una più precoce insorgenza nei gruppi vulnerabili.

Raccomandazioni:

- raccogliere informazioni in maniera quantitativa e qualitativa sulla popolazione migrante e i relativi determinanti di salute e fattori di rischio (non solo su aspetti biologici, ma anche strutturali, sociali, di genere), per ricostruire un profilo di salute ampio e integrato, che tenga conto della prospettiva *life-course* (sull'intero arco della vita) e della necessità di disaggregare i dati per le caratteristiche demografiche e socio-economiche;
- valorizzare il ruolo delle cure primarie, secondo l'approccio della *comprehensive primary health care* e della proattività dell'azione (vedi *Chronic Care Model*), rafforzando in particolare l'integrazione con l'assistenza specialistica e le cure secondarie in maniera da favorire la garanzia dell'accesso e la continuità dell'assistenza;
- promuovere l'implementazione di interventi preventivi basati su strategie volte a raggiungere i gruppi che hanno maggiore difficoltà di accesso ai servizi, rafforzando la rete di alleanze sul territorio, anche nell'ottica della collaborazione tra pubblico e privato sociale, e cercando di garantire una continuità della presa in carico laddove si evidenzino situazioni di rischio;
- sostenere gli interventi di educazione alla salute e di empowerment, volti a rafforzare le competenze individuali per l'autocura, costruiti partendo da un approccio transculturale che riformuli le azioni di comunicazione e di counselling;

- rafforzare le competenze degli operatori per la messa in atto di azioni preventive e di presa in carico delle patologie cronico-degenerative nella popolazione migrante, attraverso la riformulazione dei percorsi formativi universitari sui punti precedentemente indicati e la formazione continua volta a potenziare le capacità dei professionisti del Servizio Sanitario a renderlo adattivo rispetto ai bisogni del territorio;
- favorire la multidisciplinarietà nelle azioni preventive e di presa in carico delle patologie cronicodegenerative nella popolazione migrante .

La salute dei minori stranieri: quale presente e quale futuro

I minori stranieri non accompagnati (MSNA) stimati nel mondo, nel 2016, sono stati circa 75.000, costituendo una quota importante di tutti i rifugiati. Di questi, circa 25.000 sono giunti in Italia nel 2016, scesi a 15.000 nell'anno successivo. Molti di loro non si fermano nel nostro Paese, continuando il viaggio per raggiungere altrove parenti o amici, in modo irregolare, esponendosi quindi a rischi. Nel 2017, 5.800 minori sono risultati irreperibili nel nostro paese.

Secondo la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989, il "superiore interesse del minore" deve essere considerazione preminente in tutte le decisioni, per chiunque le debba assumere. Nel nostro ordinamento, la Legge n. 47 del 2017 ha completato il sistema di protezione dei MSNA. Tuttavia, alcune norme non risultano ancora del tutto applicate. Inoltre, benché alcuni dati clinici suggeriscono che ci possano essere analogie del profilo epidemiologico tra bambini italiani e figli di immigrati, facendo supporre il raggiungimento di un buon livello di integrazione, si segnala la necessità di prestare attenzione ai comportamenti non salutari.

Raccomandazioni:

- rispettare i tempi massimi di permanenza nei centri di prima accoglienza (30 giorni) e garantire il passaggio alla seconda accoglienza nel sistema SPRAR al raggiungimento della maggiore età allineando i posti in accoglienza rispetto alle reali necessità;
- compilare regolarmente la cartella sociale prevista dalla Legge 47/2017 e stabilire specifiche indicazioni su ciò che essa deve contenere; in particolare appare opportuno che siano definiti gli elementi essenziali per indicare in modo puntuale le vulnerabilità del minore (fisiche, sociali, psicologiche, ecc.) e l'indicazione dei motivi per i quali sono state prese le relative decisioni, oltre alle modalità di trasmissione della cartella alle comunità di seconda accoglienza, per garantire un pieno passaggio delle informazioni e il raccordo tra i servizi;
- informare pienamente il MSNA sul suo diritto di partecipare attivamente ai procedimenti amministrativi e giurisdizionali che lo riguardano e della possibilità di nominare un difensore di fiducia avvalendosi del patrocinio a spese dello Stato;
- attuare accuratamente la normativa sui permessi di soggiorno, i prosiegui amministrativi e i tutor volontari;
- rispettare rigorosamente la norma circa l'obbligo dell'iscrizione al SSN e dell'attribuzione del codice fiscale per i MSNA anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, e garantire il rilascio di specifico codice di esenzione;
- rispettare scrupolosamente indicazioni sull'accertamento dell'età, secondo quanto richiesto dalla Lettera a firma congiunta dei presidenti della SIMM e della SIP (Società Italiana di Pediatria) alla presidente della FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri) e da questa approvata, in particolare per quanto riguarda l'azione delle équipes multidisciplinari; si raccomanda inoltre che la pratica obsoleta e non scientificamente validata della valutazione della cosiddetta "età ossea" tramite Rx del polso sia definitivamente abbandonata;
- implementare programmi culturalmente sensibili per la promozione attiva di stili di vita salutari dei minori stranieri, (ad esempio, i dati su sovrappeso ed obesità tra i bambini figli di genitori stranieri mostrano un netto peggioramento, con tassi simili a quelli dei minori italiani).

La tutela della salute dei lavoratori stranieri

I lavoratori stranieri in Italia rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile, in ragione di un più alto rischio infortunistico rispetto ai lavoratori italiani e di una maggiore esposizione a condizioni di discriminazione. Il lavoro precario, la carenza di formazione, il ridotto utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI), la scarsa conoscenza della lingua sono da ritenersi tra i principali fattori che influenzano le condizioni di salute dei lavoratori stranieri. Pertanto, la salute dei migranti in relazione alla regolarità del lavoro, ai settori e alle condizioni di impiego, costituisce un'importante questione di salute pubblica.

Raccomandazioni:

- ricomporre la frammentarietà dei dati attualmente a disposizione e aumentare la produzione scientifica in tale ambito;
- promuovere la formazione dei lavoratori stranieri rispetto ai diritti a loro tutela e ai comportamenti appropriati da assumere sul luogo di lavoro, con particolare riferimenti all'adozione di misure di prevenzione e protezione individuale per ridurre il rischio di infortunio e le malattie professionali ;
- contrastare ogni forma di discriminazione nei luoghi di lavoro a danno dei lavoratori stranieri, sia essa diretta o istituzionale;
- promuovere la conoscenza della lingua italiana come elemento a favore dell'integrazione sul luogo di lavoro e della corretta comprensione delle indicazioni poste a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori stranieri;
- contrastare l'irregolarità lavorativa e tutte le condizioni che si associano allo sfruttamento e all'attenuazione dei diritti e delle tutele sul lavoro;
- promuovere l'adozione di politiche intersettoriali sui temi della sicurezza e della salute dei lavoratori stranieri favorendo il dialogo tra discipline;
- promuovere luoghi di lavoro centrati sulle persone e rispettosi delle differenze culturali;
- promuovere l'accesso alla tutela giuridica da parte dei lavoratori stranieri e concorrere a una modifica della normativa nazionale che, così come articolata, produce essa stessa irregolarità e ostacola le denunce dei lavoratori sottoposti a sfruttamento lavorativo.

Dalle raccomandazioni alle pratiche: responsabilità e governance.

Per l'implementazione di linee guida e di indirizzo

In precedenti edizioni del Congresso si era ribadito e aggiornato l'impegno della SIMM nella produzione di linee guida e raccomandazioni, e sottolineata la necessità di attuare le raccomandazioni esistenti (in particolare quelle contenute nel documento dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 20.12.2012 (GU n.32 del 7-2-2013). Recentemente, le azioni promosse dal Ministero della Salute e l'impegno congiunto tra SIMM, INMP e ISS hanno prodotto – e produrranno – linee guida rivolte a specifiche condizioni e aree di intervento (citiamo le "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" e "I controlli alla frontiera - La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza").

In questo Congresso abbiamo voluto porre l'attenzione sui processi che seguono la promulgazione delle raccomandazioni, ovvero il percorso che conduce dalle 'raccomandazioni' alle "pratiche", e auspicabilmente alle "buone pratiche". In questa prospettiva la governance dell'intero percorso è un elemento centrale e ineludibile (laddove il concetto di governance può essere sinteticamente declinato come responsabilità, impegno nel condurre un processo di cui si è parte attiva).

Raccomandazioni:

- prevedere piani di implementazione specifici per ambito, per popolazione e non solo per condizione patologica, sviluppando anche procedure innovative finalizzate a garantire un'adozione appropriata delle raccomandazioni;
- nei piani di implementazione analizzare gli elementi di contesto, in particolare gli aspetti di accettabilità da parte degli utenti e di sostenibilità organizzativa, senza trascurare gli aspetti etici e normativi (per esempio informazione e consenso);
- prevedere azioni trasversali, in particolare tenere presente il ruolo centrale delle cure primarie nei processi di cura e nelle azioni di promozione della salute;
- applicare rigorosamente le norme attuali relative agli accessi ai servizi sanitari, presupposti per la stesura delle linee guida e elementi imprescindibili per la loro adozione;
- includere nei programmi di implementazione tutti gli attori del sistema – sia gli operatori sia i decisori, le strutture del SSN e del privato sociale, le diverse discipline e professioni che partecipano ai processi di accoglienza e di cura;
- progettare e applicare una modalità partecipata nei processi decisionali previsti dall'implementazione delle raccomandazioni lungo i diversi livelli operativi, con il concorso delle realtà istituzionali coinvolte e attraverso un percorso di condivisione delle scelte e di corresponsabilità, tenendo presente l'obiettivo di giungere all'effettiva partecipazione anche delle persone migranti nei percorsi di prevenzione e cura;
- migliorare la valutazione degli esiti dell'implementazione, attraverso lo sviluppo e l'adozione di un rilevamento dati efficace oltre che rispettoso delle norme, ponendo attenzione non solo alla valutazione dei processi ma anche a indicatori di esito clinico e di appropriatezza;
- monitorare e perseguire l'obiettivo dell'equità, al fine di ottenere una piena inclusione delle persone migranti negli standard di salute.

www.simmweb.it

ALLEGATO 2

Documento di lavoro SIMM

Organizzazione e gestione dei processi di advocacy

A cura di: Chiara Bodini, Marco Bonetti, Marisa Calacoci,
Emilio Di Maria, Nora Gattiglia, Antonella Lanotte, Alessandro Rinaldi

a nome dei partecipanti al workshop "Advocacy" (incontro nazionale InterGrIS 2017, Cividale del Friuli) e del workshop "Strategie e percorsi per l'advocacy" (incontro nazionale InterGrIS 2019, Napoli)

A) Scopo e campo di applicazione del documento

Il presente documento rappresenta la conclusione di un percorso di riflessione sull'*advocacy* iniziato nel 2017 a Cividale del Friuli in occasione del IV Workshop InterGrIS, e proseguito due anni dopo a Napoli nel successivo InterGrIS. Ciò ha permesso alle diverse anime della SIMM "singoli soci, GrIS e Consiglio di Presidenza" di dare il proprio contributo.

Il documento ha il duplice obiettivo di condividere un *linguaggio comune* all'interno della SIMM relativamente al tema dell'*advocacy* e di definire *ruoli e compiti* che i diversi organi della SIMM (Consiglio di Presidenza-CdP, Organismo di Collegamento Nazionale-OCN, Gruppo di Coordinamento dei GrIS e GrIS) e i singoli soci possono assumere in tutti i casi in cui venga deciso di promuovere, organizzare e partecipare ad un'azione di *advocacy* in favore del diritto alla salute e assistenza sanitaria senza esclusioni.

Pertanto, il documento si articola sui principi generali di applicazione dell'*advocacy* nell'ambito della SIMM; individua gli attori e ne propone i compiti; identifica le procedure raccomandate per l'interlocuzione tra gli attori della SIMM e tra questi e l'esterno.

Non vengono trattati i contenuti specifici delle azioni di *advocacy*, che attengono alle politiche generali della SIMM e vengono in parte determinati in base alle situazioni e agli eventi contingenti. Altresì, pur riconoscendo che la comunicazione con gli interlocutori esterni è un elemento imprescindibile dell'*advocacy*, il presente documento non propone linee di indirizzo sulla comunicazione e non sono oggetto del documento le strategie e le modalità di comunicazione pubblica.

B) Principi ispiratori dell'azione di advocacy nella SIMM

Nell'articolo 3 dello Statuto, la SIMM si impegna a promuovere "[] l'impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni".

Pertanto, la SIMM sceglie di mettere in atto e di partecipare ad azioni di *advocacy* in tutti quei casi in cui la presenza o l'assenza di determinate politiche, la scarsa implementazione di leggi e la mancanza di valutazioni circa il loro impatto possono rappresentare un rischio, diretto e/o indiretto, nella tutela del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria delle persone straniere, a livello locale, nazionale e internazionale.

A tal fine la SIMM si impegna a perseguire le azioni di *advocacy* per la salute attraverso due principali modalità:

1. facendosi "portavoce" dei gruppi di popolazione più vulnerabili e marginali che altrimenti non riuscirebbero a veder tutelati i propri diritti;
2. promuovendo l'empowerment di individui, gruppi e comunità al fine che siano essi stessi a poter esigere il rispetto dei propri diritti.

L'approccio con cui la SIMM ha scelto di agire per realizzare azioni di *advocacy* è quello espresso nell'articolo 2 del suo Statuto: "[] la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia." La SIMM ritiene che l'obiettivo di ogni azione di *advocacy* dovrebbe essere cercare di creare relazioni e alleanze piuttosto che generare divisioni, evitando di usare la violenza per avere la meglio nei confronti dei propri interlocutori.

C) Principi di *advocacy*

Una definizione di *advocacy*

A testimoniare la complessità del tema, iniziamo con il sottolineare che non esiste una singola definizione di *advocacy* universalmente riconosciuta e applicabile senza ulteriori precisazioni. Una definizione efficace e applicabile in termini generali, elaborata nella realtà italiana¹, propone l'*advocacy* come la realizzazione di programmi e azioni che consistono nel porre una questione di rilevanza generale all'attenzione della opinione pubblica e dei soggetti in essa coinvolti, con il fine di modificare priorità pubbliche, norme, pratiche, modelli organizzativi o consuetudini.

Avvicinandoci all'ambito della salute e della sanità, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'OMS (1995)², l'*advocacy* per la salute è una combinazione di azioni individuali e sociali volte ad ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo o programma di salute. Questo tipo di azione dovrebbe essere intrapresa da e/o per conto di individui o gruppi, al fine di creare condizioni di vita favorevoli alla salute e di promuovere stili di vita salutari. L'*advocacy* è una delle tre principali strategie di promozione della salute e può assumere forme diverse, tra cui l'uso dei mass media e degli strumenti multimediali (social *network*/social media), le iniziative volte a esercitare una pressione politica diretta e la mobilitazione della comunità (per esempio attraverso coalizioni di interesse attorno a problemi definiti). Gli operatori sanitari hanno in questo una maggiore responsabilità, in quanto devono sostenere e tutelare la salute a tutti i livelli della società.

La definizione dell'OMS tende a sovrapporsi con il campo dell'educazione alla salute e dell'emPOWERment, laddove la Carta di Ottawa distingue tra *advocacy*, *enabling*, *mediating*³ (vedi glossario).

Le fasi del processo di un'azione di *advocacy*

Per compiere un'azione di *advocacy* è necessario essere consapevoli dello scenario sociopolitico all'interno del quale si agisce, al fine di ridurre al minimo rischi ed errori e al tempo stesso massimizzare le probabilità di successo. Inoltre, il buon esito di un'azione di *advocacy* sembra essere favorito soprattutto dalla qualità delle informazioni usate a sostegno della propria causa, dal modo e dalla tempestività con cui queste informazioni vengono comunicate.

Per favorire la riuscita di un'azione di *advocacy* è necessario essere in grado di documentare, con dati scientificamente attendibili, sia la rilevanza del problema su cui si vuole porre attenzione, sia l'efficacia delle soluzioni proposte. In altre parole, è necessario saper descrivere la gravità della situazione presa in esame, le ricadute del problema sui vari piani (etico, deontologico, economico, eccetera), e proporre delle soluzioni che siano il più possibili fattibili ed efficaci.

Il passaggio successivo è rappresentato dal saper comunicare con i principali destinatari della nostra azione nel modo più chiaro e convincente possibile (descrivere la situazione, le soluzioni proposte e perché valga la pena adottarle, che cosa cambierà, chi realizzerà il cambiamento, quando e in quanto tempo).

Un altro aspetto fondamentale per condurre un'azione di *advocacy* è il momento scelto per compierla. Per esempio, al fine di richiamare l'attenzione del maggior numero possibile di perso-

¹ Fondaca – fondazione cittadinanza attiva, 2016

² Report of the Inter-Agency Meeting on *Advocacy* Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995.

³ Ottawa charter for health promotion, 1986.

ne, può essere molto utile far coincidere l'inizio di un'azione di *advocacy* con una data o un evento particolare.

Altri aspetti importanti relativi alla tempistica sono: la capacità di saper rispondere a un evento o a una dichiarazione nel modo più chiaro e tempestivo possibile; cercare di essere il più flessibili possibile e monitorare costantemente lo scenario politico di riferimento.

Schematizzando, è possibile riassumere l'*advocacy* come un processo continuo che prevede⁴:

1. analisi della problematica e del suo contesto (analisi dello scenario, mappatura dei dati, ascolto);
2. sviluppo di un piano di azione (sviluppo messaggi, identificazione target e strumenti, ricerca di collaborazioni e formazione di reti);
3. impatto su e coinvolgimento di istituzioni e opinione pubblica (attraverso mobilitazione, campagne).

Strumenti e strategie nelle azioni di *advocacy*

I principali strumenti utilizzati per compiere un'azione di *advocacy* sono⁵:

- lettera ufficiale e/o e-mail: rappresenta un buon modo per consegnare un messaggio, soprattutto in situazioni in cui non esiste una relazione con i destinatari. Inoltre, con questa modalità è possibile consegnare il messaggio a più destinatari contemporaneamente e tenerne traccia;
- riunioni ufficiali di persona;
- riunioni ufficiali di gruppo: in questo caso è necessario avere cura di trasmettere un messaggio chiaro e con una modalità in grado di suscitare interesse nei confronti degli interlocutori. Si sottolinea l'importanza di una solida preparazione sull'argomento per essere pronti a rispondere a eventuali domande e fornire la documentazione necessaria, qualora richiesto;
- media: è vitale un uso strategico dei mezzi di comunicazione per indurre una decisione politica che modifichi lo stato delle cose. I principali canali che possono essere utilizzati sono: comunicati stampa, conferenze stampa, contattare i giornalisti per invitarli a scrivere degli articoli sull'argomento; scrivere degli editoriali su delle testate giornalistiche. La divulgazione dei risultati della ricerca scientifica e l'informazione del pubblico non sono azioni fini a sé stesse, ma intendono raggiungere un cambiamento nella pratica. Il materiale pubblicato deve suscitare interesse attraverso la sua grafica, essere sintetico e chiaro. In questi casi è preferibile concentrarsi sulle dimensioni umane del problema piuttosto che fare un lungo e asettico elenco di dati. In tal senso può essere utile investire anche nella creazione di loghi e brochure da distribuire;
- sopralluoghi: organizzare una visita in loco per i decisori politici può essere un modo efficace per far loro conoscere meglio la situazione descritta e costruire una relazione personale più stretta;
- sviluppare coalizioni: una coalizione può essere definita come un gruppo di persone e di organizzazioni tese a raggiungere un obiettivo comune. Dare vita a una coalizione è soprattutto necessario quando bisogna raggiungere un largo supporto per la propria azione di *advocacy*. Tra le principali difficoltà che possono emergere c'è la mediazione tra le priorità e gli interessi divergenti dei singoli e delle organizzazioni che ne fanno parte, anche se uniti per il raggiungimento di un obiettivo comune.

⁴ Bonciani et al. *Advocacy per la salute dei migranti: dinamiche, strumenti di lavoro e prospettive a partire dall'esperienza della SIMM e dei GrIS. Sistema Salute 201*; 3: 29-44.

⁵ Scintee SG, Galan A. *Public health strategies: a tool for regional Development. A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers. Hellweg: Hans Jacobs Publishing Company, 2005*

Le azioni di *advocacy* possono essere intraprese con diversi ruoli:

- **esperto/tecnico:** fornisce informazioni di tipo tecnico sull'argomento di interesse. L'efficacia di questo tipo di ruolo dipende molto dal livello di autorevolezza e credibilità scientifica di cui si gode.
- **mediatore:** partecipa come esperto nei processi di *policy-making* con un ruolo imparziale, in grado di mediare tra i possibili diversi interessi politici in campo. Assumere questo ruolo consente di assicurare e monitorare la trasparenza dei processi e che le decisioni prese siano basate soprattutto sui fatti;
- **capacity-builder:** con questo ruolo si conferisce supporto alle persone per cui si fa *advocacy* e che hanno già difficoltà a far rispettare i propri diritti, a prescindere dalla presenza di un capacity-builder. Per tale ragione, chi ricopre questo ruolo ha come compito principale quello di favorire un aumento della consapevolezza e della responsabilità circa i propri diritti e la promozione dello sviluppo di forme autorganizzate di rappresentanza, anche attraverso la formazione;
- **lobbista:** questo ruolo prevede la partecipazione piena ai processi di decisione politica e si caratterizza per il tentativo dichiarato di influenzare tali decisioni. A tal fine è necessario prevedere incontri diretti con i politici o di presentazione pubblica.

D) Come costruire strategie e percorsi di *advocacy* nella SIMM

Questa parte del documento cerca di tradurre in indicazioni operative i concetti teorici espressi nella parte precedente. Nel farlo, vengono riportate anche le principali criticità riscontrate, fino a questo momento, dalla SIMM (con particolare riferimento alle esperienze territoriali dei GrIS) nel mettere in pratica un'azione di *advocacy*. Infine, è presente una parte che contiene delle proposte di riflessione/azioni future riguardo ciò che la SIMM può ancora fare in questo ambito.

Valutare le priorità

Le fasi descritte nel processo continuo dell'azione di *advocacy* vengono qui di seguito ampliate e collocate all'interno del contesto della SIMM.

La fase di analisi della problematica e del suo contesto inizia con il rilevamento di un fenomeno (una condizione di criticità diretta o indiretta, potenziale o reale, relativa alla salute dei migranti) che può avvenire da parte di qualsiasi articolazione interna alla SIMM (CdP; OCN; GrIS; singolo Socio o gruppo informale di Soci) per problemi di carattere nazionale, regionale o territoriale.

Una volta rilevato, il fenomeno deve essere sottoposto alla fase di verifica che comprende il controllo delle fonti e il confronto con le pratiche vigenti e raccomandate (alcuni eventi, sottoposti a verifica, non vengono confermati).

Questa parte può definirsi conclusa solo dopo che viene effettuata una valutazione della rilevanza della problematica individuata. Come vedremo più avanti, tra le criticità rilevate dalla SIMM con riferimento alle proprie esperienze di *advocacy* vi è quella relativa alla sostenibilità delle azioni intraprese in termini soprattutto di tempo e risorse umane da dedicare. Per tale ragione è importante dotarsi di parametri per valutare quanto il fenomeno rilevato sia prioritario per la SIMM. A tal fine, sono suggeriti i seguenti criteri minimi di valutazione:

- **rilevanza e pertinenza:** in che misura il fenomeno o l'evento rilevato attiene ai compiti e alle attività della SIMM, con riferimento a quanto la SIMM individua nel tempo attraverso i propri atti ufficiali. Fonti: statuto, raccomandazioni, *policy statement* [nota: i principi fondamentali sono nello Statuto, ma attraverso propri atti ufficiali la SIMM può individuare i campi di azione più rilevanti in una determinata congiuntura]. Il campo può schematicamente essere suddiviso in parole chiave, mutuando i paradigmi di valutazione in ambito clinico, che sono: gravità (in che misura il fenomeno mette a rischio principi fondamentali o pratiche rilevanti per la SIMM); prevalenza (cioè la diffusione e il peso di un fenomeno nel territorio di riferimento, regionale o nazionale); emergenza (un fenomeno emergente è tale se si prevede che la prevalenza o la gravità possano aumentare); responsabilità (in che misura la SIMM si deve porre come promotrice di un'azione, o deve aderire in caso di azioni promosse da altri);

- *efficacia*: in che misura la SIMM con le proprie articolazioni può agire per incidere sul fenomeno. Nella valutazione dell'efficacia attesa va considerato anche quali potrebbero essere i possibili partner su cui contare per una data azione, o quali quelli a cui unirsi per un'azione da loro già iniziata;
- *urgenza*: in che misura l'intervento deve essere tempestivo per essere efficace.

Dopo che il fenomeno è stato rilevato e valutato è necessario che un processo di *advocacy* "per definirsi tale" preveda una fase di azione. La *realizzazione dell'azione di advocacy* fa parte dello *sviluppo di un piano d'azione* che comprende una fase di *progettazione* e una di *effettuazione* dell'azione. In questo passaggio del processo è opportuno coinvolgere, sin dall'inizio, gli attori previsti e le eventuali reti o coalizioni.

Infine, per capire se l'azione svolta ha avuto un'influenza sulle istituzioni e l'opinione pubblica si dovranno prevedere le modalità in cui effettuare il *monitoraggio dell'azione* per valutarne l'impatto. L'elemento della valutazione, specifica e possibilmente strutturata, diventa particolarmente importante nei casi in cui i risultati attesi non siano stati raggiunti, per potere analizzare le cause e trarne spunti di miglioramento; inoltre la condivisione della valutazione con coloro che hanno promosso o avviato l'azione mantiene la coesione verso gli obiettivi comuni e limita il ritorno negativo di un risultato sfavorevole. Ciò è fondamentale anche per in termini di *accountability*, cioè saper rendere conto agli attori interessati, in primo luogo i beneficiari dell'azione intrapresa, di quali siano state le risorse impiegate, le modalità adottate, e i risultati raggiunti.

La figura 1 riporta le fasi descritte sopra in forma schematica.



Nella seguente tabella (tabella n.1) sono associati, ad ogni fase del processo di *advocacy*, gli approcci e gli strumenti che si possono adottare nella SIMM a livello locale, regionale e nazionale.

Tabella 1. Approccio e strumenti per l'advocacy della SIMM e dei GrIS

Ambiti operativi dell'azione di advocacy	Locale	Regionale	Nazionale
Identificazione del problema	Monitoraggio con strumenti diversi a seconda dei livelli (scheda di segnalazione, monitoraggio accordo, politiche)		
Identificazione dell'interlocutore	Interlocutori di riferimento in base alla problematica e a più livelli		
Modalità di contatto (progressività e tracciabilità)	Informale e/o formale (telefonica email, lettera), in base anche al contesto		
Alleanze con:	Associazioni, enti locali, etc.		
Azioni (progressività, non necessario tutti gli step)	<ul style="list-style-type: none"> - Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (quando?) - Cause pilota 	<ul style="list-style-type: none"> - Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (quando?) - Cause pilota 	<ul style="list-style-type: none"> - Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (anche a livello informativo) - Class action - Campagne informative
Valutazione dell'impatto	Ex-ante, in itinere ed ex-post		

Processo decisionale interno alla SIMM e distribuzione delle attività di advocacy al suo interno

Qui sono individuate le responsabilità interne alla SIMM in base alla tipologia di azione di advocacy e al suo livello di applicazione.

Le azioni di advocacy organizzate dalla SIMM o alle quali prende parte, possono avvenire a livello nazionale, regionale e territoriale. In linea generale, è possibile affermare che le azioni di advocacy intraprese a livello nazionale vengano gestite e coordinate dalla SIMM attraverso il Consiglio di Presidenza (CdP), con il possibile contributo dei singoli soci; a livello regionale sono invece soprattutto i GrIS a dare vita ad azioni di advocacy, con il possibile appoggio del CdP e dell'Organismo di Collegamento Nazionale (il cui ruolo è quello di far circolare tra i GrIS materiale ed informazioni su attività di advocacy intraprese a livello locale o nazionale e di supportare i singoli GrIS promuovendo un'advocacy "di prossimità" sia a livello locale o regionale). Tutte le azioni di advocacy che vengono intraprese dai singoli soci a nome della SIMM devono essere prima autorizzate dal CdP e/o dal GrIS di appartenenza.

In tabella n.2 viene riportata schematicamente quanto sopra. La spunta sta a segnalare *chi* può fare cosa e a quale *livello*; nella dimensione nazionale, oltre al CdP, sono stati inseriti anche i Gruppi di lavoro della SIMM attivi su temi specifici.

Tabella n. 2. Descrizione delle principali azioni di advocacy e distribuzione delle responsabilità nella SIMM

Azioni di advocacy	Nazionale		Locale
	CdP	Gruppi di lavoro	GrIS
Adesione/promozione campagne per “esercitare una pressione politica diretta” e per “la mobilitazione della comunità”	✓		✓
Contatti con i mezzi di comunicazione (comunicati, articoli, conferenze stampa, social, ...)	✓		✓
Azioni di advocacy dirette (es. cause legali, interpellanze, accompagnamenti individuali...)	✓		✓
Adesione/partecipazione tavoli di lavoro, commissioni.	✓		✓
Proposte normative o collaborazione nella stesura di testi di legge	✓	✓	✓
Organizzazione/gestione/promozione di percorsi formativi/informativi	✓	✓	✓

Infine, nella tabella n. 3 sono descritti i principali compiti cui le diverse anime della SIMM devono attenersi.

Tabella n. 3. Descrizione compiti da assolvere in base al ruolo

Compiti	
Nazionale	
Consiglio di Presidenza	Può decidere in autonomia di dare vita e/o prendere parte ad un'azione di advocacy previa l'espressione favorevole della maggioranza dei suoi componenti. Nei casi in cui è richiesta una risposta tempestiva, il Presidente può decidere di aderire o meno ad un'azione di advocacy senza necessariamente raccogliere il parere degli altri consiglieri. Sarà compito del Presidente e/o del CdP comunicare le proprie decisioni ai soci tramite il sito internet, verbali delle riunioni del consiglio, newsletters...
Gruppi di lavoro	Ogni attività di advocacy portata avanti deve prima ricevere il consenso del CdP.
Locale	
GrIS	Per quanto riguarda le azioni di advocacy a livello locale, i GrIS hanno totale autonomia decisionale. Questi sono invitati a comunicare al CdP le azioni che si vogliono intraprendere. Nei casi in cui si voglia aderire o dare vita ad un evento di carattere nazionale è necessario prima chiedere l'autorizzazione al CdP.
Singoli soci	Possono partecipare alle diverse attività svolte dal GrIS di appartenenza e dalla SIMM a livello nazionale. Su richiesta del singolo GrIS o del CdP il singolo socio/a -date le sue competenze- può essere individuato come referente della SIMM per una specifica azione di advocacy. Infine, il singolo socio può segnalare/promuovere al CdP e al GrIS di riferimento eventuali azioni di advocacy cui aderire e/o promuovere. Spetterà al CdP e al GrIS di riferimento, in base alla specifica competenza (CdP-azioni livello nazionale; GrIS-azioni livello regionale/locale) dare riscontro al singolo socio/a.

Criticità e prospettive future

Questo documento non è esaustivo, né si prefigge di esserlo. Il suo scopo è presentare le principali difficoltà incontrate nella realizzazione delle azioni di *advocacy* e le ipotesi di lavoro/proposte di approfondimento per contribuire ad arricchire il bagaglio culturale, di strategie e strumenti della SIMM in materia di *advocacy*.

Dal confronto avvenuto in seno alla SIMM, le principali criticità relative alla realizzazione degli interventi di *advocacy* sembrano essere rappresentate soprattutto dagli *ostacoli legati al contesto socio-politico* e alle difficoltà pratiche relative alla *realizzazione stessa degli interventi*.

Gli ostacoli relativi al contesto socio-politico sono rappresentati principalmente dall'esistenza di barriere culturali, dalla diffusione di pregiudizi e dalla loro strumentalizzazione politica, elementi che minano la possibilità di avere sostegno da parte della cittadinanza per le azioni di *advocacy* che vengono promosse a tutela del diritto alla salute dei migranti. A forme più o meno evidenti ed esplicite di razzismo sociale, si somma anche un atteggiamento istituzionale difficile da contrastare, evidenziato dal disinteresse dimostrato dagli organi di competenza su queste questioni: un disinteresse legato anche a una generale scarsa padronanza del tema, nonché a modalità di interpretazione restrittiva delle norme esistenti.⁶

Il secondo ordine di difficoltà ricade invece nell'ambito della concreta operatività della SIMM e dei GrIS. Essendo caratterizzati da un impegno volontaristico e da una strutturazione atipica rispetto ad organizzazioni che hanno a disposizione personale e risorse dedicate all'*advocacy*, SIMM e GrIS hanno maggiori difficoltà nell'implementare azioni che richiederebbero in alcuni casi tempestività di intervento. A livello operativo, i GrIS scontano anche una propria visibilità variabile in base ai contesti e all'interlocutore di riferimento: ciò si traduce a volte anche nella difficoltà di accesso alle istituzioni, che possono più o meno conoscere l'esperienza del GrIS e/o riconoscerne l'autorevolezza. Talvolta questo aspetto è legato anche al fatto che non sempre la SIMM ed i GrIS riescono a instaurare collegamenti con altre realtà e attori sociali e istituzionali sufficientemente solidi, o comunque traducibili in azioni comuni di *advocacy*.

La formazione è il principale strumento per contrastare le resistenze, se non vere e proprie avversioni, del contesto sociale ed istituzionale nel quale si deve agire per promuovere la tutela dei diritti dei migranti. Diversi sono i target di intervento e le diverse metodologie formative (ad es. da eventi divulgativi e di sensibilizzazione rivolti alla popolazione, pensati nell'ottica di costruire un progetto sociale e culturale di integrazione ed inclusione, a iniziative formative per l'aggiornamento dei professionisti e dei referenti istituzionali). Particolare attenzione è rivolta alla formazione degli operatori sanitari e di altri professionisti coinvolti nell'erogazione di servizi e nei processi di promozione della salute. L'obiettivo auspicabile sarebbe quello di riuscire a raggiungere l'insieme dei professionisti e non solamente quelli che già partono da una pre-esistente sensibilità; allo stesso tempo, i GrIS potrebbero rappresentare il luogo dove ricevere una formazione continua attraverso processi di autoformazione o confronti con esperti. Sul tema della formazione, rispetto ai contenuti come alle metodologie, la SIMM ha prodotto nel corso degli anni diversa letteratura, cui si rimanda per eventuali approfondimenti⁷.

Un'altra strategia d'azione è il coinvolgimento della comunità. Gli strumenti propri di questo approccio (ad. es. l'uso di focus group o i percorsi di ricerca-azione) possono dimostrarsi efficaci nell'attività di *advocacy* su più livelli. Essi possono fungere da catalizzatori per il conseguimento di consenso generale, per favorire la creazione di reti sociali attraverso lo scambio virtuoso di informazioni ed esperienze e per facilitare la costruzione di una comunità responsabile e pro-attiva, consapevole dell'esistenza di interessi comuni e capace di individuarli.

⁶ Maciocco G. Il razzismo come determinante della salute. *Saluteinternazionale.info*, 24 febbraio 2011. Disponibile alla URL: <https://www.saluteinternazionale.info/2011/02/il-razzismo-come-determinante-della-salute/> (u.c. 17 febbraio 2020)

⁷ Pizzini E, Russo ML. Spunti e riflessioni per la formazione dei professionisti come strategia per la promozione e la tutela della salute dei migranti. *Sistema Salute* 2017; 3: 139-152.

Va, tuttavia, sottolineato come l'efficacia di questi strumenti e approcci sia legata ad alcuni requisiti, quali:

- l'*orizzontalità*, ovvero la partecipazione senza distinzioni qualitative tra proponenti e beneficiari dell'intervento comunitario;
- la *conoscenza dello scenario* socio-politico nel quale si opera, con particolare riferimento al tema della scarsità delle risorse e al controverso rapporto pubblico-privato;
- il *riconoscimento reciproco* degli attori coinvolti, ovvero la capacità di ascoltare e legittimare istanze primarie espresse attraverso le più svariate forme e di muoversi verso la creazione di una relazione positiva piuttosto che generare o ampliare una divisione;
- la necessità di adoperare e condividere un *lessico concettuale comune*.

In bibliografia sono stati riportati alcuni riferimenti per chi volesse approfondire ulteriormente questo tema.

Oltre che generare risposte, o individuare percorsi di approfondimento, restano dubbi circa il ruolo della SIMM nelle azioni di *advocacy*. Il documento, quindi, si conclude con un breve elenco di interrogativi aperti, non tanto con la finalità di ricercare facili risposte, quanto con l'intento di stimolare un'auto-osservazione continua della SIMM e dei suoi soci rispetto alle sue pratiche:

Prendere parola per conto di persone o gruppi socialmente svantaggiati può costituire un'indebita sostituzione?

Occuparsi di tutelare i diritti dei migranti attraverso l'advocacy come società civile (es. la SIMM, i GrIS) non rischia di legittimare la delega delle proprie mansioni da parte dello Stato?

Che cosa fare quando un'azione di advocacy fallisce e non genera il cambiamento voluto?

L'ingiustizia sociale e condizioni di sottrazione/assenza di diritto e discriminazione possono generare sentimenti di rabbia e comportamenti aggressivi da parte delle persone che subiscono tale situazione. Come accogliere anche queste modalità di espressione, nell'ottica di aprirsi verso attori esterni per costruire nuove alleanze?

Allegati

1. Glossario

Comunicazione: Comunicare implica un'idea di partecipazione condivisa, un progetto in cui il significato di quanto si sta dicendo viene continuamente negoziato dagli interventi degli interlocutori. Alla costruzione del significato contribuisce anche il contesto in cui la comunicazione avviene (un ospedale, l'ufficio dell'anagrafe, la strada), i ruoli dei partecipanti (istituzionali o meno; v. ruolo), le identità (v.) dei partecipanti coinvolti, la storia delle relazioni tra i gruppi dei partecipanti. V. "monologismo"; "dialogismo".

Comunità: Gruppo sociale che si riconosce come portatore di somiglianze condivise, che spesso creano una cultura specifica e che rendono possibile un riconoscimento dall'esterno del gruppo, dei suoi confini e delle sue caratteristiche. Si può così parlare ugualmente di "comunità linguistica" o di "comunità professionale" per indicare gruppi sociali che condividono una caratteristica saliente del proprio sé e delle pratiche quotidiane specifiche.

Conflitto: Il conflitto è un processo interattivo, in cui intervengono due o più persone, che avviene in un contesto determinato. Non si può quindi estrapolare un conflitto dal contesto temporale, sociale e culturale da cui emerge. Può avere un potenziale trasformativo positivo a seconda di come viene affrontato e di come si conclude, e può essere guidato, trasformato e superato dalle parti stesse (cfr. Lederach 1995). Da non confondersi con la violenza: i due concetti e i due fenomeni possono intersecarsi (un conflitto può essere violento, un comportamento violento può essere inserito in un conflitto), senza però essere perfettamente sovrapponibili. V. "violenza".

Dialogismo: Le situazioni comunicative dialogiche prevedono la partecipazione di due o più interlocutori, con ruoli anche diversi (la differenza chiave è partecipanti primari che parlano due lingue diverse e un interprete, o partecipante secondario all'interazione). Uno stile comunicativo dialogico favorisce lo scambio, il confronto, le domande, la riformulazione, la risignificazione, la negoziazione di quanto viene detto. V. "comunicazione".

Domanda: Richiesta di informazioni o di azioni da compiersi.

Empowerment: Letteralmente, "potenziamento", "sollecitazione di capacità", "messa in capacità". L'empowerment è un processo i cui protagonisti, fragilizzati da una condizione sociale (qui intesa anche come condizione personale, quale una disabilità), apprendono e coltivano competenze utili a superare l'ostacolo che li mantiene nella posizione vulnerabili e minoritaria.

Enabling: letteralmente, "mettere in grado", cioè fornire agli individui e alle comunità i mezzi materiali, le conoscenze e le capacità, per controllare e migliorare la propria salute.

Identità: l'identità è un concetto plurale, di non facile definizione. Può essere considerato come un intreccio di disposizioni, ossia di competenze e di predisposizioni necessarie ad abitare e a riprodurre un determinato contesto o gruppo sociale (v. Bourdieu, Wacquant 2014). Al contempo, l'identità è anche il prodotto di una riflessione su di sé, un osservarsi all'interno della relazione con gli altri: è la percezione che una parte di noi sia in rapporto con l'appartenenza a uno o più gruppi, e la percezione del valore che tale appartenenza ha per noi. Infine, l'identità è anche il prodotto della relazione tra gruppi, un lavoro di definizione per cui si differenziano l'"io" e il "tu", il "noi" e il "loro".

Mediating: significa mediare, tra i diversi interessi della società, al fine di raggiungere più elevati livelli di salute. Promuovere salute richiede quindi un'azione coordinata tra i vari soggetti coinvolti: governi, settore sanitario e altri settori sociali ed economici, organizzazioni non governative e di volontariato, autorità locali, industria e mezzi di comunicazione di massa.

Monologismo: Formato del discorso unidirezionale, in cui si ha trasmissione di informazioni con scarsa o nulla possibilità da parte di chi ascolta di assumere un ruolo attivo. Esempio classico è la conferenza, in cui un oratore si produce in un discorso di fronte a un pubblico che riceve il suo dire e lo interpreta a livello cognitivo, ma senza possibilità di interrompere, fare domande, riformulare. V. "comunicazione".

Partecipazione: La mobilitazione in prima persona di un individuo e/o di un gruppo all'interno di un contesto sociale più ampio. Si partecipa prendendo decisioni, assumendosi responsabilità specifiche e promuovendo la creazione di nuovi vincoli di collaborazione tra persone che condividono condizioni di vita o uno spazio fisico o simbolico più o meno allargato, attività che può tradursi nella creazione di forme associative od organizzative che riguardano una pluralità di individui. Obiettivo della partecipazione è la trasformazione di uno stato di cose ritenuto inadeguato, in direzione di un miglioramento delle condizioni di vita generali.

Ricerca-azione: insieme di approcci centrati sull'identificazione, all'interno di un ambiente, di una problematica da risolvere. La ricerca-azione studia una situazione sociale e si propone di migliorare la qualità della vita delle persone che la abitano (Elliott 1991): per farlo, prende in considerazione e porta alla luce le voci dei partecipanti alla ricerca.

Ruolo: Funzione sociale dell'individuo (che cosa faccio) a cui si accompagna una componente identitaria (chi sono) e valoriale (quanto vale ciò che faccio e ciò che sono). V. "status".

Status: Attribuzione sociale di un valore alla persona e alla categoria cui appartiene, designate dai membri di una comunità come gli individui più adatti per il raggiungimento di un obiettivo e a cui la comunità stessa attribuisce un valore particolare. Può coincidere con il concetto di "autorità".

Sussidiarietà: principio che può essere distinto in sussidiarietà verticale (attribuzione delle competenze generiche alle organizzazioni di livello inferiore e allargato vs attribuzione di competenze specifiche alle organizzazioni di livello superiore) e sussidiarietà orizzontale. Ai fini del presente documento, prenderemo in considerazione questa seconda manifestazione del principio di sussidiarietà, garantita dalla Costituzione italiana. Secondo tale principio, le istituzioni sono tenute a sostenere e a favorire le iniziative spontanee dei cittadini e in particolare delle loro forme organizzative che hanno interesse generale e che promuovono il bene comune.

Violenza: espressione concreta di aggressività che viola i confini fisici o psicologici di un individuo o di un gruppo. V. "conflitto".

2. Esperienze di advocacy

GrIS Emilia-Romagna: dal “muro istituzionale” a prove di dialogo

Motivazione: non totale recepimento dell'Accordo Stato-Regioni, ambiguità delle norme che permettono interpretazioni dove prevale l'aspetto economico-amministrativo rispetto a quello dei bisogni sanitari e conseguenti discriminazioni e iniquità nell'accesso alle cure

Obiettivi: riconoscimento formale del GrIS da parte dell'Assessorato alle Politiche Sanitarie regionali; piena applicazione dell'Accordo Stato-Regioni

Modalità: azione di rete; estensione geografica per coprire il territorio regionale e aumentare la rappresentatività; supporto da parte della SIMM (produzione dati e materiali, interpretazioni leggi e circolari, consulenza su singoli casi, partenariato con ASGI); utilizzo di contatti e canali personali per sensibilizzare le istituzioni; coinvolgimento di figure e istituzioni extra sanitarie (garante minori, Chiesa, eccetera)

Strumenti: mappe dell'applicazione regionale dei punti dell'Accordo Stato-Regioni prodotte dalla SIMM; lettere indirizzate ai responsabili politici e ai dirigenti regionali; richieste formali di incontri; scheda di monitoraggio per casi di esclusione dal diritto alle cure; partenariato con ASGI; organizzazione di e partecipazione a eventi e incontri di formazione/dibattito

Risultati: riconoscimento del GrIS come interlocutore istituzionale; allargamento della rete con coinvolgimento dei principali ambulatori per STP del territorio regionale; delibera regionale (965 del 25/6/2018) riguardante "accordi tra associazioni [...] convenzionate con le ASL [...] per assistenza sanitaria a categorie fragili" e successiva determina di Giunta (6700 del 12/4/2019) per l'istituzione del gruppo di lavoro

GrIS Calabria: la costruzione di spazi d'azione

Obiettivo: ottimizzare quanto viene fatto in ambito regionale ai fini della tutela della salute ai cittadini stranieri, compresi gli aspetti di integrazione socio-sanitaria

Modalità: costruzione di una rete territoriale per ambiti provinciali con degli stakeholder cui spetta il ruolo di individuare le criticità del sistema e intervenire presso le istituzioni (ASL, Prefetture, Dipartimento Regionale Tutela della Salute, Comuni e Servizi sociali)

Strumenti: attività di informazione e formazione, interfaccia con associazioni del volontariato in ambito immigratorio, monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato-Regione, creazione di un portale regionale dell'immigrazione (in cui prevedere una sezione sui diritti di tutela della salute dei cittadini stranieri, la mappatura delle strutture sanitarie dedicate agli immigrati e un forum in cui poter affrontare particolari tematiche ed evidenziare esigenze e necessità)

Ostacoli: le istituzioni coinvolte, pur condividendo spesso quanto loro prospettato, non sempre sono aderenti alle richieste del GrIS, rendendo poco fluido il percorso individuato per ottenere risultati soddisfacenti

Risultati: circolare regionale che garantisce il Pediatra ai minori comunitari ed extracomunitari su tutto il territorio regionale

GriS Lazio: oltre 20 anni di impegno e risultati

Obiettivo: che il diritto alla salute per le persone immigrate si traduca da un 'diritto di carta', sancito dalle prime leggi di metà degli anni Novanta, a un diritto reale

Ambiti: accesso ai servizi, promozione delle competenze culturali dei servizi, promozione di modelli di medicina di prossimità per i bisogni di salute dei gruppi più vulnerabili

Modalità: "doppio livello partecipativo" – dal basso, attraverso il GriS (rete territoriale composta da operatori del privato sociale e del servizio pubblico che lavorano insieme con pari dignità), e istituzionale (formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti) – che permette la tempestiva ed efficace presa in carico di problematiche emergenti e una programmazione sanitaria attenta al tema della salute dei migranti

Risultati: Delibera di Giunta Regionale (DGR) 31/07/97 n.5122, con cui la Regione ha indicato percorsi innovativi (collaborazione tra pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione ambulatori STP di medicina generale) presi poi come base per il Regolamento d'attuazione del Testo Unico sull'immigrazione nel 1999 (codice STP); istituzione del Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, composto da operatori del pubblico e del volontariato, con compiti di verifica e monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni; DGR 5/12/2000, n.2.444 sulle Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea; DGR 25/03/2005, n.427 sull'assistenza protesica per i titolari di STP; programma regionale di formazione a più di 1.000 operatori socio sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri; campagne "Salute senza esclusione" per le comunità rom e sinti di Roma (2001, 2006); progetto "Salute senza esclusioni: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze" (2013-14); Piano di intervento sociosanitario in favore dei migranti in transito (2015-16); Piano in favore dei migranti stanziali, in corso in 5 edifici occupati nell'area metropolitana di Roma.

GriS Toscana: diversi strumenti per un'azione comune

Motivazione: disomogeneità di comportamenti tra aziende diverse nell'implementazione di quanto sancito dalla normativa nazionale, in particolare per quanto riguarda l'assistenza agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

Obiettivo: tutela del diritto alla salute e corretta applicazione della normativa sia a livello aziendale che di intero sistema regionale

Modalità: interlocuzione istituzionale in una logica di collaborazione; quando necessario, azioni di denuncia con lettere formali; partecipazione all'Osservatorio regionale per la salute dei migranti

Strumenti: scheda di segnalazione dei casi relativi alla mancata o parziale o non corretta applicazione della normativa relativa all'assistenza ai migranti; organizzazione in articolazioni a livello delle tre Aree Vaste in linea con il processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale (per avere una vicinanza maggiore alle problematiche esistenti nei diversi territori e di sollecitare risposte mirate sia da parte delle Aziende sanitarie che da parte regionale)

Risultati: in generale alle azioni del GriS sono conseguiti adeguamenti da parte dell'Azienda sanitaria

3. Bibliografia

- Alison O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Farah JF, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2015, 15:129
- Attree P, French B, Milton B, Povall S, Whitehead M, Popay J. The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health and Social Care in the Community* 2011, 19(3): 250–260
- Bourdieu, P., Wacquant, L. *Invitation à la sociologie reflexive*. Paris: Seuil, 2014
- Cornish F, Montenegro C, van Reisen K, Zaka F, Sevitt J. Trust the process: Community health psychology after Occupy. *Journal of Health Psychology* 2014, Vol 19(1): 60-71
- Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action* 2015, 8
- De Vos P, De Ceukelaire W, Malaise G, Perez D, Lefèvre P, Van der Stuyf P. Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation. *Health and Human Rights* 2009, 11 (1): 23-35
- Dubost J, Levy A. Origini e sviluppi della ricerca-azione. *Spunti* 2007, 8 (9): 65-106
- Elliott, J. *Action Research for Educational Change*. Milton Keynes: Open University Press, 1991
- Elliott WP. *Participatory Action Research Challenges, Complications, and Opportunities*. Canada: University of Saskatchewan, 2011
- Farrer L, Marinetti C, Kuipers Cavaco Y et al. *Advocacy for Health Equity: a synthesis review*. *The Milbank Quarterly*, 2015, 93(2): 392-437.
- Francescato D, Ghirelli G. *Fondamenti di psicologia di comunità*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1988
- Freire P. *La pedagogia degli oppressi*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2002
- Giust-Desprairies F. Ricerca-azione e intervento psicosociologico. *Spunti* 2007, 8 (9): 135-148
- Israel B, Schulz A, Parker EA, Becker AB. *Community-based Participatory Research: Policy Recommendations for Promoting a Partnership Approach in Health Research*. *Education for Health* 2001, 14 (2): 182-197
- Labontè R, Laverack G. *Health promotion in action. From local to global empowerment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008
- Lederach, J.P. *Preparing for Peace: Conflict Transformation across Cultures*. Syracuse: Syracuse University Press, 1995
- Lemma P. *Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per "antiche" professioni*. Milano: Edizioni Unicopli, 2005
- Manoukian FO. *Presupposti ed esiti della ricerca-azione*. *Spunti* 2007, 8 (9): 107-126
- Manoukian FO. *Il circolo virtuoso conoscenza-azione. Il perno della ricerca-azione*. *Spunti* 2007, 8 (9): 149-162
- Minkler M, Wallerstein N. *Community based participatory research in health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003
- NICE. *Community engagement to improve health*. London: NICE, 2008
- Rachel J, Murcott A. *Community representatives: representing the "community"* *Soc. Sci. Med* 1998, 46 (7): 843-858
- Rissel C. *Empowerment: the holy grail of health promotion?* *Health Promotion International* 1994, 9 (1): 39-46
- Sen A. *La libertà individuale come impegno sociale*. Milano: Editori Laterza, 2007
- Sennett R. *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*. Milano: Feltrinelli, 2014
- South J, Philips G. *Evaluating community engagement as part of the public health system*. *Epidemiol Community Health* 2014, 68: 692-6
- Wallerstein N, Duran B. *Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities*. *Health Promot Pract* 2006, 7: 312
- WHO. *Commission on Social Determinants of Health CSDH. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO, 2007
- Zakus D, Lysack C. *Revisiting community participation*. *Health policy and planning* 1998; 13(1): 1-12
- Zibechi R. *Alba di mondi altri. I nuovi movimenti dal basso in America Latina*. Bogotá: Ediciones Desde abajo, 2014

ALLEGATO 3

Progetto GRAP per i GrIS

La ricerca-azione partecipata come strumento di sensibilizzazione e advocacy per il diritto alla salute

Alice Cicognani, Antonella Lanotte, Serafina Antonella Torchiaro

Premessa

L'idea del gruppo di lavoro GRAP (acronimo di Gruppo di Ricerca Azione-Partecipata) nasce da alcuni partecipanti alla VI Edizione dell'Executive Master in Salute Globale e Migrazioni¹ (Master MEMP, ndr), durante il quale sono state presentate e discusse diverse tematiche emergenti su salute e migrazione e al termine del quale è stata condivisa dalla maggior parte dei partecipanti l'esigenza di:

- mantenere i contatti tra le diverse realtà territoriali e le differenti figure professionali partecipanti al master (implementazione di una rete nazionale multidisciplinare)
- dare continuità al dialogo sulle tematiche affrontate durante il master mediante la creazione di uno spazio di studio – confronto – educazione permanente;
- elaborare contenuti con lo scopo esplicito di riportarli in comunità, ovvero, andare oltre l'autofornitura "chiusa" e costruire metodologie di apprendimento attivo, trasversale e collettivo mirate ad azioni in comunità (cittadinanza attiva).

Tale istanza trova riscontro in alcuni punti elencati nell'art.3 degli Atti Costitutivi della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)², ovvero:

- *[...]produzione, promozione e diffusione di libri, periodici, ricerche, video e materiali informatici e multimediali su temi legati alle migrazioni e all'approccio transculturale alla tutela della salute;*
- *organizzazione di dibattiti, conferenze, mostre, a contenuto divulgativo, volti a informare correttamente la collettività sui diversi aspetti e le implicazioni sanitarie e sociali del fenomeno migratorio;*
- *approfondimento scientifico di temi legati alla salute dei migranti anche attraverso la partecipazione a ricerche tematiche;*
- *collaborazione con altri Enti, Istituzioni e Associazioni pubbliche e private operanti per scopi analoghi [...]*

Da ciò scaturisce il proposito di istituire un gruppo di lavoro all'interno della SIMM che diventi diretto promotore delle attività sopraelencate.

Nell'ultima giornata del Master, l'idea del progetto GRAP è stata presentata in plenaria come elaborato finale di due masterizzande. L'idea è stata accolta con grande interesse e supportata dall'intervento in plenaria di alcuni rappresentanti dei GrIS – unità territoriali della SIMM – che

¹ <https://www.mastermemp.org/>

² <https://www.simmweb.it/>

hanno sottolineato la difficoltà attuale a svolgere tali attività, a causa della scarsità di risorse umane e/o di tempo che vengono necessariamente impiegate in numerose e, spesso, urgenti questioni di carattere tecnico.

Progetto GRAP – Gruppo Ricerca-Azione Partecipata

Il Progetto GRAP si propone di essere occasione di un intervento di ricerca-azione partecipata che muove da tre istanze principali nate in un "gruppo caldo"³ (partecipanti alla VI Edizione del Master MEMP) sensibile alle tematiche inerenti la tutela e la promozione del diritto alla salute:

- 1) come costituire una comunità di pratiche⁴ e come comunicare queste ultime all'esterno (del gruppo sensibile)?
- 2) come stimolare la ricerca, la sensibilità, la partecipazione sui temi in questione?
- 3) come implementare l'esistente (ad esempio i Gruppi Regionali Immigrazione e Salute, GrIS⁵) e rinnovarlo nelle modalità di espressione, ricerca e diffusione delle sue istanze?

Il GRAP, pertanto, mediante la metodologia della ricerca-azione partecipata⁶ – inscritta nell'acronimo che conferisce il nome al progetto – sarà costituito da un nucleo di persone, provenienti dall'esperienza della VI Edizione del Master MEMP, che avranno come obiettivo quello di lavorare, inizialmente, su tre principali realtà territoriali italiane al fine di:

- 1) fare emergere sollecitazioni da gruppi territoriali esistenti (GrIS) e coinvolgere negli stessi esperienze, soggetti e attori affini, ma tuttavia esterni
- 2) facilitare l'emersione e la messa in rete di buone pratiche esistenti
- 3) acilitare la costruzione di processi di comunicazione all'esterno dei gruppi sensibili già attenti alle tematiche della promozione e tutela del diritto alla salute in senso transculturale

Il gruppo GRAP, pertanto, lavorerà parallelamente su 3 realtà, facendo capo al coordinamento nazionale GrIS e alla SIMM e frequentando fisicamente i territori coinvolti.

Di seguito il dettaglio delle attività previste, della metodologia utilizzata, dei tempi di evoluzione previsti (cronogramma).

1. Attori. Chi costituisce il Gruppo di Lavoro

A partire dai partecipanti al master interessati, si creerà un piccolo gruppo nazionale il cui lavoro dovrebbe collocarsi ad un livello meso tra la SIMM ed i GrIS.

Il gruppo GRAP NAZIONALE (GRAP-N) si occuperà di facilitare le azioni a livello locale, raccogliere i dati locali, analizzarli e riportare i risultati del processo in ottica extra-locale (dal locale al nazionale). Alle persone individuate a partire dai partecipanti alla VI Edizione del Master MEMP potranno unirsi, a livello sia locale che "meso", le persone interessate a condurre la ricerca-azione.

³ Essi sono anche detti "gruppi soggetto", vedi *La socioanalisi narrativa*, R. Curcio, M. Prette, N. Valentino, *Sensibili alle foglie*, 2012; *Angelus Novus*, W. Benjamin, Einaudi, 1962.

⁴ *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Etienne Wenger, R. Cortina Editore, 2006.

⁵ *I Gruppi locali Immigrazione e Salute (GrIS) sono delle unità operative regionali della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)*. <https://www.simmweb.it/8-consensus-e-congressi-simm/830-i-gruppi-immigrazione-e-salute-gris-della-societ%C3%A0-italiana-di-medicina-delle-migrazioni-simm>.

⁶ *La ricerca azione partecipativa. Teoria e pratiche*, P. Orefice, Liguori Editore, 2014.

2. Metodologia. La ricerca-azione partecipata applicata alle realtà territoriali attraverso i Gruppi Locali Immigrazione e Salute (GrIS)

La metodologia utilizzata per la conduzione del progetto pilota sarà quella della ricerca-azione partecipata.

“La ricerca-azione partecipata è impiegata in diverse pratiche sociali finalizzate al cambiamento, soprattutto nell’ambito del lavoro di comunità. Questa ricerca aiuta a costruire la capacità delle persone di essere attori creativi del loro mondo e di partecipare al processo di creazione della conoscenza”⁷ In tale senso essa si muove attraverso almeno due fasi principali: quella della ricerca, ossia dell’analisi e della conoscenza dell’esistente; quella dell’azione, ossia quella della ideazione/ messa in atto di interventi trasformativi in merito all’oggetto della ricerca.

La fase della ricerca avverrà mediante analisi guidate, creazione e conduzione di focus group⁸ inerenti tematiche specifiche, peer education⁹ e metodologie di apprendimento attivo e collettivo, secondo il modello della “comunità di pratica”¹⁰.

3. Attività

Nello specifico, il GRAP effettuerà, quindi, una prima fase analitica (FASE 1) ed una seconda fase di progettazione e messa in atto di interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra (FASE 2).

Entrambe le fasi verranno svolte in 3 territori contemporaneamente (ossia in quelli che verranno individuati come GrIS pilota, vedi di seguito).

Il nucleo centrale da cui muoverà la ricerca sarà quello dei GrIS, ma uno degli obiettivi del lavoro di questa fase sarà quello di individuare realtà affini (mappatura territoriale), non ancora attive all’interno dei GrIS stessi, al fine di facilitarne il partecipazione (apertura alla comunità).

Oltre alla mappatura delle realtà agenti sul territorio, verrà effettuata un’analisi degli ambiti di azione e/o delle tematiche attorno alle quali costruire la ricerca-azione.

Di seguito vengono presentate le azioni, gli obiettivi ed il cronogramma di ciascuna delle due fasi principali del progetto.

FASE 1 – RICERCA

Azioni della fase 1:

- a. Individuare 3 GrIS-pilota a partire dall’assessment dei GrIS condotto dalla coordinatrice del progetto FOOTPRINTS (dr. ssa Marianna Parisotto) e dalla consultazione del Consiglio di Presidenza della SIMM11;
- b. Comunicare la proposta ai 3 GrIS individuati come pilota;
- c. Facilitare l’emersione delle criticità e delle istanze di ciascun GrIS coinvolto nel progetto, nonché analizzare le risorse e l’interesse partecipativo al gruppo di lavoro (focus group GrIS mirato al progetto GRAP; vd. allegato 1);
- d. Facilitare la creazione del gruppo di lavoro mediante:

⁷ <https://www.tesionline.it/appunto/La-ricerca-azione-partecipata-e-il-lavoro-di-comunit%C3%A0/759/5>

⁸ *La tecnica dei focus groups. Principi teorici e suggerimenti operativi.* di A. Migliardi (A cura di), DoRS, 2004, <https://www.dors.it/documentazione/testo/201306/focus%20group.pdf>

⁹ *Educazione tra pari: manuale teorico-pratico di empowered peer education.* di A. Pellai, V. Rinaldin, B. Tamborini, Erickson Editore, 2002.

¹⁰ *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo. Per una formazione situata.* Di L. Fabbri, Carocci Editore, 2007.

¹¹ *I tre GrIS verranno individuati sulla base di: 1) criteri geografici (1 GrIS regione sud, 1 GrIS regione nord e 1 GrIS regione centro Italia); 2) solidità del gruppo; 3) bisogni del territorio (valutati sulla base della localizzazione geografica e della complessità del territorio); 4) capacità di rete territoriale.*

- la calendarizzazione degli incontri operativi e la costruzione di una piattaforma di comunicazione di facile accesso
 - il coinvolgimento nel gruppo di lavoro di soggetti – enti, associazioni, collettivi, singoli individui – già appartenenti alla rete GrIS
 - la partecipazione ad iniziative ed assemblee cittadine, la conoscenza diretta di realtà comunitarie “sensibili” non appartenenti al GrIS e l’analisi delle tematiche e delle istanze emergenti da tali realtà
- e. Definire l’ambito o la tematica oggetto di autoformazione/intervento in comunità ed soggetti coinvolti.

Obiettivi specifici della fase 1:

1. Mappatura delle realtà locali che si occupano di Migrazione e Salute
2. Apertura alla comunità mediante offerta attiva, ossia mediante coinvolgimento attivo delle realtà individuate
3. Definizione partecipata dell’ambito o della tematica che sarà oggetto di intervento e dei soggetti coinvolti

Cronogramma delle attività della fase 1: da dicembre 2018 a maggio 2019

- entro il 31/12/2018, individuazione dei tre Gris pilota (FASE 1.a)
- entro il 06/01/2019, invio proposal ai tre Gris individuati come pilota (FASE 1.b)
- il 26/01/2019 (riunione coordinamento GrIS) presentazione dei tre Gris pilota e dell’avvio del progetto di ricerca-azione;
- entro il 31/01/2019, individuazione dei tre Gris pilota ed invio proposal (FASE 1.a e FASE 1.b). Il 26/01/2019 (riunione coordinamento Gris) presentazione del progetto GRAP e della scelta in itinere dei tre Gris pilota;
- dal 01/02/2019 inizio attività del progetto di ricerca-azione;
- entro il 10/05/2019 (InterRGrIS) completamento della FASE 1 (1.c ,1.d, 1.e).

FASE 2 – AZIONE

Azioni della fase 2:

- a. Supportare l’attività di autoformazione mediante l’utilizzo di metodologie di apprendimento attivo e collettivo, secondo il modello della “comunità di pratica” e/o della peer education
- b. Realizzazione dell’intervento in comunità (“dalla comunità alla comunità”)
- c. Analisi degli esiti debriefing interno al gruppo di lavoro e creazione di un elaborato per la restituzione finale
- d. Restituzione del progetto pilota ad altri GrIS durante INTERGrIS e/o altri incontri SIMM (congresso nazionale, successive edizioni del master MEMP).

Obiettivi specifici:

1. Costruzione di un intervento e/o di una azione inerente gli ambiti tematici individuati nella FASE 1
2. Sviluppo di una metodologia partecipativa propria di ciascuno dei Gris pilota
3. Sensibilizzazione inerente il diritto alla salute e le principali tematiche della medicina delle migrazioni

Cronogramma attività :

- da Maggio 2019 a Gennaio 2020 - autoformazione e intervento in comunità (FASE 2.a e 2.b);
- da Gennaio 2020 a Maggio 2020 - elaborazione della restituzione del progetto pilota GrAP (FASE 2.c)
- Maggio 2020 (congresso SIMM) - presentazione dei risultati (FASE 2.d).

Allegato 1. Focus Group GrIS per GRAP – Bozza domande guida per fase 1

- Quali sono le iniziative con le quali la SIMM “entra in contatto” con la comunità (cittadinanza, rete territoriale di enti/associazioni/movimenti)?
- Sono attività di cui la SIMM si fa promotrice attiva o vi partecipa in termini di partenariato?
- Quali sono le realtà territoriali con cui il GrIS “fa rete” a livello locale?
- Quali sono le aree tematiche di interesse, gli argomenti “urgenti” su cui si vuole sensibilizzare la comunità?
- Perché altri iscritti SIMM non partecipano ai GrIS?
- Perché solo pochi sanitari (specialisti e MMG) conoscono la SIMM e i GrIS?
- Quali contatti/collaborazioni ha o ha avuto la SIMM con altre società scientifiche?

ALLEGATO 4

Progetto Maria Edoarda

Hai sempre guardato lontano, sei sempre stata vicina

Maria Edoarda Trillò era una pediatra, per il GrIS Lazio era la pediatra. Il 23 novembre del 2016 ci ha lasciati inaspettatamente proprio quando, da referente del GrIS Lazio, aveva appena iniziato un nuovo impegno nel Consiglio di Presidenza della SIMM.

Maria Edoarda è stata per molti di noi l'esempio della coerenza istituzionale nel lavoro per una salute senza esclusioni, antesignana di una offerta attiva di cure e di prevenzione non teorica ma cercata e vissuta in prima persona, dell'impegno generoso e fiducioso, del credere nel lavoro di rete spesso sperimentando percorsi inaspettati, per esempio con l'intuizione comune ad un gruppo di amici/colleghi di mettersi a lavorare insieme, con le proprie diversità e contraddizioni, in quello che sarebbe diventato, venticinque anni fa, il GrIS Lazio.

Donna dai molti interessi ed impegni sempre connotati da attenzione umana e sensibilità professionale ai temi della giustizia e della solidarietà, ha innescato, con la sua morte, la voglia di creare tra le persone che l'hanno conosciuta, molte delle quali riunitisi nel gruppo "Amici di Edoarda", qualcosa che la facesse sentire presente e consentisse di seguire a camminare sulla strada che lei aveva tracciato.

Da questi incontri nasce l'idea di dar vita ad un progetto in sintonia con l'impegno e gli interessi di Edoarda, in particolare quelli legati alle problematiche dell'infanzia e dell'immigrazione.

Il progetto messo in campo ha proposto a bambini italiani e stranieri un percorso di scoperta del cielo e dei suoi astri attraverso l'osservazione diretta e la conoscenza dei loro moti apparenti e le loro caratteristiche. La conoscenza del cielo può diventare uno strumento di integrazione tra bimbi di diversa nazionalità e provenienza. Il cielo è stato da sempre patrimonio di tutti; gli antichi uomini lo popolavano di personaggi mitologici fantastici a cui associavano storie e figure secondo le loro culture.

Il cielo non ha confini, così come li intendono gli uomini, per delimitare le nazioni e i continenti; infatti non esiste un cielo per i neri e uno per i bianchi, un cielo occidentale e uno musulmano. Certo non tutti vedono lo stesso cielo, la terra è rotonda e ogni emisfero ha il suo cielo; ma proprio perché la terra è rotonda non c'è sopra e non c'è sotto: ovunque tutti siamo in cima al mondo e ovunque tutti gli altri sono "sotto".

A partire da gennaio del 2018 presso la Biblioteca Cittadini del Mondo (Quartiere Quadraro a Roma), in una stanza ristrutturata e dedicata ad Edoarda, si è avviato un corso di Astronomia indirizzato ad adulti e bambini, italiani e stranieri. Il progetto è stato sostenuto anche dalla SIMM volendo sottolineare l'importanza del "guardare lontano" ma nel contempo di agire nella prossimità come costantemente ci sollecitava Maria Edoarda: un solo esempio in questo senso sono state le campagne per la salute dei bambini rom promosse dal GrIS Lazio e che l'hanno vista sempre protagonista sia nel difficile rapporto con le Istituzioni, sia sul campo a vaccinare i bimbi ed incontrare le loro mamme.

La proposta da parte degli "Amici di Maria Edoarda" di un percorso di convivenza, interscambio e conoscenza reciproca tra italiani e stranieri è la strada scelta non solo per ricordare una persona ma per costruire nella quotidianità e concretezza un "Bene Comune".

ALLEGATO 5

Progetto FOOTPRINTS

Format di documento per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata

A cura del gruppo di lavoro FOOTPRINTS

Per il Ministero della Salute: Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Anna Di Nicola, Maria Pia Mancini, Giuseppe Piccirillo

Per la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: Maurizio Marceca, Manila Bonciani, Maria Laura Russo, Marianna Parisotto, Salvatore Geraci, Giulia De Ponte, Alessia Aprigliano, Rosalia Maria Da Riolo, Bruno Esposito, Jacopo Testa, Alice Natalello, Emma Pizzini, Francesca Cacciato, Micaela Basagni, con la collaborazione di Silvia Declich, Giulia Marchetti, Luisa Mondo, Simona La Placa, Guglielmo Pitzalis, Luciano Gualdieri, Mario Affronti, Chiara Bodini, Alessandro Rinaldi

Per l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane: Andrea Lenzi, Stefania Basili, Fabrizio Consorti, Daniele Gianfrilli, Giada Gonnelli, Giacomo Consorti

Premessa

Il Format nazionale di documento per l'elaborazione di Piani di Coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata qui presentato è uno dei principali prodotti del Progetto FOOTPRINTS "Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica" di cui il Ministero della Salute è capofila, svolto in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCCLMM&C).

Il Progetto FOOTPRINTS, attivo da luglio 2018 a dicembre 2020 e finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020, è nato con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali, per giungere alla definizione di modalità operative uniformi sul territorio nazionale e per supportare il coordinamento regionale/provinciale nell'ambito della tematica "salute e migrazione". Per il raggiungimento di tale obiettivo, sono stati coinvolti 90 professionisti socio-sanitari individuati dalle Regioni/Province autonome, su invito del Ministero della Salute. Tali referenti regionali/provinciali del Progetto FOOTPRINTS hanno partecipato alle attività sviluppate secondo tre assi di lavoro: il percorso formativo di *capacity building* istituzionale; la costruzione di *comunità di pratica* volta al confronto tra referenti territoriali; il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e delle raccomandazioni nazionali, attraverso il rafforzamento dei sistemi di *governance* regionali/provinciali.

Il Format nazionale di documento per il coordinamento regionale/provinciale di seguito presentato, rappresenta pertanto una guida valida a livello nazionale per l'elaborazione di Piani di Coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata. Tale modello di documento rappresenta quindi uno strumento volto a superare l'eterogeneità esistente tra i contesti territoriali e a sostenere il rafforzamento dei sistemi di *governance* regionali/provinciali, a supporto dell'implementazione delle politiche per la salute deimmigranti.

Il Format di documento fornisce indicazioni nazionali e strumenti attraverso cui le Regioni e le Province autonome sono invitate a definire le politiche sanitarie locali e ad articolare l'assistenza socio-sanitaria per la popolazione immigrata. Pur volendo offrire delle linee di indirizzo nazionali, il Format di documento è costruito in modo tale da potersi adattare ai contesti locali e includere le specificità presenti a livello territoriale.

Questo documento è il risultato di un lavoro di confronto ed elaborazione svolto in più fasi: la costruzione del Format di documento è stata avviata a maggio 2019 nel corso dell'incontro nazionale FOOTPRINTS svolto nel contesto del V Workshop InterGrIS della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: all'incontro hanno partecipato i rappresentanti dei gruppi regionali/provinciali FOOTPRINTS e i rappresentanti dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), articolazioni territoriali della SIMM. La struttura del documento, elaborata dai partner di Progetto, è stata in seguito discussa coi referenti regionali/provinciali FOOTPRINTS nel settembre 2019 nel corso delle formazioni residenziali, e successivamente rielaborata e ampliata sulla base delle considerazioni condivise in tale sede. La fase successiva di definizione del Format di documento (da novembre 2019 a maggio 2020) ha potuto contare sulla stretta collaborazione tra i partner di progetto e sul contributo di numerosi soci SIMM, citati nei ringraziamenti riportati in apertura del documento. Successivamente, da maggio a settembre 2020, si è svolta la fase di validazione del Format di documento, attraverso un confronto dedicato con i gruppi regionali/provinciali dei referenti FOOTPRINTS e una consultazione pubblica aperta rivolta a enti e organizzazioni impegnate nell'ambito della salute dei migranti.

Gli elementi evidenziati in questa ultima fase sono stati in parte integrati nel testo del documento, mentre alcune considerazioni emerse sottolineano l'esigenza di sviluppare ulteriori linee d'azione nazionali che possano dare continuità a quanto avviato con il Progetto FOOTPRINTS, rafforzando l'implementazione locale delle politiche per la salute dei migranti, a tutela del diritto alla salute di tutte le persone presenti, a qualunque titolo, sul territorio nazionale.

Introduzione

Finalità

In questo paragrafo, a seguito di una breve introduzione valida per tutti i contesti regionali/provinciali, vengono descritte le finalità del documento: il rafforzamento dei sistemi sanitari regionali e del coordinamento per la salute dei migranti; il superamento delle frammentazioni territoriali e l'omogeneità dell'applicazione della normativa; la costruzione di un approccio di sistema; il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso l'applicazione dei LEA; il contrasto alle disuguaglianze in salute e in assistenza.

Il format rappresenta un framework tecnico-politico condiviso a livello nazionale, nella realizzazione del quale si auspica ci possa essere il sostegno degli attori regionali/provinciali.

Il Ministero della Salute si farà parte attiva, anche con il supporto dei referenti regionali e degli eventuali organismi di governance sulla salute dei migranti presenti a livello regionale, per promuovere il dialogo tra la Commissione salute e la Commissione speciale immigrazione e italiani all'estero della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, per l'implementazione delle indicazioni nazionali e la loro declinazione operativa descritta nei Piani di coordinamento evidenziando, quando appro-

priato, l'interconnessione tra il tema salute e altri ambiti di discussione in materia di migranti, in un'ottica di "salute in tutte le politiche".

La migrazione è un fenomeno strutturale dei nostri tempi, e per questo la tutela della salute della popolazione straniera diventa un atto essenziale e imprescindibile di salute pubblica, che deve essere garantito e deve realizzarsi in tutte le politiche sociosanitarie; questo non solo perché il diritto alla salute è un diritto fondamentale e inalienabile delle persone, ma anche e soprattutto perché tutelare la salute dei migranti significa tutelare quella dell'intera comunità. In un contesto segnato da disuguaglianze sociali e in salute, il modo in cui viene organizzata ed erogata l'offerta sanitaria assume un ruolo centrale, in quanto può essere allo stesso tempo veicolo di meccanismi che amplificano le disuguaglianze, o essere parte di una soluzione, attraverso politiche di contrasto volte all'equità (1). Questo aspetto assume ancor più significato oggi, di fronte alle conseguenze della pandemia da SARS-CoV2: la crisi sanitaria e sociale ha infatti amplificato le vulnerabilità sociali pre-esistenti, definendo profili differenziali di esposizione al rischio, accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura, a scapito delle popolazioni che vivono in condizioni di marginalità. Assume dunque sempre più importanza rafforzare la capacità dei servizi sociali e sanitari di rispondere ai bisogni di salute, tutelando il diritto alla salute e l'equità nell'accesso alle cure per tutta la popolazione (2).

La tutela della salute della popolazione immigrata rappresenta un ambito di lavoro caratterizzato da complessità e dinamicità, e necessita di strumenti multidisciplinari e integrati che si avvalgono degli approcci teorici dei determinanti sociali e della promozione della salute. Queste chiavi di lettura - all'interno della nostra cornice costituzionale - permettono di interpretare la relazione tra salute e migrazione come tutela dei diritti umani, estendendo l'ambito di azione in salute alle dimensioni sociale, economica e politica. Adottando questa prospettiva, la migrazione può rappresentare per il sistema sanitario una sfida aperta e un'opportunità, nella quale è possibile (e quanto mai necessario) costruire nuovi strumenti per comprendere la persona nel suo insieme e all'interno del proprio contesto di vita, capaci di guidare l'analisi dei bisogni di salute, la gestione e l'organizzazione dei servizi (3,4).

L'accesso alle cure per la popolazione immigrata in Italia è tutelato da una delle legislazioni più inclusive nel panorama europeo e mondiale. Nonostante questo, l'interpretazione e l'applicazione della normativa sull'accesso alle cure per le persone straniere sono altamente disomogenee sul territorio, sia a livello nazionale che all'interno delle stesse Regioni/Province autonome (5, 6, 7). Diventa necessario riaffermare i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale (universalità, globalità ed equità), come base per la realizzazione del diritto alla salute, tutelato dall'Art. 32 della Costituzione. Parallelamente, la programmazione sanitaria su tutti i livelli deve essere orientata dai principi organizzativi del SSN, quali la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela della salute attraverso la realizzazione dei Livelli Essenziali di

Assistenza - LEA, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori e l'integrazione sociosanitaria.

Di fronte alla disomogeneità esistente sul piano nazionale e regionale nella realizzazione del diritto alla salute della popolazione immigrata, il Progetto FOOTPRINTS "FORMazione OperaTori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica" di cui il Ministero della Salute è capofila, in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCLMM&C), nasce con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali, per giungere alla definizione di modalità operative uniformi per il coordinamento regionale/provinciale nell'ambito di salute e migrazione. Nel contesto del Progetto FOOTPRINTS tale obiettivo è perseguito attraverso la formazione dei professionisti socio-sanitari, la costruzione di comunità di pratica volta al confronto tra referenti territoriali, il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali e il rafforzamento dei sistemi di governance regionali/provinciali. Secondo l'approccio adottato dal

Progetto FOOTPRINTS, nella realizzazione di tale processo risultano significativi la valorizzazione degli attori presenti nel territorio e il rafforzamento della collaborazione tra le istituzioni locali e le organizzazioni che operano per la salute dei migranti, per esempio i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), articolazioni territoriali della SIMM; questo aspetto è fondamentale al fine di sostenere l'alleanza tra il settore pubblico istituzionale, che deve svolgere il proprio ruolo di *governance* a garanzia dell'universalità del diritto alla salute, e la società civile impegnata per la tutela della salute della popolazione immigrata, che rappresenta una risorsa sul territorio e un osservatorio privilegiato sulla realizzazione del diritto alla salute (8).

Destinatari

In questo paragrafo va indicato a chi è rivolto il documento di coordinamento.

Il Piano di Coordinamento è rivolto a tutti gli attori, istituzionali e non, che si occupano direttamente o indirettamente della salute delle popolazioni migranti, in modo da esplicitare le linee di intervento da mettere in atto nel territorio regionale, gli attori coinvolti e le relative responsabilità, gli obiettivi prefissati e gli strumenti di verifica, nell'ottica dell'armonizzazione delle azioni e dell'*accountability*.

Costruzione del Piano di Coordinamento

Il paragrafo descrive il processo attraverso il quale si è costruito il Piano di Coordinamento: tale documento si basa sul format di documento di coordinamento elaborato nel contesto del Progetto FOOTPRINTS, che rappresenta uno strumento volto alla costruzione di modalità operative uniformi per il coordinamento, a sostegno dell'implementazione delle politiche per la salute dei migranti.

Il paragrafo è inoltre volto a valorizzare il ruolo degli attori regionali coinvolti nella stesura del documento.

Contesto

Descrizione del contesto di riferimento: inquadramento generale e descrizione del fenomeno migratorio nel contesto regionale / provinciale

Il paragrafo offre una descrizione del contesto nazionale e vengono presentati gli aspetti principali di interesse per ciascun contesto regionale / provinciale.

A livello nazionale nel 2018 i cittadini stranieri residenti in Italia ammontavano a circa 5.255.500, con un'incidenza del 8,7% sulla popolazione totale¹(9). A questo numero si aggiungono le presenze irregolari, in aumento a causa del primo "Decreto sicurezza": si stima che queste possano arrivare a circa 670.000 nel 2020. L'immigrazione è un fenomeno che negli ultimi quattro anni ha assunto una certa stabilità, nonostante permanga una narrazione focalizzata sugli ingressi irregolari via mare: ai numeri ormai marginali di questi ultimi, si aggiunge infatti la sostanziale chiusura, da diversi anni, dei canali regolari di ingresso per i non comunitari che intendano venire a lavorare in Italia. Ad oggi circa i due terzi dei soggiornanti non comunitari hanno un permesso di soggiorno di durata illimitata, a dimostrazione del grado di radicamento che segna la popolazione immigrata in Italia: tra i rimanenti, il 46,9% ha un permesso di soggiorno per famiglia, il 29,7% per lavoro, mentre i permessi di soggiorno legati alla protezione internazionale ammontano al 16,9%. In tabella sono riportati i principali dati sulla presenza straniera in Italia nel periodo 2016-2018.

¹ I dati presentati in questa sezione sono tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2019, a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS. I dati andranno aggiornati in base all'anno di elaborazione del Piano di Coordinamento.

Tabella 1. I principali dati sulla presenza straniera in Italia, valori assoluti e percentuali (2016-18)

	2016	2017	2018
Popolazione residente totale	60.589.445	60.483.973	60.359.546
di cui popolazione straniera	5.047.028	5.144.440	5.255.503
Stranieri sul totale (%)	8,3	8,5	8,7
Donne sul totale stranieri (%)	52,4	52,0	51,7
Nati stranieri nell'anno	69.379	67.933	65.444
Minori sul totale dei residenti (%)	20,6	20,2	20,2
Iscritti a scuola	826.091	841.719	n.d.
Acquisizioni di cittadinanza	201.591	146.605	112.523
Presenza regolare complessiva	5.359.000	5.333.000	5.365.000

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione 2019, a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS.

Il contesto regionale/provinciale

Questa sezione può essere introdotta da una parte narrativa che identifichi le tendenze in atto all'interno della Regione/Provincia autonoma in termini di:

- *caratteristiche della presenzastraniera;*
- *economia elavoro;*
- *aspetti di integrazione sociale;*
- *sfi de emergenti.*

La fonte di riferimento può essere il Dossier Statistico Immigrazione a cura del Centro Studi e Ricerche IDOS, che affronta regolarmente questi temi in schede regionali.

Si suggerisce di integrare queste informazioni con la presentazione di dati statistici regionali relativa:

Tabella 2. Inquadramento del fenomeno migratorio nel contesto della Regione/Provincia Autonoma

Regione....(dati al.....)	
Popolazione residente nella Regione; di cui stranieri*	
Incidenza stranieri sul totale residenti (%)*	
Residenti stranieri per provincia: numero; percentuale regionale; percentuale sul totale dei residenti; variazione percentuale rispetto all'anno precedente; percentuale donne; nuovi nati*	
Soggiornanti non comunitari per provincia: numero; percentuale di lungosoggiornanti; principali motivi dei permessi a termine.*	
Residenti stranieri nella Regione: primi 10 paesi di cittadinanza (numero e percentuale).*	
Studenti nell'ultimo anno scolastico: primi 10 paesi di cittadinanza (numero e percentuale)*	
Mercato del lavoro regionale:	
Occupati (Italiani/Stranieri); di cui donne (%)*	
Disoccupati (Italiani/Stranieri); di cui donne (%)*	
Tasso di disoccupazione (Italiani/Stranieri) (%)*	
Sovraistruiti (Italiani/Stranieri) (%)*	
Retribuzione media mensile in euro(Italiani/Stranieri)*	
Settori: Agricoltura; Industria; Costruzioni; Servizi; Lavoro domestico (Italiani/Stranieri) (%)*	
Professioni: Non qualificate; Operai e artigiani; Impiegati; Qualificate (Italiani/Stranieri) (%)*	
Sistema di accoglienza regionale:	
Stranieri presenti negli hotspot della Regione**	
Stranieri presenti nei centri di accoglienza della Regione**	
Stranieri presenti nei centri SIPROIMI della Regione**	
Totale stranieri in accoglienza nella Regione**	
Minori stranieri non accompagnati in accoglienza nella Regione ***	

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione 2019, a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2019 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS.

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero a cura del Dipartimento per e Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno.

*** Dati tratti dal Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Profilo di salute e bisogni di salute della popolazione immigrata

In questo paragrafo viene fornito il livello minimo di indicazioni e di strumenti per la costruzione del profilo di salute (metodologia per la rilevazione dei bisogni di salute, flussi informativi, indicatori), in modo da supportare i contesti regionali in questo ambito, laddove necessario. Possono essere allegati dei documenti di riferimento come esempio.

Il profilo di salute è la descrizione dello stato di salute di una determinata popolazione, definita in una data area geografica in un momento temporale. Poiché la salute è un concetto complesso, multidimensionale e multifattoriale, che si definisce nell'intersecarsi di fattori sociali, politici ed economici, la costruzione del profilo di salute deve avvalersi di un approccio interdisciplinare. La costruzione del profilo di salute ha la finalità di acquisire le informazioni sullo stato di salute della popolazione, di identificare i bisogni di salute, col fine di individuare le criticità e le aree prioritarie di intervento per l'organizzazione dei servizi e la programmazione sanitaria, di fornire informazioni di base per la valutazione successiva delle azioni intraprese.

La costruzione del profilo di salute pone delle questioni concettuali e metodologiche su diversi livelli, quali l'integrazione di strumenti di ricerca quantitativa e qualitativa, l'adozione di un approccio fondato sui determinanti sociali della salute, l'analisi dell'impatto delle barriere di accesso ai servizi sanitari, il ruolo della comunità nella definizione dei bisogni di salute. La conoscenza del contesto di riferimento, inclusa l'articolazione territoriale dei servizi socio-sanitari a cui accede la popolazione immigrata, è di fondamentale importanza e deve guidare la costruzione del profilo di salute, la lettura e l'interpretazione dei dati.

Vengono qui presentati alcuni strumenti articolati su diversi livelli di complessità, attraverso l'utilizzo di indicatori quantitativi di domanda e offerta di assistenza sanitaria, di variabili socio-economiche. Le Regioni/Province autonome sono invitate a elaborare gli indicatori compatibilmente con la disponibilità dei loro flussi informativi correnti e integrando metodologie di ricerca quantitative e qualitative, dando priorità alle esigenze territoriali e adottando un approccio multidisciplinare, multidimensionale e processuale.

Innanzitutto è necessario definire la popolazione immigrata e le variabili che possono essere utilizzate (paese di nascita, cittadinanza, nazionalità, ecc.) consapevoli dei limiti di ciascuna di esse². Per descrivere la complessità del fenomeno, si suggerisce di stratificare la popolazione immigrata con altre variabili quali età, genere, condizioni sociali ed economiche, status giuridico, paese di provenienza, anni dall'arrivo in Italia, etc.

² Ad esempio, il criterio adottato da Istat, principale banca dati a disposizione, è basato sulla cittadinanza: sono definiti "immigrati" i cittadini stranieri che provengono da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), provenienti sia da Paesi dell'Unione Europea (UE) che extra-UE. L'adozione di tale definizione porta con sé diverse criticità: viene in questo modo esclusa la quota di immigrati che acquisiscono la cittadinanza italiana; non è adeguatamente contemplata la permeabilità tra condizione di regolarità e irregolarità giuridica caratteristica dell'attuale fenomeno migratorio; non vi è una distinzione per le categorie specifiche come i migranti forzati, richiedenti protezione internazionale, vittime di tratta e categorie con specifici bisogni di salute.

Dal 2007 diversi progetti nazionali³ hanno sviluppato una metodologia per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata a partire da indicatori basati sui flussi informativi correnti. Grazie alla presenza di variabili relative alla cittadinanza o al paese di nascita nei dati sanitari correnti, questa metodologia ha elaborato indicatori di salute della popolazione immigrata sulla base degli accessi ai servizi sanitari e degli infortuni sul lavoro (10, 11, 12).

In Allegato 1 vengono presentati in modo sommario gli ambiti di indagine documentabili attraverso indicatori sui flussi correnti attualmente in uso nel progetto coordinato da INMP, la cui lista completa e la formula di calcolo sono consultabili nei relativi documenti. Tali indicatori, in particolare se letti in modo integrato, possono fornire importanti informazioni sull'organizzazione e l'accessibilità dei servizi di salute⁴. Va sottolineato che i flussi di dati sanitari correnti sono in grado di documentare i casi in cui la domanda di salute incontra l'offerta dei servizi, mentre non forniscono informazioni sui bisogni di salute che non arrivano o non trovano risposta all'interno dei servizi. A questo proposito, si sottolinea che le banche dati in uso si basano sui cittadini residenti, escludendo così dall'analisi delle fasce di popolazione che potenzialmente vivono in condizioni di vulnerabilità, e che spesso rappresentano un target fondamentale di Sanità pubblica (gruppi 'hard to reach').

L'integrazione di un approccio di determinanti sociali e contrasto alle disuguaglianze può fornire un quadro più articolato, che mette in evidenza non solo l'accesso ai servizi ma la relazione tra indicatori di salute e variabili di condizioni socio-economiche, che indaga l'esposizione differenziale ai fattori di rischio per insorgenza di problemi di salute e gli esiti diseguali di malattie, disabilità e morte in base alla posizione sociale e al contesto socio-economico delle persone⁵ (13, 14). Tuttavia, i dati sulle condizioni socio-economiche sono raramente disponibili nei flussi sanitari correnti⁶. Gli aspetti che non sono sistematicamente rilevati dai flussi correnti possono essere integrati ai dati disponibili con metodologie differenti⁷. Di seguito se ne elencano alcuni esempi:

³ Dal 2007, con il progetto Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia, realizzato nell'ambito del programma CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) si è creato un gruppo di lavoro nazionale coordinato dall'Osservatorio sulle Disuguaglianze in Salute della Regione Marche per definire un set di indicatori comuni a tutte le Regioni/PA che permettessero un confronto su alcuni aspetti della salute della popolazione immigrata (10). In continuità con questo lavoro, nel 2013 è stato pubblicato il documento finale del progetto La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali (11). Nel 2015 è stato istituito, sotto la guida dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), l'Osservatorio epidemiologico nazionale sull'immigrazione e l'impatto della povertà sulla salute, che ha ampliato gli indicatori utilizzati nei precedenti progetti col fine di consolidare il sistema di monitoraggio e proseguire la sperimentazione sulla costruzione del profilo di salute. La rete, tuttora operativa, ha pubblicato nel 2019 i risultati relativi al 2016(12).

⁴ Per esempio, un maggiore accesso in Pronto Soccorso e una maggiore proporzione di ricoveri ripetuti nella popolazione immigrata suggeriscono una inefficace o tardiva risposta dei servizi territoriali ai bisogni di salute: la lettura integrata dei dati può dunque mettere in luce gli ambiti su cui intensificare gli interventi e le politiche pubbliche.

⁵ La posizione sociale (definita in base al grado di controllo che l'individuo esercita sulle risorse) e il contesto sociale, politico ed economico, determinano l'esposizione differenziale ai fattori di rischio, come le condizioni di vita e lavoro, gli stili di vita, l'accessibilità ai servizi. In letteratura, gli indicatori di salute maggiormente correlati alle variabili socio-economiche sono relativi alla mortalità, al Diabete Mellito, all'Ictus, all'Infarto Miocardico Acuto, a tutti i tumori, all'adesione agli screening oncologici, all'accesso al PS e ai ricoveri.

⁶ Attualmente CedAP, SDO e registro delle cause di morte sono gli unici flussi correnti che includono variabili sulle condizioni socio-economiche, con livelli diversi di completezza dell'informazione a seconda di quando le variabili sono state introdotte nei flussi informativi regionali.

⁷ Un esempio di costruzione del profilo di salute secondo l'approccio dei determinanti sociali della salute è rappresentato dal lavoro dell'AUSL della Romagna (2018), consultabile in <https://www.auslromagna.it/organizzazione/dipartimenti/dipsan/prevenzione/salute-romagna/a-profilo-di-salute>

- le indagini campionarie, come le indagini multiscopo Istat "Condizioni di salute e uso dei servizi sanitari" (15), il sistema di sorveglianza PASSI sui Progressi delle Aziende sanitarie per la salute⁸, Okkio alla Salute⁹ offrono uno sguardo sulla salute percepita, sulle condizioni socio-economiche, sulle abitudini e sui fattori di rischio della popolazione, sui sintomi depressivi, sulla adesione ai programmi di prevenzione (screening e vaccinazioni) leggibili anche come indicatori di accesso ai servizi di salute pubblica e di prevenzione più in generale e alla promozione di corretti stili di vita da parte dei medici e degli operatori sanitari, ma non consentono un'osservazione continuativa nel tempo;
- gli studi longitudinali metropolitani, inseriti nel Piano statistico nazionale, permettono di correlare le variabili socio-economiche e sanitarie a livello individuale, e in questo caso, il censimento Istat e le anagrafi sanitarie rappresentano delle buone fonti di dati demografici e di condizione socio-economica (titolo di studio, reddito, occupazione, abitazione, composizione del nucleo familiare);
- in assenza di studi appositamente disegnati e nel caso in cui non siano disponibili dati su base individuale, è possibile ricorrere a indicatori di condizioni socio-economiche relative al contesto, cioè a un aggregato appropriato per il contesto socio-economico che si vuole descrivere, da utilizzare come proxy di variabili individuali (14,16).

Quando i dati non sono inclusi in un'unica fonte informativa, è necessario attingere da più fonti, integrando dati anagrafici e statistici per far dialogare gli esiti in salute con le variabili socio-economiche. Laddove non sia possibile trovare fonti adeguate si può evidenziare la necessità di sviluppare nuovi flussi e indicatori di salute.

Si sottolinea che la costruzione del profilo di salute deve contemplare l'integrazione di metodologie di ricerca quantitativa e ricerca qualitativa, la quale è in grado di dare informazioni soggettive (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell'interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati; è indicato quindi integrare i dati qualitativi con i dati quantitativi, con lo scopo di avere una conoscenza più profonda e trasversale dei contesti di riferimento.

Riferimenti legislativi, linee guida e raccomandazioni nazionali regionali/provinciali

Il paragrafo offre uno sguardo generale sugli elementi fondamentali del quadro normativo per la salute della popolazione immigrata in Italia (Accordo Stato Regioni 281 del 2012, Linee guida e indicazioni nazionali) e in Regione/PA (Leggi regionali/provinciali e riferimenti principali). La descrizione generale sarà accompagnata da un'appendice finale costituita da una scheda di raccolta dei riferimenti normativi regionali/provinciali.

È auspicabile menzionare, nei limiti del possibile, i riferimenti ai piani nazionali e agli atti di programmazione regionale/provinciale già esistenti e che includono azioni (in modo diretto o indiretto) sulla popolazione immigrata, con l'obiettivo di evidenziare le possibili convergenze e la sostenibilità degli interventi del Piano di Coordinamento.

Riferimenti normativi nazionali

Il 20 dicembre 2012, in seno della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA), è stato sancito un Accordo che recepisce il documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane" elaborato da un tavolo tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome (17).

⁸ La sorveglianza Passi: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Riferimento: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

⁹ Okkio alla Salute: Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria. Riferimento: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Tra le indicazioni di maggiori interesse e rilevanza contenute nell'Accordo si evidenziano in particolare:

- l'iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno dei loro genitori;
- l'iscrizione obbligatoria al SSN delle persone in attesa di permesso di soggiorno;
- l'iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- l'iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
- la garanzia agli STP (Stranieri emporaneamente Presenti) delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
- il rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- la definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- l'iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani; l'iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- l'iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio; l'equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI (Europei Non Iscritti).

Rispetto al fenomeno delle migrazioni forzate e con l'obiettivo di adottare pratiche di Sanità pubblica e modalità assistenziali basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità, a partire dal 2017 sono state prodotte le seguenti Linee Guida e indicazioni nazionali:

- le Linee Guida nazionali *"I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza"*, nell'ambito del Programma nazionale 'Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti', sviluppato dall'INMP in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), approvate in Conferenza Stato Regioni del 10 maggio 2018(18);
- le *"Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale"*; tale documento, prodotto dal Ministero della Salute, fornisce raccomandazioni per assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di tali soggetti vulnerabili, ed è stato approvato in Conferenza Stato Regioni e PA il 30 marzo 2017(19);
- il *"Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati"*, prodotto dal Ministero della Salute e approvato dalla Conferenza Stato in data 09.07.2020; il documento individua l'approccio multidisciplinare attraverso il quale, nel rispetto del superiore interesse del minore su richiesta dell'Autorità giudiziaria competente in caso di fondato dubbio, secondo procedura svolta da un'equipe multidisciplinare in tre fasi successive e progressive(20).

Riferimenti normativi regionali/provinciali

Il paragrafo presenta i riferimenti normativi principali di interesse per ciascun contesto regionale/provinciale. Si suggerisce di presentare brevemente i principali documenti legislativi di riferimento sul territorio e di allegare un documento esaustivo che comprenda la lista delle fonti normative (Allegato 2).

Governance regionale/provinciale per la salute dei migranti

Attori competenti in Regione / Provincia autonoma, organi di coordinamento e tavoli di lavoro

Il paragrafo descrive sinteticamente il quadro esistente in Regione/PA degli attori competenti, delle figure di riferimento, dell'articolazione degli organi di coordinamento e dei tavoli di lavoro laddove presenti, con particolare riferimento al coordinamento tra il livello regionale/provinciale e le Aziende Sanitarie. Possono essere descritte in questo paragrafo le collaborazioni interistituzionali e gli organismi / meccanismi di consultazione e di partecipazione comunitaria, laddove presenti.

La declinazione dettagliata dei ruoli dei singoli attori/organi e delle modalità di collaborazione viene descritta nella sezione 5 "Modalità operative: attuazione del Piano di Coordinamento".

Si ritiene utile allegare al paragrafo una scheda sintetica di descrizione del modello di governance regionale/provinciale elaborata nel corso delle attività del Progetto FOOTPRINTS (Allegato 3).

Ambiti di intervento e obiettivi generali

La sezione si costituisce di una parte introduttiva che sottolinea l'obiettivo generale degli assi d'intervento del documento di coordinamento regionale, che è l'omogeneità dell'applicazione delle indicazioni nazionali per garantire il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, il contrasto alle disuguaglianze in salute e assistenza, e il rafforzamento dei sistemi sanitari e del coordinamento per la salute dei migranti.

La descrizione dettagliata degli ambiti di intervento, della relativa popolazione destinataria e degli obiettivi viene presentata in forma sintetica all'interno di tabelle.

La sezione viene personalizzata da ciascuna Regione / PA, ma vengono presentati di seguito alcuni ambiti di intervento di rilievo generale. Gli obiettivi non devono considerarsi esaustivi, ma comunque imprescindibili.

Si ritiene infatti opportuno fornire alle Regioni / PA delle indicazioni nazionali rispetto alle popolazioni destinatarie e agli assi di intervento, che rappresenteranno il livello minimo di realizzazione di interventi per la salute dei migranti secondo gli obiettivi dei LEA e le indicazioni nazionali già esistenti.

Tabella 3. Descrizione delle finalità e degli ambiti di intervento del Piano di Coordinamento

Finalità del Piano di Coordinamento

- Garantire l'omogeneità nell'applicazione delle indicazioni nazionali e regionali sulla salute della popolazione immigrata in tutto il territorio
- Integrare a pieno titolo la popolazione immigrata nel sistema socio-sanitario pubblico
- Migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi preventivi, di diagnosi e cura, riabilitativi per la popolazione immigrata
- Migliorare la fruibilità e la responsabilità dei servizi socio-sanitari attraverso il rafforzamento della competenza culturale nel sistema dei servizi
- Sostenere l'intersectorialità, la collaborazione tra gli attori, rafforzare l'integrazione sociale e sanitaria nei percorsi di prevenzione, presa in carico e riabilitazione
- Adottare un approccio basato sui determinanti sociali della salute, la promozione della salute e dell'equità
- Contrastare le disuguaglianze in salute e in assistenza legate alla cittadinanza, status giuridico, genere, condizioni sociali, economiche, culturali, religiose, orientamento sessuale e politico

Ambito di intervento 1**Diritto alla salute e accessibilità dei servizi sanitari****Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)**

Tutta la popolazione immigrata senza distinzione di condizione giuridica e di grado di integrazione sul territorio (incluse le persone prive di regolare permesso di soggiorno, senza fissa dimora, Europei Non Iscritti) con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vittime di processi di esclusione ediscriminazione.

Obiettivi generali

- 1 Tutelare il diritto alla salute e l'accesso ai servizi socio-sanitari per la popolazione straniera attraverso la corretta applicazione della normativa, prestando particolare attenzione alle criticità del territorio (ad es.: iscrizione al SSR dei minori figli di genitori privi di permesso di soggiorno; rilascio preventivo STP; equiparazione ENI/STP; validità del permesso di soggiorno nelle more del rinnovo; validità dell'effettiva dimora per iscrizione al SSR; accesso ai servizi/ presidi in assenza del requisito delleresidenza)
- 2 Garantire l'accesso ai servizi di medicina di base alle persone non iscrivibili al SSR, rafforzando il ruolo di coordinamento del settore pubblico e la collaborazione con le strutture del privato sociale impegnate nel settore
- 3 Rimuovere le barriere di accesso ai servizi socio-sanitari di tipo: amministrativo, economico, giuridico, culturale e organizzativo, migliorando la comunicazione tra Enti pubblici (e tra questi e le organizzazioni competenti del Privato sociale) per garantire l'ottenimento dei requisiti necessari all'iscrizione al SSR, assicurando l'assegnazione dei codici di esenzione senza discriminazione (anche a persone con codice STP/ENI), adottando modalità organizzative flessibili
- 4 Implementare/ potenziare un sistema di rilevazione dei casi di mancato accesso ai servizi e delle difficoltà esistenti per la popolazione immigrata, con riferimento aziendale e in collegamento con il governo regionale

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa, Cure Primarie, Anagrafi sanitarie, Dipartimento di Prevenzione)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Questure
- Agenzia delle Entrate (Direzioni regionali/uffici territoriali)
- Privato sociale (volontariato e organizzazioni)
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza

Ambito di intervento 2**Fruibilità e responsabilità dei servizi socio-sanitari****Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)**

Tutta la popolazione immigrata senza distinzione di condizione giuridica e di grado di integrazione sul territorio (incluse le persone prive di regolare permesso di soggiorno, senza fissa dimora, Europei Non Iscritti) con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vittime di processi di esclusione ediscriminazione.

<p>Obiettivi generali</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Promuovere l'integrazione degli immigrati nel sistema socio-sanitario pubblico nel pieno rispetto della diversità, della dignità della persona e senza discriminazione
<ol style="list-style-type: none"> 2 Ampliare la capacità del SSR di rilevazione e presa in carico dei bisogni di salute, potenziando l'accesso al servizio di mediazione linguistico-culturale, aumentando le competenze dei professionisti sanitari e sociali, adottando approcci multidisciplinari, promuovendo il lavoro in équipe e rafforzando la competenza culturale dei sistemi di prevenzione e cura 3 Riorientare i servizi di prevenzione e cura nell'ottica della mediazione di sistema, adottando un approccio migrant-friendly basato sulla partecipazione della comunità e integrato nella programmazione dei servizi e nelle politiche pubbliche 4 Rafforzare le conoscenze della popolazione immigrata sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi socio-sanitari, attraverso interventi formativi, informativi, all'interno dei servizi e in contesti di comunità
<p>Principali attori coinvolti</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali) ● ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Dipartimento di Prevenzione) ● Medici di medicina generale ● Pediatri di libera scelta ● Mediatori linguistico-culturali ● Figure professionali di ambito umanistico (sociologia, antropologia) ● Comuni ● Servizi sociali ed educativi ● Comunità territoriali e gruppi di appartenenza ● Università ● Enti di formazione specifica ● Privato sociale (volontariato e organizzazioni)
<p>Ambito di intervento 3 Prevenzione individuale e collettiva, tutela e promozione della salute</p>
<p>Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)</p> <p>Tutta la popolazione immigrata senza distinzione di condizione giuridica e di grado di integrazione sul territorio (incluse le persone prive di regolare permesso di soggiorno, senza fissa dimora, Europei Non Iscritti) con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vittime di processi di esclusione e discriminazione.</p>
<p>Obiettivi generali</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Rafforzare gli interventi pubblici intersettoriali volti al contrasto delle disuguaglianze, all'integrazione della popolazione immigrata e al contrasto delle pratiche discriminatorie 2 Promuovere l'empowerment delle persone attraverso interventi partecipativi in ambito sociale, educativo, lavorativo, sanitario 3 Migliorare i percorsi di tutela, prevenzione individuale e collettiva e presa in carico precoce per i nuovi ingressi attraverso l'applicazione delle Linee guida "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli" 4 Ridurre il carico di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili attraverso interventi intersettoriali sui determinanti della salute, sui fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, sedentarietà, alimentazione), sui fattori di rischio intermedi (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose) 5 Ridurre la diffusione delle malattie infettive attraverso interventi volti a: migliorare le condizioni di vita individuali e della collettività; migliorare l'immunizzazione in particolare dei gruppi a rischio; rafforzare i comportamenti individuali e collettivi volti alla prevenzione della trasmissione 6 Migliorare l'adesione ai programmi di medicina preventiva (vaccinazioni, screening oncologici) facilitando l'accesso e potenziando l'offerta attiva per le popolazioni hard-to reach 7 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamentali attraverso interventi intersettoriali sui determinanti della salute, sulla percezione del rischio, sul processo di empowerment individuale 8 Promuovere la salute nei luoghi di lavoro, prevenire gli infortuni e le malattie professionali attraverso interventi intersettoriali volti alla tutela dei lavoratori e al contrasto dello sfruttamento lavorativo e delle discriminazioni

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali, Politiche per il Lavoro, Scuola ed Educazione)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Poliambulatori specialistici, Dipartimento di Prevenzione, Consultori, Servizi per le Dipendenze-SerD)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Scuola e Università
- Privato sociale (volontariato e organizzazioni)
- Enti di accoglienza
- Inail
- Enti ed organizzazioni lavorative
- Organizzazioni per la tutela dei diritti dei lavoratori

Ambito di intervento 4**Tutela della salute per le persone in condizioni di vulnerabilità****Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)**

Tutte le persone in condizione di vulnerabilità e vittime di processi di esclusione, discriminazione e oppressione (vittime di tortura, vittime di tratta, *sex-workers*, LGBTQ, persone con condizione di sofferenza psicologica e sociale, persone senza fissa dimora, persone con problemi di dipendenza, persone che vivono in condizione di detenzione o privazione della libertà)

Obiettivi generali

- 1 Rafforzare la capacità di riconoscere precocemente le condizioni di vulnerabilità in ambito sanitario e sociale, potenziando la formazione degli operatori e il lavoro in équipe con approccio multidisciplinare
- 2 Potenziare gli interventi volti al riconoscimento, alla presa in carico e alla riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, sulla base delle "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale"
- 3 Ampliare la capacità del sistema dei servizi di tutelare le vittime di tratta attraverso il potenziamento dei servizi e l'implementazione di interventi intersettoriali volti alla prevenzione, al riconoscimento e alla presa in carico delle persone vulnerabili, integrando strategie in ambiti di comunità e percorsi individuali di supporto e protezione in un'ottica di tutela ed empowerment
- 4 Rafforzare i percorsi di riconoscimento e presa in carico delle persone con condizioni di sofferenza psicologica e psichiatrica, promuovendo il lavoro in équipe multidisciplinare con competenza nell'ambito della salute mentale in riferimento al processo migratorio, migliorando l'accesso ai servizi territoriali, rafforzando l'integrazione del settore sanitario con i settori sociale ed educativo per implementare percorsi riabilitativi
- 5 Potenziare i percorsi di tutela della salute delle persone senza fissa dimora attraverso l'implementazione di politiche pubbliche intersettoriali volte al miglioramento delle condizioni di vita e lavoro delle persone in condizioni di marginalità sociale e volte alla loro piena inclusione nei servizi di cura
- 6 Migliorare il riconoscimento e la presa in carico delle persone con problemi di dipendenza, adottando un approccio multidisciplinare e implementando interventi intersettoriali nelle politiche pubbliche e nei contesti di comunità
- 7 Migliorare gli interventi volti alla tutela della salute nei luoghi di detenzione, privazione e riduzione della libertà, garantendo la tutela dei diritti delle persone, la piena accessibilità ai servizi sociali e sanitari, l'emersione dei bisogni di salute e la loro presa in carico

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Poliambulatori specialistici, Dipartimento di Prevenzione, Consultori, Centri di Salute Mentale, Servizi per le persone detenute, Servizi per le Dipendenze- SerD)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Privato sociale (organizzazioni volontariato)
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Enti di accoglienza
- Centri anti-violenza
- Unità anti-tratta
- Sistema penitenziario

**Ambito di intervento 5
Tutela della salute della donna****Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)**

Tutte le donne immigrate senza distinzione di condizione giuridica e del grado di integrazione sul territorio, con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vulnerabilità sociale

Obiettivi generali

- 1 Rafforzare gli interventi educativi, sociali e sanitari volti alla promozione della salute e prevenzione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, attraverso interventi intersettoriali di: sostegno ai percorsi di *empowerment* individuale e di comunità; informazione; rafforzamento dei servizi territoriali deputati; miglioramento della loro accessibilità
- 2 Migliorare l'accessibilità e la fruibilità dell'assistenza sanitaria nel corso della gravidanza, del parto e del post-parto, rafforzando l'offerta dedicata alle donne immigrate con interventi socio-sanitari volti all'equità e alla piena inclusione delle donne più difficili da raggiungere
- 3 Garantire la tutela della maternità consapevole, assicurando la massima fruibilità dei servizi deputati, favorendo la conoscenza e la piena accessibilità dei metodi contraccettivi, garantendo l'accesso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza
- 4 Migliorare l'adesione agli screening oncologici e prevenzione dell'HPV potenziando l'informazione, l'offerta attiva dei servizi e rafforzando le conoscenze sulla prevenzione delle patologie oncologiche
- 5 Rafforzare gli interventi volti al contrasto della violenza sulle donne attraverso l'implementazione di politiche intersettoriali nel segno della tutela dei diritti, dell'equità e dell'inclusione in tutti i livelli di organizzazione sociale (ambito abitativo, famiglia, comunità, scuola, contesto di lavoro, a livello istituzionale); il potenziamento della rete dei servizi deputati al riconoscimento precoce e alla tutela delle persone vittime di violenza; il sostegno a percorsi di *empowerment* individuale e di comunità come strategia di contrasto della disuguaglianza di potere
- 6 Potenziare gli interventi multidisciplinari e intersettoriali volti al riconoscimento e alla presa in carico delle mutilazioni genitali femminili sulla base delle "Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose"¹⁰

¹⁰ Documento a cura di Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec; Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre (2017), disponibile in http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2018/01/linee-guida_it.pdf

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Poliambulatori specialistici, Dipartimento di Prevenzione, Consultori, Centri di Salute Mentale)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Privato sociale (organizzazioni volontariato)
- Enti di accoglienza
- Centri anti-violenza

Ambito di intervento 6**Tutela della salute dei minori****Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)**

Tutti i minori presenti sul territorio senza distinzione di condizione giuridica e del grado di integrazione sul territorio, con particolare attenzione rivolta ai Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e in condizioni di vulnerabilità

Obiettivi generali

- 1 Rafforzare gli interventi volti alla promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita dei bambini favorendo politiche intersettoriali volte a contrastare le disuguaglianze in salute e in assistenza
- 2 Rafforzare la tutela dei MSNA attraverso l'implementazione di politiche intersettoriali volte alla tutela dei diritti, dell'equità e dell'inclusione in tutti i livelli di organizzazione sociale (comunità, ambito abitativo, scuola, contesto di lavoro, a livello istituzionale)
- 3 Implementare le procedure per l'accertamento dell'età dei MSNA applicando le indicazioni del Protocollo nazionale
- 4 Promuovere la salute e il benessere sociale, psicologico e relazionale nei bambini, adolescenti e giovani potenziando interventi intersettoriali nei contesti di famiglia, di comunità, in ambito scolastico, in ambito lavorativo, sostenendone l'inserimento nel rispetto della tutela del minore
- 5 Tutelare i minori con disabilità fisica e psichica, ritardi cognitivi, disturbi dell'apprendimento o dello spettro autistico contrastando possibili disuguaglianze

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Sanità Pubblica, Consultori, SerD, Servizi di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione nell'Età Evolutiva-TSMREE)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Scuole ed enti di formazione
- Privato sociale (organizzazioni volontariato)
- Enti di accoglienza

Modalità operative: attuazione del piano dicoordinamento

Il paragrafo descrive in forma sintetica, per ogni ambito d'intervento: gli obiettivi specifici, le attività principali da attuare e le modalità operative per la sua realizzazione, specificando gli attori competenti coinvolti, le collaborazioni e gli organi di coordinamento (tavoli di lavoro) previsti, il metodo di lavoro, gli indicatori di processo e di esito e, laddove ritenuto indicato, la temporalità delle azioni da porre in essere.

Tabella 4. Descrizione delle modalità operative di realizzazione per l'Ambito di intervento 1

Ambito d'intervento 1						
Obiettivi specifici	Azioni/Attività principali	Attori competenti, collaborazioni e organi di coordinamento*	Metodo di lavoro*	Indicatori di processo e di esito*	Data inizio**	Data fine**
Obiettivo specifico 1	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 2	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 3	Azione/i n.					

* Le colonne possono essere unificate per ogni obiettivo specifico/azione, se attori, metodo di lavoro e indicatori di processo e di esito sono gli stessi per le diverse azioni all'interno dello stesso ambito d'intervento.

** Laddove si ritiene opportuno, possono essere indicate le date di inizio e di fine delle specifiche azioni previste.

Può essere inserita, per ogni ambito d'intervento, una nota che metta in evidenza eventuali criticità e rischi per la realizzazione dell'intervento stesso, e laddove possibile, le azioni di mitigazione dei rischi.

Tabella 5. Descrizione delle modalità operative di realizzazione per l'Ambito di intervento 2

Ambito d'intervento 2						
Obiettivi specifici	Azioni/Attività principali	Attori competenti, collaborazioni e organi di coordinamento*	Metodo di lavoro*	Indicatori di processo e di esito*	Data inizio**	Data fine**
Obiettivo specifico 1	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 2	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 3	Azione/i n.					

Tabella 6. Descrizione delle modalità operative di realizzazione per l'Ambito di intervento 3

Ambito d'intervento 3						
Obiettivi specifici	Azioni/Attività principali	Attori competenti, collaborazioni e organi di coordinamento*	Metodo di lavoro*	Indicatori di processo e di esito*	Data inizio**	Data fine**
Obiettivo specifico 1	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 2	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 3	Azione/i n.					

Strumenti per l'implementazione del piano di coordinamento

Monitoraggio e valutazione dell'attuazione del Piano di Coordinamento

Il paragrafo intende evidenziare l'importanza delle azioni di raccolta di dati, monitoraggio e valutazione per sostenere l'implementazione del Piano di Coordinamento. Nei precedenti paragrafi vengono indicati gli indicatori di processo e di esito relativi alle singole azioni riportate nel Piano ed utili alla verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati, mentre in questo vengono illustrati i metodi e gli strumenti utilizzati complessivamente per ottenere e/o calcolare gli indicatori identificati.

È auspicabile che sia descritto l'intero sistema di monitoraggio e di valutazione delle azioni del Piano di Coordinamento (oppure laddove non presente venga indicato il processo per la costruzione e formalizzazione di tale sistema). Il sistema potrebbe includere l'istituzione di un Osservatorio a livello regionale che agisca in raccordo con il livello aziendale. In particolare, dovrebbero essere identificate e assegnate responsabilità specifiche per il calcolo e verifica degli indicatori, con un chiaro coordinamento svolto dai soggetti con competenza adeguata presenti sul proprio territorio. Si suggerisce di garantire un'ampia partecipazione nella fase di definizione e costruzione degli indicatori, in maniera da aumentare la motivazione e quindi la successiva collaborazione nel loro utilizzo da parte di tutti gli attori coinvolti nelle azioni del Piano di Coordinamento.

In questo paragrafo dovrebbero essere riportate le fonti disponibili dei dati, non solo nell'ambito socio-sanitario, da cui calcolare/trarre gli indicatori, ricordando quelle utilizzate per costruzione del profilo di salute ed altre specifiche per il monitoraggio del processo di implementazione delle azioni del Piano. Si suggerisce di valorizzare l'utilizzo di "antenne" locali, che possono essere riconosciute negli URP delle Aziende e/o degli Enti locali, così come nei Gruppi Regionali Immigrazione e Salute (GrIS) della SIMM eventualmente presenti a livello locale. Laddove dei dati chiave per il monitoraggio e la valutazione non fossero disponibili nelle fonti informative a disposizione, è ipotizzabile la predisposizione di schede/strumenti per la raccolta ad hoc dei dati di interesse.

Il paragrafo vuole infine richiamare la necessità di rafforzare la raccolta di dati, di garantire la condivisione e divulgazione dei risultati del monitoraggio e della valutazione del Piano di Coordinamento. In particolare vengono identificati i meccanismi e gli strumenti per far conoscere quanto emerge dal monitoraggio ai vari livelli decisionali, ai professionisti del settore e alla popolazione. Risulta di estrema importanza che l'analisi dei risultati emersi sia inserita nei processi di programmazione socio-sanitaria, portando eventualmente a una rimodulazione delle linee di intervento.

Formazione dei professionisti nel sistema dei servizi

Il paragrafo sottolinea l'importanza della formazione dei professionisti come strategia di implementazione delle indicazioni nazionali sulla salute dei migranti e come strumento a sostegno dell'attuazione del Piano di Coordinamento.

Il fenomeno delle migrazioni modifica da tempo il contesto nel quale operano i professionisti sanitari e pone la necessità di dotarsi di strumenti e approcci capaci di leggere e farsi carico di bisogni di salute complessi. È ampiamente condiviso il fatto che la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari rappresentano un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni immigrate; la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nell'invitare i Paesi membri a perseguire politiche di miglioramento dello stato di salute della popolazione migrante, da anni richiama gli Stati Membri a impegnarsi per migliorare la qualità della formazione degli operatori sanitari (21, 22).

Un elemento fondamentale della formazione dei professionisti in questo ambito è la valorizzazione delle esperienze e delle pratiche lavorative dei soggetti coinvolti: queste devono infatti assumere un ruolo centrale nel processo di apprendimento, in modo che le proposte formative siano maggiormente aderenti ai contesti a cui sono rivolte. È evidente, infatti, che le attività formative che pongono il partecipante in un ruolo passivo e che non riflettono sulle pratiche e le esperienze dei discenti, hanno scarsa efficacia nel modificare le azioni e le pratiche poiché "il sapere" necessario al sostegno delle competenze dei professionisti si genera e non si trasmette. I bisogni, le esperienze e le motivazioni dei destinatari della formazione sono l'asse centrale su cui - in questi termini - è necessario impostare lo sviluppo del processo formativo, ponendo attenzione a mantenere l'equilibrio e l'allineamento tra le diverse sue componenti: obiettivi, metodi didattici, valutazione(23).

Accanto a questo, è importante sottolineare l'importanza di adoperare una strategia formativa multilivello, che coinvolga le figure istituzionali con diversi ruoli e funzioni nel processo di definizione degli obiettivi e nello svolgimento delle attività formative. Questo aspetto è fondamentale per giungere all'assunzione di un impegno concreto da parte di tutte le componenti coinvolte, rafforzando la collaborazione e la cooperazione tra tutti gli attori coinvolti, al fine di realizzare gli obiettivi strategici definiti nell'ambito dei piani formativi.

A seguito della breve introduzione, il paragrafo può descrivere eventuali percorsi formativi previsti a supporto dell'attuazione del Piano, anche con riferimento al "Modello di Formazione" elaborato dal progetto Footprints e al possibile coinvolgimento di diversi attori istituzionali. Infine, laddove sia possibile, va specificata la modalità di inserimento degli stessi nei Piani formativi regionali/provinciali aziendali.

Comunicazione e diffusione del Piano di Coordinamento nella rete dei servizi territoriali

Il paragrafo descrive le modalità di diffusione del Piano di Coordinamento, al fine di dettagliare la modalità di raccordo tra il livello centrale (regionale / provinciale) e il livello territoriale (Aziende Sanitarie Locali, Enti locali), le forme di disseminazione delle indicazioni ai professionisti sanitari e sociali (la traduzione del Piano in documenti operativi da attuare nei servizi) e i tavoli di coordinamento e collaborazione tra gli enti pubblici.

Evidenzia dunque, in sintesi:

- *Le modalità di trasmissione del Piano di Coordinamento alle Aziende Sanitarie Locali*
- *Gli strumenti per la comunicazione e il coordinamento tra gli enti pubblici a livello territoriale (ASL, Comuni, Questure, Prefetture)*
- *Le strategie per la disseminazione delle informazioni/indicazioni ai professionisti sociali e sanitari (dipendenti ASL, dipendenti degli enti pubblici, liberi professionisti)*

Coinvolgimento della comunità, partecipazione e comunicazione in salute

Il paragrafo ha l'obiettivo di mettere in evidenza l'importanza del coinvolgimento della comunità e di identificare le modalità operative appropriate al fine di attuare il Piano di Coordinamento, attraverso la descrizione delle strategie per la comunicazione, l'informazione e il coinvolgimento del Terzo settore e delle comunità immigrate.

È ampiamente riconosciuto come i soggetti non istituzionali, gli attori del territorio, le comunità e i gruppi di appartenenza possano avere un ruolo fondamentale nella realizzazione di interventi di promozione della salute, attraverso percorsi di consultazione, coinvolgimento e partecipazione nei processi politici pubblici.¹¹

È necessario sottolineare la distinzione tra queste forme di relazione tra le Istituzioni e la comunità: a differenza del coinvolgimento e della consultazione della comunità - forme pubbliche più frequentemente utilizzate nella programmazione socio-sanitaria - la partecipazione comunitaria (definita come strategia per la salute e l'equità dalla Dichiarazione di Alma Ata e dalla Carta di Ottawa) presuppone che i soggetti definiscano direttamente i propri bisogni e le strategie per l'identificazione delle risposte in tutte le fasi della progettazione delle politiche e degli interventi sociali. Questo approccio consente di perseguire gli obiettivi in modo concertato, allocare le risorse con efficienza ed efficacia, riorientare i servizi, avviare processi democratici, offrire nuove opportunità per l'innovazione della pianificazione e sviluppo (24, 25, 26).

Il paragrafo è volto alla descrizione degli organismi/meccanismi di consultazione, coinvolgimento, partecipazione comunitaria esistenti, suscitando auspicabilmente il loro avvio laddove non ancora attivi e suggerendo il coinvolgimento del Terzo settore (come dei GrIS, laddove presenti) e dei destinatari degli interventi (ad esempio rappresentanti delle comunità), secondo il principio di sussidiarietà orizzontale. È auspicabile inoltre che tali organi coinvolgano, in base all'ambito tematico, i profili tecnici interessati al fine di far dialogare i bisogni della comunità con le competenze tecniche e con il piano decisionale politico.

Il paragrafo ha il compito di esplicitare:

- il ruolo degli organismi di consultazione e partecipazione comunitaria nella diffusione e implementazione del Piano di Coordinamento;*
- le strategie per l'informazione e il coinvolgimento del terzo settore;*
- le strategie per la comunicazione, il coinvolgimento e l'empowerment della popolazione immigrata.*

¹¹ La progettazione partecipata è sostenuta dall'International Union for Health Promotion and Education (IUPHE), si è consolidata in Italia a seguito della L.285/97 e della L. 328/00 e, insieme all'empowerment, è indicata come una strategia cruciale per intraprendere azioni sostenibili volte a ridurre le disuguaglianze, dal documento di Policy Health 2020 (della regione europea dell'OMS) e dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) italiano per il periodo 2014-2018.

Riferimenti bibliografici

- World Health Organization. Regional Office for Europe (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH. World Health Organization, Copenhagen. Disponibile in <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020). Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (Covid-19) in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the United Kingdom. Disponibile in <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/Covid-19-guidance-prevention-control-migrant-refugee-centres>
- International Organization for Migration (2006). Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants, Background paper, Geneva.
- World Health Organization (2016). Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. World Health Organization, Geneva. Disponibile in https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B. (2010). La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali. Roma, Inprintingsrl.
- Geraci S. (2017). Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di *advocacy*. In: Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 61, n.3, luglio-settembre 2017. Cultura e Salute EditorePerugia.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), (2019). Report sull'analisi territoriale delle criticità e delle risorse. Documento realizzato nel contesto del Progetto FOOTPRINTS del Ministero della Salute. Disponibile in https://progettofootprints.it/pdf/documenti-nazionali/FOOTPRINTS_Report%20WP2_Task%201_stampa.pdf
- Geraci S., Gnolfo F. (2012). In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza. Ed.Pendragon
- Centro Studi e Ricerche IDOS, Confronti (2019). Dossier Statistico Immigrazione 2019. IDOS Centro Studi e Ricerche
- Progetto Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della Salute/CCM – Regione Marche (2009). La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Disponibile in http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf
- Progetto Nazionale - Accordo Ministero della Salute – Agenas (2013). La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali. Disponibile in https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/LEA/La%20Salute%20pop%20immigrata/0_La_salute_della_popolazione_immigrata_il_monitoraggio_da_parte_dei_Sistemi_Sanitari_Regionali.pdf
- Di Napoli A., Rossi A., Gaudio R., Petrelli A. (2019). Quaderni di epidemiologia. Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP). Disponibile in https://www.inmp.it/quaderni/Numero2_Indicatori.pdf
- Marmot M. (2016). La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto. Il Pensiero Scientifico Editore
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M. (a cura di) (2014). L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Franco Angeli Editore, Milano.
- Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L. (A cura di) (2017). Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat. In: Epidemio IPrev 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 1-68. Disponibile in http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1_INMP_2017.pdf
- Pacelli B., Caranci N., Di Girolamo C. (2018). Analisi delle condizioni socio-economiche e salute in Emilia-Romagna attraverso l'uso integrato di dati. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. Disponibile in https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/rapporti-documenti/report_disuguaglianze_2018
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Accordo del 20 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corret-

- ta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome». Disponibile in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/02/07/13A00918/sg>
- Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), (2017). Linea guida I controlli alla frontiera – La frontiera dei controlli. Disponibile in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2017). Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Disponibile in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Accordo del 9 luglio 2020 ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett c.) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati".
- Chiarenza, A., Horvat, L., Lanting, K., Ciannameo, A., & Suurmond, J. (2019). Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in Europe: A review of training programmes. *Health Education Journal*, 78 (1), 9–23
- World Health Organization (2008). Health of Migrants, in World Health Assembly Resolution, Doc. WHA61.17. Disponibile in https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf
- Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate (2011). Documento finale progetto CCM "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni" (0013205-P-16/04/2008). Disponibile in https://progettofootprints.it/pluginfile.php/960/mod_resource/content/1/Indicazioni_metodologiche_Formazione_degli_operatori_sociosanitari_2011.pdf
- Labonté R, Laverack G (2008). *Health Promotion in Action. From Local to Global Empowerment*. Palgrave Macmillan
- WHO Europe (2002). *Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Disponibile in <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107341/E78652.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Labonté R, Laverack G (2001). Capacity building in health promotion: For whom? and for what purpose? *Critical Public Health*, 11:2,111-27

Allegato 1 – Indicatori sui flussi correnti per l'elaborazione del profilo di salute

L'allegato fa riferimento agli indicatori elaborati sui flussi correnti attualmente in uso dall'Osservatorio epidemiologico nazionale sull'immigrazione e l'impatto della povertà sulla salute, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Vengono qui presentati in modo sommario gli ambiti di indagine documentabili attraverso gli indicatori quantitativi elaborati sui flussi correnti, la cui lista completa e la formula di calcolo sono consultabili nei relativi documenti:

- Indicatori di popolazione (1 - 4): descrivono del quadro demografico della popolazione immigrata residente (Fonte: Istat) e dei lavoratori assicurati INAIL (Fonte: INAIL).
- Indicatori sul ricovero ospedaliero (5 - 11): forniscono informazioni sulla domanda di salute e il ricorso ai servizi sanitari, attraverso l'analisi dei dati sui ricoveri ospedalieri totali, ordinari, in regime di Day Hospital (Fonti: SDO, Istat, Anagrafi residenti).
- Indicatori di salute materno-infantile (12-26): permettono l'analisi delle informazioni relative ai ricoveri totali delle donne, ai ricoveri ostetrici, i parti totali e dei parti cesarei (Fonte: SDO), l'assistenza sanitaria in gravidanza elaborata su indicatori socio-demografici (Fonte: CeDaP), ai ricoveri per IVG, la loro proporzione sulle gravidanze e la distribuzione e la caratterizzazione delle IVG sulla base di indicatori socio-demografici e di assistenza (Fonti: SDO, Istat), agli aborti spontanei (Fonte: SDO), alla mortalità e le condizioni neonatali (Fonte: CeDaP), ai ricoveri nel primo anno di vita con relativa distribuzione per causa e cittadinanza (Fonte: SDO).
- Indicatori sugli infortuni sul lavoro (27 - 29, Fonte: INAIL).
- Indicatori relativi alle malattie infettive (30 - 34): descrivono la distribuzione e l'incidenza di AIDS, TBC e infezione da HIV (Fonte: notifiche di malattie infettive).
- Indicatori di mortalità (35 - 38): permettono di descrivere il fenomeno della mortalità e i decessi in relazione alle cause e ad aspetti socio-demografici (Fonte: Istat, indagini per cause di morte).
- Indicatori di assistenza ospedaliera (39-40): vengono analizzati i tagli cesarei in parti a basso rischio e la proporzione di parti cesarei primari (Fonte: CeDaP).
- Indicatori di assistenza territoriale (41- 43): permettono di descrivere indirettamente il funzionamento, l'accesso e l'efficacia dell'assistenza territoriale mediante l'analisi del tasso di ospedalizzazioni evitabili e i ricoveri ripetuti (Fonte: SDO).
- Indicatori di accesso in Pronto Soccorso (46-48): vengono in questa sezione analizzati i codici triage assegnati all'accesso in PS, in numeri, la proporzione e i tassi relativi agli accessi in PS (Fonte: EMUR/PS).
- Indicatori di accesso ai programmi di medicina preventiva (49 - 53): rilevano l'adesione alle vaccinazioni per MPR, anti-HPV e agli screening oncologici di mammella, cervice uterina e colon-retto.

Allegato 2 – Riferimenti normativi regionali / provinciali

Allegato 3 – Scheda sintetica sui sistemi di *governance* regionali e provinciali

Nel corso delle attività del Progetto FOOTPRINTS sono emerse le considerazioni e le indicazioni operative utili al rafforzamento dei sistemi di *governance*, di seguito riportate in sintesi.

Tavolo di lavoro istituzionale regionale/provinciale

È di fondamentale importanza l'istituzione (e il rafforzamento, laddove presente) di un tavolo di lavoro istituzionale regionale/provinciale per la programmazione e il coordinamento degli interventi: questo organo dovrebbe poter assicurare un rapporto stabile e continuativo tra la Direzione regionale/provinciale, le Aziende locali, i rappresentanti dei diversi settori (sociale e sanitario) e le realtà territoriali impegnate nell'ambito della salute dei migranti.

È raccomandata la presenza di una figura di riferimento del tavolo istituzionale (referente della Regione/Provincia autonoma) che coordini le azioni, auspicabilmente un Dirigente della Direzione regionale/provinciale del settore dell'Assistenza Territoriale o della Salute Pubblica, con il mandato di promuovere e coordinare le politiche e gli interventi sulla salute dei migranti, coinvolgendo attivamente i rappresentanti degli altri settori, a partire da quello sociale.

Tale figura di riferimento auspicabilmente deve poter contare su una base operativa con forti competenze tecniche, costituita da un gruppo di professionisti sociali e sanitari della Direzione regionale/provinciale e delle Aziende locali, che abbia la competenza di formulare analisi e proposte operative per le politiche pubbliche.

Gruppi di lavoro all'interno delle Aziende Sanitarie Locali

All'interno delle Aziende Sanitarie Locali, la definizione del team di professionisti che hanno la competenza e il mandato operativo nell'ambito della salute della popolazione immigrata assume un ruolo fondamentale. Per tale ragione è indicata la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare interno alle singole Aziende Sanitarie Locali, costituito da professionisti dell'ambito delle cure primarie, della sanità pubblica e della prevenzione, della salute mentale, dell'area sociale, dell'area amministrativa, dei servizi di mediazione interculturale. Il gruppo di lavoro deve poter rappresentare i principali ambiti di analisi dei bisogni di salute e di definizione degli interventi per la salute dei migranti nel territorio di competenza.

È altresì indicata l'identificazione di una figura di coordinamento del gruppo di lavoro, possibilmente all'interno dello staff del Direttore Sanitario, la cui missione include: la partecipazione alla definizione delle strategie, degli orientamenti generali, della pianificazione strategica dei servizi dell'Azienda; il coordinamento e l'integrazione funzionale tra i presidi sanitari; la definizione di soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione tra gli obiettivi aziendali. Tale figura di coordinamento dovrebbe fungere da collegamento con il Tavolo di lavoro regionale/provinciale per la propria Azienda Sanitaria Locale.

ALLEGATO 6

Lettera aperta ANCI per iscrizione all'anagrafe

Iscrizione all'anagrafe e diritto all'assistenza sanitaria

Roma, 03 gennaio 2019

*Lettera aperta
Al Presidente ANCI, Sindaco di Bari, Antonio Decaro*

*E.p.c. al
Sindaco di Palermo, Leoluca Orlando*

Illustrissimo Sindaco,

abbiamo colto dalla stampa nazionale la posizione espressa dal Sindaco di Palermo, Leoluca Orlando, condivisa da altri Sindaci italiani, circa la concessione della residenza a persone richiedenti protezione internazionale, e ne riconosciamo l'opportunità, considerato il rischio che questo specifico punto del cosiddetto Decreto sicurezza costituisce per la tutela del diritto alla salute delle persone migranti in Italia.

In passato abbiamo trovato nell'ANCI un interlocutore attento e sensibile ai temi della salute dei cittadini di origine straniera, in particolare grazie ai contatti tra le sedi regionali dell'ANCI e i Gruppi Immigrazione e Salute, unità regionali della SIMM – si veda il riscontro alla lettera aperta "Basta lacrime" inoltrata nel 2015 al Presidente di ANCI Liguria all'indomani dell'ennesima strage in mare di migranti nell'aprile 2015 (poi ripresa dalla SIMM e adottata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri – FNOMCeO).

Confidiamo che in questa congiuntura l'ANCI voglia esprimere il proprio supporto al Sindaco di Palermo e ribadire l'assoluta necessità di garantire l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di tutti i cittadini stranieri in condizione di regolarità, quali i richiedenti protezione internazionale e i rifugiati, favorendone l'iscrizione all'anagrafe dei residenti.

La mancata concessione della residenza, infatti, come già sottolineato dalla SIMM – vedi il comunicato "Il decreto immigrazione e le implicazioni per la salute" [<https://simmweb.it/937-comunicato-stampa-il-decreto-immigrazione-e-le-implicazioni-per-la-salute>] costituisce un vulnus rilevante al diritto alla salute e all'assistenza sanitaria, pur garantita dalla legge alle persone migranti.

In assenza di una residenza riconosciuta, infatti, potrebbe essere impedita l'iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale che, pur avendone diritto in quanto l'iscrizione obbligatoria si fonda sulla titolarità del permesso di soggiorno, si vedrebbero di fatto negata l'iscrizione all'anagrafe sanitaria e la piena fruibilità del diritto alle cure. Criticità, questa, che abbiamo fatto presente anche al Ministero della Salute, chiedendo di precisare la non ostatività della mancata residenza per l'iscrizione al SSN.

Pur consapevoli delle difficoltà concrete che si manifestano sui territori a tale riguardo, confidiamo che l'ANCI voglia esprimersi a favore del riconoscimento della residenza ai richiedenti protezione e alla loro iscrizione tempestiva al SSN, secondo quanto stabilito dal TU sull'immigrazione tuttora in vigore (D.Lgs. 286/98), la cui lettera deriva direttamente dall'art. 32 della Costituzione della Repubblica.

Cogliamo l'occasione per esprimere inoltre il nostro sostegno alle ulteriori iniziative che l'ANCI vorrà intraprendere per limitare l'impatto negativo sulla salute e sull'accesso agli altri servizi che promuovono l'inclusione delle persone straniere derivanti dall'applicazione del cosiddetto Decreto sicurezza, già denunciato dalla SIMM nel comunicato precedentemente citato.

Rimaniamo a disposizione per ogni ragguaglio e per ulteriori approfondimenti sulle norme vigenti.

Cogliamo l'occasione per i più cordiali saluti

Il Presidente SIMM

Maurizio Marceca



ALLEGATO 7

Carta d'Intenti

Tavolo Immigrazione e Salute

marzo 2019

1. Principi fondamentali e obiettivi

1. Il Tavolo Immigrazione e Salute (di seguito T.I.S.) è una rete di organizzazioni della società civile impegnate in Italia nella promozione del diritto alla tutela della salute, con particolare riferimento alle persone migranti presenti a qualunque titolo sul territorio nazionale.
- 1.2 Il T.I.S. si costituisce nel Marzo 2019 a partire dall'esperienza e dalla condivisione di intenti delle associazioni¹ che hanno dato vita al Tavolo.
- 1.3 Il T.I.S. si pone quale luogo di coordinamento e di confronto tra le organizzazioni aderenti con gli obiettivi e le modalità operative di cui ai punti 1.4 e 1.5.
- 1.4 Il T.I.S. opera al fine di:
 - a. rappresentare un forum per la promozione del diritto alla tutela della salute, attraverso servizi equi e senza discriminazioni;
 - b. promuovere adeguate misure che garantiscano la tutela del diritto all'assistenza sanitaria;
 - c. promuovere l'accesso a percorsi assistenziali efficaci e sensibili, sulla base di principi di etica e di imparzialità, per una reale e consapevole promozione della salute senza esclusioni;
 - d. promuovere il rafforzamento del livello di effettiva tutela sanitaria su scala nazionale;
 - e. favorire l'adozione di politiche nazionali e locali che rappresentino soluzioni efficaci e durevoli alle problematiche legate alla salute e all'accesso ai servizi sanitari;
 - f. monitorare l'impatto delle evoluzioni legislative in materia di tutela della salute e diritto di accesso ai servizi sanitari, allo scopo di promuovere la piena attuazione delle norme costituzionali, di diritto interno, europeo ed internazionale a questo riguardo.
- 1.5 In particolare, il T.I.S. si prefigge di:
 - 1) effettuare attività mirate di monitoraggio sull'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari territoriali pubblici;
 - 2) realizzare campagne e iniziative comuni di sensibilizzazione sul tema della salute e dell'accesso ai servizi sanitari;
 - 3) realizzare analisi dati funzionali all'espletamento del mandato;
 - 4) definire e condurre azioni congiunte di *advocacy* per promuovere un'evoluzione del diritto nazionale e locale che rafforzi il livello di effettiva tutela sanitaria;
 - 5) promuovere iniziative di formazione/aggiornamento del personale e, più in generale, degli operatori sociosanitari a diverso titolo interessati;
 - 6) tenere contatti a nome dei suoi componenti, ed in accordo con essi, con le autorità locali, nazionali, europee ed internazionali a fini di sensibilizzazione e di *advocacy*.

¹ Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI), Associazione Centro Astalli, Caritas Italiana, Emergency, INTERSOS, Medici contro la tortura (MCT), Médecins du monde (MdM), Medici per i diritti umani (MEDU), Medici senza frontiere (MSF), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

2. Composizione del Tavolo

2.1 Il Tavolo Immigrazione e Salute è composto da associazioni ed organizzazioni della società civile e scientifica aventi rilevanza nazionale, con competenze ed esperienze specifiche in materia di salute dei migranti maturate in attività pluriennali.

2.2 Possono essere ammessi alle attività del T.I.S. anche associazioni, organizzazioni, enti e coordinamenti di rilevanza nazionale, europea e internazionale come componenti esterni permanenti che partecipano a tutte le sue attività senza diritto di voto.²

2.3 Per tematiche specifiche possono essere ammesse alle attività del T.I.S. anche associazioni, organizzazioni, enti e coordinamenti non componenti del Tavolo ma interessati/coINVOLTI nella tematica specifica affrontata, in qualità di osservatori esterni senza diritto di voto. Gli osservatori esterni partecipano alle riunioni del T.I.S. per le sole discussioni attinenti alle tematiche specifiche oggetto della loro partecipazione.

3. Coordinamento

3.1 Il Tavolo si avvale dell'attività di coordinamento svolta da una delle organizzazioni che lo compongono;

3.2 L'organizzazione che assume il coordinamento viene deliberata dalla riunione plenaria del Tavolo, a maggioranza dei due terzi; il mandato viene assunto immediatamente dopo la nomina, ha durata annuale ed è rinnovabile per un massimo di due mandati;

3.3 l'organizzazione cui si demanda il coordinamento assicura le seguenti funzioni:

a. segreteria generale, anche nei rapporti con gli enti e le organizzazioni esterne e gli enti istituzionali;

b. convocazione e coordinamento delle riunioni del Tavolo;

3.4 l'eventuale richiesta di dimissioni anticipate deve essere formalizzata per iscritto, ovvero comunicata alla mailing list del T.I.S., e discussa alla prima riunione utile del T.I.S. con il fine di nominare una nuova associazione coordinatrice delle attività;

3.5 la richiesta di dimissioni dell'organizzazione-coordinatrice del T.I.S. può essere richiesta da una o più associazioni facenti parte del Tavolo stesso, nel caso in cui l'organizzazione incaricata non adempisse alle funzioni di cui al punto 3.3; tale richiesta va deliberata in riunione plenaria a maggioranza dei due terzi.

4. Modalità di lavoro

4.1 Il T.I.S., in sede plenaria, definisce le proprie linee strategiche generali e approva, di norma entro il mese di settembre, un programma di azioni annuale che definisce:

a. i campi di intervento prioritari per l'annualità considerata;

b. le azioni principali e le campagne, nazionali, europee o internazionali, che il Tavolo intende realizzare e i conseguenti piani operativi;

4.2 il T.I.S. si riunisce, di norma ogni secondo martedì del mese e comunque almeno sei volte all'anno, e ogni qualvolta se ne ravveda la necessità; in caso di oggettiva impossibilità, i componenti possono partecipare anche in via telematica;

4.3 il luogo di riunione è, per quanto possibile, messo a disposizione dalle organizzazioni componenti il T.I.S. a rotazione, a Roma o in altre località, tenendo conto delle esigenze di spostamento dei componenti non aventi sede a Roma;

4.4 il T.I.S. può nominare gruppi di lavoro, individuando un referente e specificando tematica e finalità del lavoro. Il referente deve relazionarsi con il coordinamento del T.I.S.;

4.5 in riunione plenaria, il T.I.S. può affidare mandato specifico a uno o più rappresentanti di curare i contatti istituzionali attinenti a un tema particolare o di partecipare a convegni e/o incontri pubblici.

² Dalla fondazione del T.I.S., UNHCR e ISS partecipano quale componente esterno permanente.

5. Modalità di decisione

- 5.1 Ameno che la presente Carta di intenti non preveda un quorum funzionale specifico, il numero legale viene raggiunto con la presenza della maggioranza delle associazioni aderenti al T.I.S.;
- 5.2 ogni associazione facente parte del T.I.S. gode di un solo voto;
- 5.3 ameno che la presente Carta di intenti non preveda un quorum deliberativo specifico, ogni decisione del T.I.S. viene presa a maggioranza, fermo restando il previo riscontro della sussistenza del numero legale;
- 5.4 in caso di adozione di un comunicato e/o una dichiarazione pubblica, ogni associazione conserva la possibilità di non sottoscrivere il suddetto comunicato e/o la suddetta dichiarazione e, di conseguenza, di non sentirsi vincolata dal loro contenuto. Il comunicato viene emesso a nome del T.I.S. con i loghi e le specifiche delle associazioni che hanno aderito.

6. Diritti di partecipazione

- 6.1 Ciascuna organizzazione aderente al T.I.S. opera in condizioni di piena parità con le altre;
- 6.2 in particolare, ogni organizzazione ha diritto a:
 - a. prendere parte attivamente alla programmazione delle attività e ai processi decisionali del T.I.S.;
 - b. partecipare a tutte le attività promosse dal T.I.S.;
 - c. partecipare a tutte le azioni di *advocacy* concordate;
 - d. aver accesso a tutte le informazioni e materiali messi a disposizione dal T.I.S.;
 - e. godere della piena visibilità di ciascuna azione pubblica promossa.

7. Doveri di partecipazione

- 7.1 Ciascuna organizzazione aderente al T.I.S. ha il dovere di:
 - a. garantire una presenza regolare e attiva alle riunioni di coordinamento;
 - b. attivarsi per la realizzazione delle iniziative e delle campagne decise dal T.I.S.;
 - c. dare piena visibilità, attraverso i propri canali di comunicazione, alla propria appartenenza al Tavolo nelle modalità ritenute più opportune;
 - d. impegnarsi a non divulgare informazioni interne al T.I.S. senza accordo con le associazioni membri.

8. Modalità di ingresso

- 8.1 Sono componenti del T.I.S. le associazioni e le organizzazioni che hanno condiviso il percorso realizzato dal coordinamento informale che precede l'adozione della presente Carta d'intenti;
- 8.2 le ulteriori associazioni e organizzazioni interessate a far parte del T.I.S. e rispondenti ai criteri di cui ai paragrafi 1.1 e 2.1, dovranno far pervenire al coordinamento del T.I.S. una lettera di interesse, firmata dal proprio legale rappresentante. Il T.I.S. si riserva di chiedere documentazione aggiuntiva;
- 8.3 la richiesta verrà esaminata in sede di riunione plenaria del T.I.S. e la decisione sarà presa a maggioranza dei 2/3, entro un mese dal ricevimento della stessa o alla prima riunione utile. L'eventuale non accettazione verrà comunicata all'organizzazione richiedente; la partecipazione diviene effettiva con l'adesione alla presente Carta di intenti da parte dell'organizzazione richiedente;
- 8.4 le associazioni membri del T.I.S. possono invitare associazioni, organizzazioni, enti e coordinamenti a partecipare in qualità di osservatori o di membri esterni alle attività; nel caso di richiesta di partecipazione da parte di un'associazione che non risponda ai criteri di cui ai paragrafi 1.1 e 2.1 ma per la quale si ravveda un interesse nella partecipazione alle attività, il T.I.S. può decidere di invitare la stessa come membro esterno o osservatore.

9. Modalità di uscita

- 9.1 La partecipazione decade, oltre che nel caso di richiesta diretta da parte di uno dei componenti del T.I.S.:
 - a. in caso di non ottemperanza ai doveri della Carta di intenti;
 - b. in ragione di ogni comportamento in contrasto con i principi fondativi del T.I.S.;
- 9.2 la decisione di decadenza di un'organizzazione da componente del Tavolo sarà adottata in sede di riunione plenaria del T.I.S. e deve essere approvata a maggioranza dei due terzi;
- 9.3 la richiesta sulla decadenza deve essere formalizzata da almeno un quinto dei componenti del T.I.S. e deve essere discussa in una specifica riunione convocata entro un mese, o comunque alla prima riunione possibile, dalla sua formalizzazione.
10. Revisione della Carta d'intenti
- 10.1 La presente Carta potrà essere oggetto di proposta di revisione, qualora verrà fatta richiesta formale di modifica da parte di almeno un quinto delle associazioni facenti parte del T.I.S.;
- 10.2 le ipotesi di modifica del testo della presente Carta devono essere formalizzate per iscritto dalle associazioni proponenti;
- 10.3 la modifica della Carta di intenti, discussa in una riunione plenaria convocata specificamente, viene messa ai voti, e le modifiche vengono approvate con il voto favorevole dei due terzi.

Aggiornamento 02/2020

L'assemblea ha approvato all'unanimità l'ingresso nel Tavolo Immigrazione e Salute di Sanità di Frontiera in qualità di membro e dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) in qualità di membro esterno.

Entrambe le organizzazioni hanno preso visione e accettato il contenuto della presente carta d'intenti.

ALLEGATO 8

Lettera alle Regioni su iscrizione SSN dopo L. 132/2018

Problematiche relative all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di alcune categorie di cittadini stranieri, in seguito all'entrata in vigore del decreto legge n. 113/18, convertito con legge n. 132/18

aprile 2019

Successivamente all'entrata in vigore del DL n. 113/18, convertito con legge n. 132/18 concernente *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113, recante disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica”*, sono giunte alle scriventi organizzazioni diverse segnalazioni relative alla mancata iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di alcune categorie di cittadini stranieri, in violazione della normativa vigente.

In particolare, sono state segnalate le seguenti problematiche:

- a) mancata iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale in ragione dell'assenza di iscrizione anagrafica;
- b) mancata iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale in fase di rinnovo del permesso di soggiorno per richiesta asilo;
- c) mancata iscrizione al SSN dei titolari di alcune delle nuove tipologie di permesso di soggiorno introdotte dal DL n. 113/18, in particolare del permesso di soggiorno per protezione speciale;
- d) mancata iscrizione al SSN dei titolari di protezione internazionale o umanitaria e di minori stranieri non accompagnati privi di permesso di soggiorno.

1) Iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale in assenza di iscrizione anagrafica

Come noto, il DL n. 113/18, convertito con legge n. 132/18, ha stabilito che il permesso di soggiorno per richiesta asilo, pur essendo considerato documento di riconoscimento, non costituisce titolo per l'iscrizione anagrafica.

Tale modifica, tuttavia, non incide in alcun modo sul diritto all'iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale privi di iscrizione anagrafica.

Lo stesso DL n. 113/18, infatti, precisa e garantisce espressamente ai richiedenti asilo l'accesso ai servizi erogati sul territorio ai sensi delle norme vigenti nel luogo di domicilio (art. 5, co. 3, D.lgs. n. 142/2018, come modificato dal DL n. 113/18 convertito con legge n. 132/18).

Inoltre, si ricorda come non siano state modificate le disposizioni di cui all'art. 42, commi 1 e 2 del DPR n. 394/1999, che stabiliscono che il cittadino straniero è iscritto presso la ASL *“nel cui territorio ha residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio ha effettiva dimora”*, specificando che *“in mancanza di iscrizione anagrafica, per il luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno”*.

Con riferimento all'individuazione del luogo di domicilio dei richiedenti asilo, si ricorda come l'art. 5, D.lgs. n. 142/15 stabilisca ai commi 1 e 2 che:

- e) per i richiedenti asilo accolti in un centro di prima accoglienza o in un CAS o trattenuti in un CPR, l'indirizzo del centro costituisce il luogo di domicilio;
- f) per tutti gli altri richiedenti asilo, il luogo di domicilio è quello dichiarato alla questura al momento della domanda di protezione internazionale, e riportato nel permesso di soggiorno o nella ricevuta attestante la presentazione della richiesta di protezione internazionale rilasciata contestualmente alla verbalizzazione della domanda.

Ove sul permesso di soggiorno non sia indicato il domicilio, come accade nel caso dei permessi di soggiorno elettronici, e il richiedente non sia accolto in un centro di prima accoglienza o in un CAS, l'iscrizione al SSN dovrà avvenire sulla base dell'autodichiarazione di effettiva dimora e/o di domicilio effettuata dal cittadino straniero presso la ASL territorialmente competente.

Analogamente, qualora il richiedente asilo abbia trasferito il proprio domicilio e sul permesso di soggiorno sia indicato ancora il vecchio domicilio, l'iscrizione dovrà avvenire sulla base dell'autodichiarazione di effettiva dimora e/o domicilio effettuata dal cittadino straniero presso la ASL territorialmente competente.

Si sottolinea come, ai fini della dimostrazione del domicilio, non possa essere richiesta alcuna documentazione aggiuntiva non prevista dalla legge, come ad esempio la dichiarazione di ospitalità, il contratto di affitto, la cessione di fabbricato, in quanto ai fini dell'individuazione del domicilio rileva il luogo in cui la persona ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi, e non il luogo in cui la persona ha la dimora abituale, che definisce invece la sua residenza (codice civile, art. 43).

Si ricorda infine che, oltre al permesso di soggiorno per richiesta asilo, sono validi ai fini della dimostrazione dello status di richiedente asilo:

- g) la ricevuta rilasciata al momento della formalizzazione del C3, che ai sensi dell'art. 4, co. 3, del D.lgs. n. 142/2015 "costituisce permesso di soggiorno provvisorio";
- h) il cedolino della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno;
- i) il ricorso contro il diniego del riconoscimento della protezione internazionale.

2) Durata dell'iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale

Per ciò che concerne la durata dell'iscrizione al SSN, si ricorda come debba essere assicurata la continuità assistenziale, garantendo il mantenimento dell'iscrizione anche in fase di rinnovo del permesso di soggiorno.

L'art. 34 D.lgs. n. 286/98 stabilisce infatti che hanno l'obbligo di iscrizione al SSN e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal SSN e alla sua validità temporale anche gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per richiesta asilo.

L'Accordo Stato Regioni del 2012, richiamando l'art. 42 DPR n. 394/99, prevede inoltre che l'iscrizione è valida dalla data di ingresso fino alla scadenza del permesso di soggiorno e non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno stesso in base alla norma del salvo buon fine e nell'ottica della continuità assistenziale.

Preme evidenziare che sulla ricevuta rilasciata al richiedente protezione internazionale al momento del rinnovo del permesso di soggiorno non viene sempre riportato il periodo di validità e che spesso i tempi di attesa del rilascio del nuovo permesso di soggiorno per richiesta asilo, che ha sempre durata semestrale, sono anche di tre-quattro mesi. In tale periodo, il cittadino straniero è comunque regolarmente soggiornante, con la conseguenza che deve essere garantito il mantenimento dell'iscrizione al SSN, eventualmente adottando la soluzione di garantire l'iscrizione per un periodo di 12 mesi come già suggerito da alcune note regionali.¹

¹ Si veda ad esempio la Circolare Regione Lazio 140271/DB/27/15]24/07/2013 Iscrizione Annuale al SSR per i richiedenti protezione internazionale

In tale senso appare opportuno richiamare che, come previsto dalla Circolare del Ministero della Sanità n. 5/2000, *“l'iscrizione al SSN del cittadino straniero, in quanto assicurato obbligatoriamente, non solo consegue direttamente al provvedimento emanato da un'altra amministrazione, ma ha altresì valore ricognitivo e non costitutivo del diritto all'assistenza sanitaria, proprio perché il diritto insorge con il verificarsi dei requisiti e dei presupposti previsti dalla legge (rilascio del permesso di soggiorno che prevede iscrizione obbligatoria), pur in assenza di iscrizione alla ASL. Conseguentemente, in presenza di tali requisiti e presupposti non soltanto si deve provvedere, anche d'ufficio, all'iscrizione al SSN ma altresì erogare immediatamente le prestazioni sanitarie necessarie.”*

3) Iscrizione al SSN dei titolari delle nuove tipologie di permesso di soggiorno

L'art. 34, co. 1, lett. b), D.lgs. n. 286/98, come modificato dal DL n. 113/18, convertito con legge n. 132/18, stabilisce che hanno l'obbligo di iscrizione al SSN e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, i titolari delle nuove tipologie di permesso di soggiorno introdotte dal decreto stesso:

- Permesso di soggiorno per cure mediche (D.lgs. n. 286/1998, art.19, co.2 lett. d-bis): tale permesso non è da confondere con l'omonimo permesso per cure mediche, rilasciato ai sensi dell'art. 36 del D.lgs. n. 286/1998, che non prevede l'iscrizione al SSN.
- Permesso di soggiorno per casi speciali, rilasciato ai sensi dell'art. 1, co. 9 del DL n. 113/18 (regime transitorio), art. 18, D.lgs. n. 286/98 (protezione sociale), art. 18-bis D.lgs. n. 286/98 (vittime di violenza domestica) o art. 22 co. 12 quater D.lgs. n. 286/98 (particolare sfruttamento lavorativo).
- Permesso di soggiorno per protezione speciale rilasciato ai sensi dell'art. 32, co. 3 del D.lgs. n. 25/2008, nei casi in cui non venga accolta la domanda di protezione internazionale, ma non si possa procedere con l'espulsione o il respingimento in quanto sussistono rischi che il cittadino straniero sia oggetto di persecuzioni o di tortura nel Paese d'origine (art. 19, commi 1 e 1.1. del D.lgs. n. 286/98).

4) Iscrizione al SSN dei titolari di protezione internazionale o umanitaria, dei minori non accompagnati e di minori figli di genitori in condizione di irregolarità e accesso alle cure degli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno

Si evidenzia come alle associazioni scriventi siano state segnalate problematiche nell'iscrizione al SSN dei titolari di permesso di soggiorno per asilo o per protezione sussidiaria, benché la normativa in materia non sia stata modificata in alcun modo dal DL n. 113/18, convertito con legge n. 132/18.

Si registrano altresì difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria dei titolari di permesso di soggiorno per protezione umanitaria rilasciato prima dell'entrata in vigore del DL n. 113/18. Ai titolari di tali tipologie di permesso, in quanto regolarmente soggiornanti e già iscritti al SSN, deve essere garantita la continuità assistenziale.

In ogni caso si ricorda inoltre che l'art. 34, co. 1, lett. a) del D.lgs. n. 286/98 stabilisce che *“hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento con i cittadini italiani, gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento”*: dunque i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno a qualsiasi titolo hanno diritto all'iscrizione al SSN, qualora abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o autonomo o siano iscritti al Centro per l'Impiego.

Resta infine largamente inapplicata la norma che prevede l'iscrizione al SSN dei *“minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale”* (art. 34, c. 1, lett. b-bis D.lgs. n. 286/98). Si ricorda altresì che la legislazione non ha apportato alcuna modifica in merito all'iscrizione al SSN dei minori figli di genitori in condizioni di irregolarità sul territorio nazionale, che

hanno diritto all'assegnazione del pediatra di libera scelta come esplicitato nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) pubblicati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.

Inoltre, la legislazione non ha apportato alcuna modifica all'art. 35, co. 3 del D.lgs. n. 286/1998, recante disposizioni in merito all'assistenza sanitaria per stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, nei confronti dei quali continuano ad essere garantite *"le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva" mediante apposito tesserino STP*².

Le associazioni del Tavolo Salute e Migrazione - Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, Caritas, Centro Astalli, Emergency, Intersos, Médecins du Monde, Medici Contro la Tortura, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - esprimono forte preoccupazione per il rischio che le prassi applicative sopra richiamate possano compromettere l'iscrizione al SSN, pregiudicando così l'accesso ai servizi sanitari per diverse categorie di cittadini stranieri, in particolare richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale e di nuovi permessi di soggiorno e minori non accompagnati, violando così le norme vigenti.

Esortiamo pertanto i Servizi Sanitari Regionali a chiarire con opportune circolari esplicative³ quanto sopra esposto e che può essere riassunto come segue:

1. Garantire l'iscrizione al SSR dei richiedenti protezione internazionale in possesso di permesso di soggiorno per richiesta asilo o altra documentazione attestante lo stato di richiedente protezione internazionale (cedolino, modulo C3, ricevuta attestante la presentazione del C3, attestato nominativo, o ricorso avverso il diniego di protezione internazionale) e di codice fiscale alfanumerico o numerico;
2. In mancanza di iscrizione anagrafica, garantire l'iscrizione al SSR dei richiedenti asilo e dei cittadini stranieri titolari di altre tipologie di permesso di soggiorno per i quali è prevista l'iscrizione al SSR, in forza della presentazione dell'autodichiarazione di effettiva dimora o domicilio;
3. Garantire il mantenimento dell'iscrizione al SSR ai richiedenti protezione internazionale e ai cittadini stranieri già iscritti al SSR in fase di rinnovo del permesso di soggiorno, anche nei casi in cui il cedolino o altro documento in possesso del cittadino straniero non riporti la durata dello stesso;
4. Garantire l'iscrizione al SSR ai titolari dei nuovi permessi di soggiorno per cure mediche (D.lgs. n. 286/1998, art.19, co. 2 lett. d-bis), casi speciali, protezione speciale, nonché dei titolari di protezione internazionale o umanitaria e dei minori stranieri non accompagnati, e dei minori figli di genitori non in regola con le norme relative al soggiorno (STP) anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale.

² Accordo Stato Regioni 255 del 20/12/2012, paragrafo 1.2.1

³ Alcune Regioni hanno già adottato comunicazioni simili. Si veda: Circolare Regione Marche 0132811|01/02/2019 |R_MARCHE|GRM|SAN|P Assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.: precisazioni a seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 132/18; Circolare Regione Lazio REGISTRO UFFICIALE.U.0061187.25-01-2019; Circolare Regione Piemonte 3/2018A/A14000 Protratta Emergenza Immigrati dall' Africa Settentrionale; Circolare Regione Toscana, Assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.: precisazioni a seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 132/2018 | 13/02/2019

ALLEGATO 9

Lettera al Ministro della Salute
su effetti L. 132/2018

Segnalazione criticità applicazione L. 132/2018 su possibilità di tutela della salute individuale di migranti e della salute collettiva

10 maggio 2019

*Alla cortese attenzione della Ministra della Salute
On.le Dott.ssa Giulia Grillo*

Gentile Ministra,

Le Società Scientifiche che operano in Italia in ambiti tematici totalmente o parzialmente correlati alla salute dei migranti, sentono la necessità di sottoporLe alcune preoccupazioni circa il mantenimento – dopo l’approvazione della Legge n. 132/2018 – di condizioni che consentano, da parte dei servizi sanitari pubblici e più in generale di tutti gli operatori coinvolti, di tutelare in modo efficace la salute di alcune tipologie di migranti nell’interesse loro e dell’intera comunità presente sul territorio nazionale.

Come Lei ben sa, ciò deve essere garantito nel rispetto dell’Art. 32 della Costituzione, che impegna la Repubblica a *tutelare la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti*.

Su tali principi, presupposti ed impegno sono state nel tempo approvate dal nostro Paese una serie di norme (D.Lgs. 286/1998, DPR 394/1999, Circolare Ministero Sanità n. 5 del 2000... per arrivare all’Atto di Intesa della Conferenza Stato Regioni e Province Autonome n. 255 del 2012 e alla riformulazione dei LEA nel 2017) che, con una evidente prospettiva di Sanità pubblica, declinano, in modo inequivoco e su basi scientifiche razionali, gli obblighi e le modalità con cui le Aziende sanitarie (ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Policlinici Universitari, strutture private accreditate) devono garantire i diritti assistenziali degli stranieri presenti in Italia, con modalità differenziate sulla base delle loro condizioni di soggiorno/presenza.

Con la presente, intendiamo sottoporre alla Sua attenzione alcune situazioni che, per effetto dell’applicazione progressiva della citata L. 132/2018, potrebbero a nostro avviso presentare difficoltà e ostacoli di natura amministrativo-burocratica rispetto a i necessari interventi di natura clinico-assistenziale.

Se consideriamo, ad esempio, il caso specifico delle malattie diffuse, ciò comporterebbe il rischio di non effettuare gli interventi idonei ad un’efficace prevenzione e controllo delle catene di contagio, che proprio la situazione di irregolarità cui si verrebbero a trovare gli stranieri interessati dagli effetti della Legge 132/2018 contribuirebbe a rendere più temibili.

Con particolare riferimento alle patologie trasmissibili è infatti da tempo noto ed accertato come l’adeguato trattamento del soggetto portatore di infezione sia fondamentale per prevenir-

ne la diffusibilità all'interno della comunità in cui vive e lavora. È importante sottolineare come negli ultimi venti anni non si sono verificate, nel nostro Paese, epidemie o altre situazioni che potessero destare un allarme sanitario. Ciò proprio in virtù di dispositivi di legge che, con una filosofia ampiamente inclusiva, hanno consentito di realizzare una tutela della salute, compresi efficaci interventi di prevenzione e controllo delle patologie infettive, come testimonia la progressiva diminuzione dei tassi di incidenza della malattia tubercolare in Italia, oggi considerata tra i Paesi che potrebbero raggiungere nei prossimi decenni il target della eliminazione. E a supporto di tali approcci sonostate recentemente prodotte Linee guida estremamente rilevanti per un adeguato e omogeneo governo dei percorsi di arrivo e permanenza degli immigrati.¹

Tale impianto di Sanità pubblica rischia però, ai nostri occhi, di essere indebolito dalla L. 132/2018, che indubitabilmente contribuisce a diminuire i soggetti con piena titolarità di protezione sanitaria alla pari dei cittadini italiani, aumentando invece (in particolare attraverso l'abolizione del permesso per motivi umanitari), la quota delle persone di fatto 'indotte' all'irregolarità, e, di pari passo, i rischi di una minore capacità, da parte dei servizi, di intercettare le situazioni a rischio e di garantire la necessaria continuità assistenziale.

Né d'altronde l'introduzione, da parte della citata Legge, di un nuovo permesso di soggiorno per cure mediche (che prevede condizioni di "particolare gravità, accertata mediante idonea documentazione... tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi in caso di rientro nel paese di origine o di provenienza") sembra garantire, ad es. per le necessità di persone con patologie croniche che richiedono terapie salvavita di lunga durata (vedi l'esempio della terapia per l'infezione da HIV), la necessaria tutela nel corso del tempo. In ogni caso permangono molte perplessità circa la procedura certificativa per la definizione dello stato di "particolare gravità", che – in coerenza con la transizione epidemiologica oggi in atto nel nostro Paese – non può limitarsi alle condizioni di acuzie ma in veste necessariamente anche le patologie cronico – degenerative (cardiovascolari, oncologiche, metaboliche...), con rischio di interpretazioni difformi e in particolare restrittive, laddove non si tenga in debito conto dei 'determinanti sociali' che caratterizzano il paese di origine dello straniero.

A tali considerazioni, desideriamo tuttavia affiancare anche preoccupazioni circa le potenziali ripercussioni sulla salute, intesa in senso bio-psico-sociale, di coloro che saranno costretti – per gli effetti della legge – ad interrompere un processo di integrazione personale e familiare nella nostra società.

Le ripercussioni sulla salute mentale di questi soggetti – anche minori e individui comunque portatori di fragilità – sono imprevedibili e potenzialmente gravi. In particolare, la modifica dei capitoli cui devono attenersi i soggetti gestori dei Centri di accoglienza, con la conseguente riduzione del contributo per l'inserimento, determina inevitabilmente la forzata rinuncia ad alcuni strumenti di tutela e integrazione, quali i corsi di lingua italiana, la mediazione linguistico-culturale, i diversi interventi di orientamento socio-giuridico dei richiedenti asilo, ma soprattutto, per quanto di nostra competenza, l'assistenza psicologica. È indubbio che l'indebolimento o l'interruzione di presidi e supporti sia medici che psicologici, destinati a individui che hanno spesso subito gravi traumi (regimi di detenzione, violenze e aggressioni di varia natura compresa quella sessuale, malnutrizione, impossibilità di essere curati, sfruttamento e umiliazione psicofisica, torture) e per le quali sono necessari interventi di assistenza, diagnosi precoce, cure adeguate e riabilitazione, rappresentano un evidente rischio per la salute psicologica e il benessere individuale e per l'intero tessuto sociale comunitario. Con particolare riferimento alla possibilità di aver subito violenza fisica, psichica e

¹ INMP, ISS, SIMM. *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza.* Linea guida Salute migranti n. 1. Roma, Sistema nazionale per le linee guida, 2017. Adottata nell'Accordo Stato Regioni 108 CRS del 10 maggio 2018. INMP, ISS, SIMM. *Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia.* Linea guida Salute migranti n. 2. Roma, Sistema nazionale per le linee guida, 2018.

sessuale vale la pena sottolineare il rischio che le “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza, riabilitazione nonché trattamento dei disturbi psichici dei richiedenti e titolari di protezione internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale” prodotte dal Ministero della Salute e approvate dall’Accordo Stato Regioni n. 43 del 30 marzo 2017 (Decreto ministero Salute del 3 aprile 2017), possano incontrare cospicue difficoltà di applicazione proprio in questa fase storica che ne dovrebbe vedere l’implementazione.

Abbiamo già citato i minori, accompagnati e non, come soggetti vulnerabili in relazione al percorso migratorio personale oltre che familiare. Nel nostro Paese, i minori stranieri, indipendentemente dalla posizione in ordine al soggiorno, sono titolari di tutti i diritti dell’infanzia e dell’adolescenza sanciti dalla Convenzione di New York (CRC)² (ratificata in Italia con Legge n. 176/1991), tra cui quello alla salute, e devono poter beneficiare di servizi medici e di riabilitazione (CRC art. 24). L’Italia, nel superiore interesse del minore, si impegna quindi a garantire il miglior stato di salute possibile adattando ogni provvedimento per assicurare a tutti i minori l’assistenza medica e psicologica, con particolare attenzione per le cure primarie in tutte le epoche dell’età evolutiva. Tale diritto viene però di fatto disatteso. Sebbene infatti, la normativa vigente^{3,4} (peraltro non ancora uniformemente applicata nelle diverse realtà regionali)⁵ garantisca ai minori figli di genitori non in possesso di un regolare permesso di soggiorno (figli di Stranieri Temporaneamente Presenti – STP) l’iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e al Pediatra di libera scelta, questi bambini vivono comunque una condizione di particolare vulnerabilità, con probabilità maggiori di ammalarsi, nel momento in cui i genitori, non più titolari di protezione per motivi umanitari, non possono più accedere ai servizi sanitari di base (se non per le cure urgenti o essenziali). Inoltre, per queste famiglie, la conseguente esclusione dal Sistema SPRAR, ormai riservato ai titolari di protezione internazionale o permesso di soggiorno per motivi speciali, comporta l’interruzione dei percorsi di integrazione avviati (lavoro, scuola, salute) in un clima di discriminazione, emarginazione, paura e incertezza. In termini di health literacy, tutto ciò ha inevitabili conseguenze: il diritto alla salute dei minori è strettamente correlato alla capacità stessa dei genitori di rilevarne i bisogni di salute, di orientarsi nel sistema sanitario, di aderire alle campagne vaccinali, di assumere comportamenti idonei per la prevenzione delle malattie e promozione della salute dei propri figli, che sicuramente in una condizione di irregolarità viene resa più precaria.

Per quel che riguarda i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), ai fini di applicare le misure di tutela e protezione previste dalla Legge n. 47/2017⁶, va segnalato come l’eventualità di non riconoscerli come tali produce un forte elemento di vulnerabilità. L’attesa approvazione, in Conferenza Stato Regioni, del Protocollo per l’identificazione e accertamento olistico multidisciplinare dell’età dei MSNA⁷ e la sua successiva implementazione, rappresenterebbero un ulteriore

² Convenzione di New York sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza (CRC) del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia con Legge 27 maggio 1991, n. 176.

³ Accordo della Conferenza Stato-Regioni e PPAA. del 20/12/2012 sulle “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome”, Rep. Atti n. 255/CSR.G.U. n. 32 del 07/02/2013 – Suppl. Ordinario n. 9.

⁴ Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) pubblicati in Gazzetta Ufficiale n. 65 (Supplemento ordinario n. 15). www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg.

⁵ Monitoraggio Accordo SIMM

⁶ Legge 7 aprile 2017, n. 47. Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati. (GU n.93 del 21-4-2017) www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg

⁷ “Protocollo per l’identificazione e per l’accertamento olistico multidisciplinare dell’età dei minori non accompagnati”, presentato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 marzo 2016. www.minori.gov.it/sites/ /protocollo_identificazione_msna.pdf e LetteraSIMM-SIP alla Federazione Nazionale Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri “Richiesta espressione di orientamenti professionali eticamente e scientificamente fondati per la determinazione dell’età dei MSNA”: www.simmweb.it, www.sip.it, www.glnbi.org.

intervento necessario a garantire il benessere psico-fisico di questi minori con un conseguente vantaggio anche per la collettività.

Ogni legge che limita, direttamente o indirettamente, il diritto e l'accesso alla salute nella sua globalità è per noi Società Scientifiche firmatarie – anche indipendentemente da considerazioni etiche e morali di cui pure siamo portatori – un grave atto contro i presupposti scientifici cui devono essere informati la salute e la sanità e contro il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (sottoscritta dall'Italia nel settembre 2015), che nel documento programmatico (A/RES/70/1) recita: "Nell'intraprendere questo grande viaggio collettivo, promettiamoci che non lasceremo indietro nessuno". La legge 132/2018 non ci appare supportare questa affermazione sottoscritta da tutti i Capi di Stato delle Nazioni Unite.

Siamo certi che, in qualità di Ministra della Salute, ma anche di collega medico e di cittadina, non Le sfugga la rilevanza scientifica e sociale, oltre che etica, delle situazioni che Le abbiamo qui rappresentato.

Ciò detto, e rimanendo a disposizione per eventuali contatti/incontri chiarificatori, Le chiediamo di attivare ogni iniziativa ministeriale necessaria affinché in tutte le Regioni e Province Autonome si applichino le norme già in vigore contrastando l'insorgere di eventuali barriere all'accessibilità e fruibilità dei servizi medici e psicologici da parte di richiedenti protezione internazionale e migranti a qualunque titolo presenti sul territorio italiano.

Siamo infatti convinti che il patrimonio di diritti universali costruito dall'Italia attraverso il suo SSN, e che ha portato a promuovere e tutelare la salute di tutti, senza distinzioni, nel pieno interesse della collettività, debba essere custodito orgogliosamente e messo al riparo da misure che ne possano compromettere lo spirito ed i risultati di Salute pubblica.

Con i più cordiali saluti,

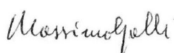
Per la Società Italiana
di Medicina delle
Migrazioni (SIMM)

Il Presidente
Prof. Maurizio Marceca



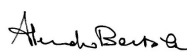
Per la Società Italiana
di Malattie Infettive e
Tropicali (SIMIT)

Il Presidente
Prof. Massimo Galli



Per la Società Italiana
di Malattie Tropicali
e Salute Globale
(SIMET)

Il Presidente
Prof. Alessandro
Bartoloni



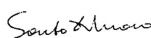
Per la Società Italiana
di Psicologia della
Salute (SIPSA)

Il Presidente
Prof. Fabio Lucidi



Per la Associazione
Italiana di Psicologia
(AIP)

Il Presidente
Prof. Santo Di Nuovo



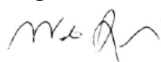
Per la Società Italiana
di Psicologia di
Comunità

La Presidente Prof.ssa
Elena Marta



Per la Società Italiana
di Igiene Medicina
Preventiva e Sanità
Pubblica (Siti)

Il Presidente
Prof. Italo Francesco
Angelillo



Per la Società Italiana
di Pediatria

Il Presidente
Prof. Alberto Villani



ALLEGATO 10

Nota alla FNOMCeO su permesso di soggiorno per cure mediche

Criticità relative al ruolo del medico in applicazione di quanto previsto dalla L. 132/2018

novembre 2019

Con riferimento alla L. 132/2018 (legge di conversione del cosiddetto 'Decreto Sicurezza') e alle modifiche da essa introdotte al Testo Unico sull'Immigrazione (D.Lgs. 286/1998), premesso che tale norma ha suscitato – nel mondo scientifico e sanitario, sia istituzionale che del Terzo settore – diverse prese di posizione critiche di cui sono testimonianza l'allegata lettera alla Ministra Grillo (sottoscritta da otto diverse Società scientifiche tra cui la SIMM), e l'allegata lettera alle Regioni (predisposta dalle associazioni/organizzazioni medico-umanitarie che compongono il 'Tavolo Immigrazione e Salute'), con la presente Nota si intende attirare l'attenzione della FNOMCeO su un aspetto specifico delle disposizioni introdotte, che vede, a nostro avviso, un improprio coinvolgimento della figura del medico.

Si intende infatti far notare come l'art. 19, comma 2, lett. d-bis (di cui si riporta di seguito il testo) assegni al medico – sia questi dipendente da una struttura sanitaria pubblica o convenzionato con il SSN – il compito di accertare, ai fini di un eventuale rilascio da parte del Questore di un permesso di soggiorno per cure mediche¹, che, in caso di rientro al Paese di origine o di provenienza, il paziente straniero in condizioni di salute di particolare gravità, possa subire un rilevante pregiudizio alla sua salute. In altre parole, al medico viene chiesto, oltre che di valutare ed accertare l'eventuale "particolare gravità" delle condizioni di salute del paziente, anche di verificare ed accertare, "mediante idonea documentazione", che quel paziente non abbia, nel proprio paese di origine/provenienza, la possibilità di essere curato adeguatamente senza che la sua salute ne possa subire un "rilevante pregiudizio". Stante in questi termini il ruolo che la legge in questione affida al medico, ci si chiede quali mezzi, e con quali responsabilità conseguenti, possa avere questi per "accertare" quella che è di fatto una impossibilità di cura efficace del paziente straniero in caso di rientro al Paese di origine o di provenienza. Tale compito sembra infatti oltrepassare ampiamente il mandato della nostra figura professionale, a maggior ragione se si considera che: 1) la gran parte degli stranieri di cui si sarà chiamati a valutare le condizioni di salute vengono da paesi a scarse risorse (che non a caso sono quelli a forte pressione migratoria) e che questi paesi hanno presso che unanimemente sistemi sanitari (quando li hanno) deboli e parziali in termini di copertura sanitaria universale e di cui è difficile raccogliere notizie affidabili e aggiornate; 2) che la possibilità di cura è legata alla specifica patologia, al costo e alla durata della eventuale terapia, e, spesso, ai mezzi economici (nonché alla rete sociale) di cui dispone la persona nel proprio paese (che il medico non è tenuto a conoscere e ad accertare); 3) che, anche laddove esistessero, nella letteratura medico-scientifica e/o in documenti di fonti ufficiali quali l'OMS, dati su indicatori per

¹ Sulla differenza tra questa tipologia di permesso di soggiorno e quella già precedentemente prefigurata dall'art.36 del D. Lgs. 286/1998 si veda la Scheda allegata "Permesso per cure mediche"

singolo paese, ciò non comporta che nella specifica area (magari rurale) da cui proviene il paziente si verifichino le stesse possibilità di cura che in altre aree (magari urbane).

Riassumendo, ci sembra che il medico non possa essere presso che mai – se non limitatamente ad una mera richiesta diretta al paziente – nella possibilità di “accertare mediante idonea documentazione” il fatto che l’eventuale ritorno del paziente nel paese di origine/provenienza ne possa mettere a rischio la salute in termini di la ‘particolare gravità’. Ciò è tanto più vero se consideriamo che, in salute e in medicina, la ‘gravità’ non corrisponde solo a un criterio clinico statico ma a condizioni dinamiche, in quanto soggette a cambiamento nel tempo e nello spazio, con forti correlazioni con i determinanti sociali della salute.

Esprimiamo pertanto una forte preoccupazione che, a fronte di tali compiti, il medico si trovi effettivamente nella situazione di decidere – senza poter disporre di informazioni, strumenti e criteri oggettivi – se un eventuale rimpatrio forzato per provvedimento di espulsione finisca per poter compromettere la prognosi e la qualità di vita di un/a suo/a paziente. Non è necessario infine argomentare come tali compiti previsti per il medico dalla L. 132/2018 prefigurino situazioni e responsabilità, che, da un punto di vista deontologico, appaiono a dir poco delicate.

ALLEGATO 11

Lettera alle Istituzioni per la prevenzione dell'epidemia di Covid-19

Promozione delle misure di prevenzione dell'epidemia di Covid-19

Roma, 5 marzo 2020

Al Ministro dell'Interno
Al Ministro della Salute
Al Ministro del Lavoro e delle politiche sociali
Al Ministro delle Politiche agricole alimentari e forestali
Al Viceministro all'Interno
Al Sottosegretario alla Salute
Alla Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali
Al Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
Al Commissario straordinario per l'emergenza coronavirus
Al Commissario straordinario per l'area di Manfredonia
Al Commissario straordinario per l'area di S. Ferdinando
Al Commissario straordinario per l'area di Castel Volturno
Al Presidente della Regione Puglia
Al Presidente della Regione Campania
Al Presidente della Regione Calabria
Al Presidente della Regione Lazio
Al Presidente della Regione Siciliana
Al Presidente della Regione Basilicata

In seguito all'emergenza epidemiologica da Sars-COV-2 verificatasi a Febbraio 2020 in più aree d'Italia, ed alle relative misure di contenimento e gestione, a partire dalla promozione di pratiche preventive, le organizzazioni scriventi esprimono la necessità di misure ulteriori al fine di aumentarne l'efficacia, in termini di promozione dell'accesso ai servizi sanitari, all'acqua, ai servizi igienici e a tutte le misure atte a promuovere l'igiene personale per le persone in condizione di marginalità sociale.

Nel nostro Paese esistono insediamenti informali sia in aree urbane che in aree rurali, caratterizzate da forte disagio abitativo e scarso accesso all'acqua e a servizi igienici. La popolazione di tali insediamenti informali, in prevalenza migranti e rifugiati, presenta le seguenti criticità: perma-

nenza in un luogo diverso da quello di residenza formale, con conseguenti difficoltà di rilascio/rinnovo dei documenti di soggiorno e di accesso ai servizi sanitari pubblici territoriali; e precarietà delle condizioni di vita caratterizzate da un limitato accesso all'acqua, potabile e non, ai servizi igienici e alle altre misure atte a favorire l'igiene personale.

La prevenzione, come noto, parte dall'igiene personale, in particolare dal lavaggio delle mani. Le persone che vivono in tali insediamenti, tuttavia, anche quando sono correttamente informate riguardo alla necessità di lavarsi spesso le mani, si trovano oggettivamente nell'impossibilità di mettere in atto tale misura di prevenzione, a causa della mancanza di accesso all'acqua e ai servizi igienici, e in ogni caso, ad acqua con caratteristiche igieniche tali da consentirne il consumo umano.

Per garantire la copertura sanitaria di tale popolazione, inoltre, è necessario rimuovere le barriere amministrative che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari territoriali, prevedendo la possibilità di iscrizione temporanea alle aziende sanitarie locali per coloro il cui luogo di effettiva dimora non coincide con la residenza formale (ad esempio i lavoratori agricoli stagionali), anche nelle more delle condizioni e della documentazione richieste dalle normative in vigore. È inoltre necessario prevedere un rafforzamento dei servizi sanitari territoriali, a partire dalla medicina di base, sia per le persone in regola con il titolo di soggiorno in Italia, sia per quelle non in regola, superando barriere amministrative e linguistiche, ove presenti.

Infine, molti cittadini stranieri vivono e lavorano in una città diversa da quella in cui hanno ricevuto il loro primo permesso di soggiorno, pertanto spesso le procedure burocratico-amministrative attinenti la loro condizione giuridica li obbligano a spostarsi verso luoghi differenti da quelli di effettiva dimora. Questo accade per diversi motivi, tra cui l'audizione presso le Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale o il rinnovo dei titoli di soggiorno.

La normativa vigente prevede che il rinnovo del permesso di soggiorno debba essere richiesto presso la questura competente in base al luogo in cui il cittadino straniero dimora. Molte questure, tuttavia, non rinnovano il permesso di soggiorno ai cittadini stranieri dimoranti ma non residenti sul territorio di propria competenza, pretendendo che essi si rechino presso la questura che ha loro rilasciato il primo permesso di soggiorno.

Di conseguenza, molti cittadini stranieri che attualmente lavorano in agricoltura nel Sud Italia sono di fatto costretti, per poter rinnovare il permesso di soggiorno, a recarsi presso questure collocate in altre parti del territorio nazionale, ove hanno ricevuto il primo permesso.

Tale prassi, assolutamente illegittima, espone all'inutile ed inaccettabile rischio di doversi spostare verso aree ad alto rischio di contagio (zone gialle) quando per legge avrebbero il diritto di rinnovare i propri documenti nell'area di effettiva dimora.

La norma introdotta dall'art. 9, co. 1 lett. b) del d.l. 2 marzo 2020, n.9, sospendendo di 30 giorni dalla sua entrata in vigore i termini per la presentazione della richiesta del rinnovo del permesso di soggiorno, riduce solo parzialmente e temporaneamente tale problema.

Pertanto, al fine di una prevenzione più efficace, in un'ottica di Sanità Pubblica, oltre che per garantire i diritti fondamentali delle persone interessate, indichiamo la cruciale necessità che:

a) le Prefetture, le ASL, le Regioni, i Comuni e ogni altra istituzione competente garantiscano un adeguato approvvigionamento idrico negli insediamenti rurali e il maggior numero possibile di servizi igienici pubblici negli insediamenti rurali e nelle aree urbane, affinché le persone che vivono in insediamenti attualmente privi di accesso all'acqua possano mettere in atto le misure necessarie alla prevenzione dell'epidemia;

b) il Ministero della Salute abbatta gli ostacoli nell'accesso alle cure mediche, rafforzando i servizi territoriali e assicurando servizio di mediazione culturale nelle strutture sanitarie e in partico-

lare in quei servizi dedicati alla prevenzione della diffusione del COVID-19 (a titolo esemplificativo, i numeri verdi regionali per l'emergenza);

c) il Ministero della Salute dia indicazione alle ASL di favorire l'iscrizione temporanea al SSN nel luogo di effettiva dimora;

d) il Ministero dell'Interno adotti tutte le misure necessarie volte a superare le diffuse prassi illegittime in materia di rinnovo del permesso di soggiorno che costringono molti cittadini stranieri a una mobilità forzata, ricordando ai questori che la normativa vigente stabilisce che *"il rinnovo del permesso di soggiorno è richiesto dallo straniero al questore della provincia in cui dimora"* (d.lgs. 286/98, art. 5, co. 4) e che, in caso di cittadino straniero non residente, ai fini dell'individuazione della questura competente deve essere considerata sufficiente la dichiarazione di effettiva dimora e/o la domiciliazione presso associazioni ed enti del privato sociale;

e) con riferimento all'esame delle domande di protezione internazionale, venga garantita la possibilità di trasferire la competenza dalle Commissioni territoriali nelle aree considerate a rischio epidemiologico alle Commissioni di residenza, domicilio o effettiva dimora dei richiedenti protezione internazionale, eventualmente con provvedimento del Presidente della Commissione nazionale per il diritto di asilo adottato ai sensi dell'art. 4, co. 5-bis del d.lgs. 25/2008.

Certi di trovare attenzione rispetto all'urgente necessità di adottare tutte le misure atte a favorire la prevenzione dell'epidemia di COVID-19, in questo momento di grave emergenza nazionale, restiamo a disposizione per qualsiasi chiarimento, nonché per fornire i dati e le informazioni sanitarie di cui disponiamo sugli insediamenti informali al fine di facilitare l'adozione di tali misure.

ASGI - Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione
INTERSOS
MDM - Médecins du Monde Missione Italia
Medici contro la Tortura
MEDU - Medici per i Diritti Umani
MSF - Medici Senza Frontiere
SIMM - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
del Tavolo Immigrazione e Salute

ALLEGATO 12

Lettera al Viceministro della Salute
su Covid-19 e senza dimora

Criticità applicazione delle misure di contenimento della diffusione di COVID-19 nei gruppi di popolazione senza dimora

Roma, 11 marzo 2020

*Alla c.a. On. Prof. Pierpaolo Sileri
Vice Ministro della Salute*

Con riferimento alle raccomandazioni / indicazioni previste dai recenti Decreti governativi (DPCM dell'8 e del 9 marzo 2020), si desidera sollecitare una specifica attenzione su alcune criticità applicative nel caso di persone in condizioni di vulnerabilità sociale, con particolare riferimento a quelle senza dimora.

Benché l'obiettivo primario di tali misure sia di natura sanitaria, si fa presente come le principali variabili che ne agevolano una corretta e diffusa applicazione degli interventi auspicati siano di natura sociale, e prevedano, in particolare – dopo l'indispensabile attuazione di *triage* all'interno di percorsi di prevenzione e tutela – l'individuazione e la messa a disposizione di idonee strutture sia per la *'permanenza domiciliare preventiva'* che per l'*'isolamento domiciliare (quarantena)'*.

In estrema sintesi, gli interventi auspicati riguardano:

- 1)** *La definizione e realizzazione di Percorsi d'accesso alle strutture d'accoglienza per persone italiane e straniere senza dimora (compresi: richiedenti protezione internazionale, minori non accompagnati e nuclei familiari in difficoltà, in particolare mamme con bambini).*
Per tali tipologie si richiede di prevedere percorsi specifici per una valutazione preliminare del rischio infettivologico per Covid-19, e di comunicare, a seguito di tale valutazione, il 'nulla osta' per l'ingresso alle rispettive strutture di accoglienza. *Si segnala con preoccupazione il fatto che alcuni grandi Comuni abbiano già previsto la chiusura delle nuove accoglienze sia nei circuiti ordinari che in quelli straordinari (ad es. 'piani freddo'), senza però prevedere le necessarie forme di tutela per le persone escluse. Risulta invece fondamentale, in questa fase, al fine di massimizzare l'efficacia degli interventi di Salute pubblica, aumentare l'offerta di posti nei centri di accoglienza invece che contrarla.*
- 2)** *La predisposizione di Protocolli e l'individuazione di specifiche strutture di destinazione per l'attuazione delle diverse misure di isolamento in permanenza domiciliare per senza dimora.*
A seconda di quanto emerso dalle valutazioni di natura medica, occorre quindi identificare dove far svolgere, rispettivamente, le misure di quarantena e di isolamento preventivo per i soggetti per cui sono previste. *Si segnala con preoccupazione come l'attuale organizzazione degli interventi lasci spesso queste persone senza risposte adeguate (e quindi per strada o in alloggi di fortuna/insediamenti non autorizzati).*

3) *La gestione dei contatti di 'caso' se questo si manifesta in una struttura collettiva per senza dimora.*

Nel prevedere un possibile scenario di positività di un ospite di struttura collettiva per senza dimora, occorre definire e diffondere specifici protocolli di gestione che riguardino tanto gli ospiti quanto gli operatori ed i volontari coinvolti. Ciò comporta la necessità di prevedere la possibilità di accogliere gli ospiti identificati come 'contatti' in adeguate strutture in grado di erogare l'assistenza di cui necessitano (con la sostituzione di tutti gli operatori che, in quanto 'contatti', sono nel frattempo entrati in una misura di isolamento domiciliare fiduciario) e di effettuare il monitoraggio sanitario richiesto (soprattutto in casi quali i soggetti psichiatrici). *Si segnala con preoccupazione come, ad oggi, non ci risulta che alcuna indicazione istituzionale sia pervenuta agli Enti gestori delle strutture.*

Si fa infine presente l'opportunità, in particolare nelle grandi aree metropolitane e più in generale negli insediamenti urbani, che la Protezione Civile - di concerto con altre Amministrazioni nazionali e locali - possa dare indicazioni omogenee per la realizzazione degli interventi sopra auspicati; interventi che, oltre alle Istituzioni sanitarie e sociali competenti, dovrebbero coinvolgere anche le Organizzazioni del Terzo Settore operanti sui rispettivi territori (ove presenti e disponibili), creando le condizioni e mettendo a disposizione gli strumenti per una effettiva applicazione delle misure previste. Si sottolinea in ultimo come una efficace risposta alle criticità evidenziate non comporterebbe la realizzazione delle sole misure di contenimento per il Covid-19, ma anche più ampie forme di tutela per altri rischi sanitari e sociali.

ALLEGATO 13

Lettera alle Istituzioni per la Prevenzione emergenza Covid-19 negli insediamenti informali

Approvvigionamento idrico d'emergenza e altre misure di prevenzione dell'epidemia di Covid-19 negli insediamenti informali rurali e urbani

24 marzo 2020

*Alla cortese attenzione dei
Presidenti delle Regioni
Assessori regionali alla Salute
Assessori regionali all'Agricoltura
Assessori regionali alle Politiche sociali*

In quanto organizzazioni impegnate in attività di assistenza sanitaria e di tutela dei diritti delle persone che vivono negli insediamenti informali rurali ed urbani, intendiamo richiamare la Vostra attenzione sui particolari rischi e criticità che si presentano in tali contesti, in relazione all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Le persone che vivono negli insediamenti informali, caratterizzati da promiscuità e scarso o nullo accesso all'acqua e ai servizi igienici, si trovano infatti nell'oggettiva impossibilità di mettere in atto le necessarie misure di prevenzione dell'epidemia, a partire dal lavaggio delle mani.

Inoltre, è evidente come un contagio all'interno di tali insediamenti avrebbe gravi conseguenze sul piano del contenimento, data la facilità di trasmissione in condizioni di promiscuità.

Per prevenire tali rischi e tutelare efficacemente la salute pubblica, riteniamo sia urgente che le Regioni si attivino affinché, anche tramite coordinamento con le altre istituzioni competenti per territorio (Prefetture, Comuni, ASL ecc.), le persone attualmente presenti negli insediamenti di cui sopra possano essere rapidamente trasferite presso idonee strutture di accoglienza, di piccole dimensioni o comunque atte a garantire il rispetto delle misure igienico-sanitarie previste dai decreti in materia di emergenza Covid-19.

In considerazione dello stato emergenziale, tali misure dovrebbero essere adottate, unitamente alle Prefetture territorialmente competenti, anche in deroga a quanto disposto dal d.lgs. 142/2015 ed alle altre norme di legge, senza alcuna distinzione tra i singoli casi (e dunque anche per quelle persone titolari di una tipologia di permesso di soggiorno che attualmente non consente l'inserimento nel SIPROIMI o che risultino prive di un permesso di soggiorno in corso di validità e per le quali risulti oggettivamente impossibile immaginare forme di rimpatrio), nonché a prescindere da eventuali pregressi provvedimenti di revoca e/o cessazione di pregresse misure di accoglienza. In ogni caso le Regioni potrebbero utilizzare gli strumenti previsti dalla normativa ordinaria e, tra l'altro, le misure di cui all'art. 40 d.lgs. 286/98.

Dovrebbero inoltre essere predisposti servizi di trasporto pubblico che, compatibilmente con le esigenze di salvaguardia della salute individuale e collettiva, garantiscano gli spostamenti per esigenze di lavoro dei beneficiari delle misure in questione, ove si tratti di attività lavorative escluse dalla sospensione decretata con DPCM 22 marzo 2020, come ad esempio le coltivazioni agricole.

Nelle more di tali trasferimenti, tuttavia, riteniamo fondamentale che le Regioni predispongano urgentemente le misure atte ad assicurare, negli insediamenti rurali e urbani presenti sul proprio territorio:

a) un approvvigionamento idrico di emergenza al fine di fornire acqua potabile nella quantità necessaria a rendere possibile l'adozione delle misure di prevenzione connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19, predisponendo rubinetti a gomito (necessari per non contaminare le mani appena lavate), in misura di almeno un rubinetto ogni 20 persone, ed associando un numero adeguato di dispenser di saponi; come è noto, infatti, ai sensi dell'art. 12, co. 1, del d.lgs. n. 31/2001, alle Regioni compete la *"previsione di misure atte a rendere possibile un approvvigionamento idrico di emergenza per fornire acqua potabile [...], per la quantità ed il periodo minimi necessari a far fronte a contingenti esigenze locali"*, nonché *"l'esercizio dei poteri sostitutivi in casi di inerzia delle autorità locali competenti nell'adozione dei provvedimenti necessari alla tutela della salute umana nel settore dell'approvvigionamento idrico-potabile"*;

b) la distribuzione di kit igienici (detergenti, fazzoletti ecc.) a cadenza periodica;

c) la disponibilità di servizi igienici e la raccolta periodica dei rifiuti;

d) attività di informazione e orientamento, con l'ausilio di mediatori culturali o operatori di comunità delle nazionalità maggiormente rappresentate all'interno degli insediamenti, e distribuzione di materiale informativo plurilingue con indicazione anche dei numeri verdi regionali o altri numeri utili da contattare in caso di sintomi influenzali;

e) interventi (ad es. mediante unità mobili) atti a consentire la tempestiva individuazione delle persone che presentino sintomi tali da far sospettare un possibile contagio, affinché possano essere adottate immediatamente le necessarie misure sanitarie;

f) l'individuazione di strutture dove possano essere collocate le persone che eventualmente dovessero trovarsi nelle condizioni per un isolamento fiduciario e/o la quarantena.

Le risorse necessarie per tali interventi potrebbero essere attinte dai fondi stanziati per l'emergenza Covid-19, dalla dotazione del Piano Triennale di contrasto allo sfruttamento lavorativo in agricoltura e al caporalato approvato il 20 febbraio 2020 per il periodo 2020-2022 che prevede l'erogazione di diversi servizi tra i quali anche l'assistenza sanitaria dei lavoratori, e dai fondi quali il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI), il PON Legalità e il PON Inclusione.

Sappiamo che alcune Regioni, come ad esempio la Regione Puglia, si stanno già attivando positivamente nel senso sopra auspicato.

La predisposizione coordinata delle misure di cui sopra potrebbe essere presumibilmente idonea, in caso di contagio di rilevanti dimensioni in un insediamento informale (con le relative conseguenze in termini di sovraccarico del Sistema sanitario nonché di ordine pubblico), anche ad escludere eventuali profili di responsabilità giuridica in capo ad amministratori e funzionari competenti, ciò che astrattamente sarebbe invece ipotizzabile ove non venissero predisposte le necessarie misure di prevenzione.

Auspichiamo infine che ogni Regione istituisca un tavolo di coordinamento socio-sanitario per la gestione dell'emergenza epidemiologica in corso, con la partecipazione delle organizzazioni del privato sociale attive sul territorio, e che siano fornite chiare indicazioni sulle modalità di spostamento nell'ambito del territorio regionale per attività di volontariato (si vedano ad esempio le ordinanze in materia delle Regioni Lazio e Puglia¹).

Certi di trovare attenzione rispetto all'urgente necessità di adottare tutte le misure atte a favorire la prevenzione dell'epidemia di Covid-19, restiamo a disposizione per fornire i dati e le informazioni sanitarie di cui disponiamo sugli insediamenti informali, nonché per collaborare all'implementazione di tali misure.

Distinti saluti,

INTERSOS
ASGI
ARCI nazionale e ARCI Salerno
A Buon Diritto Onlus
ActionAid
Campagna Ero Straniero
CNCA
Dedalus
Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia
Médecins du Monde - Missione Italia
Medici Contro la Tortura
Medici Senza Frontiere
Medici per i Diritti Umani
Nero e non Solo!
Onlus Oxfam
Sanità di Frontiera
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)
SOS Rosarno
Terra!

¹ Ordinanza del Presidente della Giunta Regione Lazio n. Z00013 del 20 marzo 2020 (<http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/wp-content/uploads/sites/72/Copia-4243.pdf>) Ordinanza del Presidente della Giunta Regione Puglia 21 marzo 2020, n. 190 (http://www.regione.puglia.it/documents/10192/50985988/ORD_190_2020.pdf/2c95df85-3237-487f-b57a-6c6b80f5d9df;jsessionid=7316C49A675C0FFFC-76C2D8E77EAA354)

ALLEGATO 14

Lettera alle istituzioni per la Gestione casi Covid-19 e nuovi inserimenti nelle strutture di accoglienza

Gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19 e dei nuovi inserimenti nelle strutture di accoglienza per cittadini stranieri e per persone senza fissa dimora

Roma, 27 aprile 2020

*Alla cortese attenzione del Ministro dell'Interno
Prof. Luciana Lamorgese*

*Viceministro all'Interno
On. Matteo Mauri*

*Capo del Dipartimento per le Libertà civili
e l'immigrazione del Ministero dell'Interno
Prof. Michele Di Bari*

*Capo del Dipartimento della Protezione Civile
Dott. Angelo Borrelli*

*E p.c. Viceministro alla Salute
Sen. Pierpaolo Sileri*

*Sottosegretario alla Salute
Dott.ssa Sandra Zampa*

*Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
Prof. Silvio Brusafarro*

*Commissario straordinario per l'emergenza coronavirus
Dott. Domenico Arcuri*

*Capo del Dipartimento per le Pari Opportunità
Cons. Paola Paduano*

*Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione
sociale del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali
Dott. Angelo Marano*

*Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome
Dott. Stefano Bonaccini*

*Capo Area Welfare e Immigrazione dell'ANCI
Dott. Luca Pacini*

*Direttrice del Servizio Centrale SIPROIMI
Dott.ssa Virginia Costa*

Gentilissimi,

In quanto organizzazioni impegnate in attività di accoglienza, assistenza sanitaria e tutela dei diritti dei cittadini stranieri e delle persone senza fissa dimora, segnaliamo alla Vostra attenzione alcune problematiche particolarmente urgenti riguardanti i nuovi inserimenti nelle strutture di accoglienza nonché la gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19 all'interno delle stesse.

In molti casi, le strutture di accoglienza non presentano le caratteristiche strutturali e organizzative tali da consentire l'adozione delle misure necessarie per l'isolamento fiduciario così come delineate dall'Istituto Superiore di Sanità¹ (possibilità di ospitare la persona in una stanza singola con bagno riservato, utilizzo di mascherine chirurgiche, misure riguardanti la pulizia degli spazi e la gestione dei rifiuti ecc.). Ciononostante, gli ospiti risultati positivi al Covid-19, i casi sospetti e coloro che sono entrati in contatto stretto con casi confermati o sospetti possono restare in tali strutture, a causa della mancanza di chiari protocolli per la gestione di questi casi e in assenza di strutture dedicate ove possano essere trasferiti. Ciò comporta l'elevatissimo rischio che decine di altri ospiti ed operatori vengono contagiati, soprattutto nei grandi centri caratterizzati da una forte promiscuità, come purtroppo già verificatosi in alcune città.

Inoltre, attualmente in molte città le persone senza fissa dimora che vengono segnalate alle competenti autorità sanitarie in quanto presentano sintomi da Covid-19 o esposte a contatti stretti con casi confermati o sospetti non vengono inserite in alcuna struttura di accoglienza. Di conseguenza, queste persone restano per strada senza essere poste in isolamento e spesso non possono essere rintracciate per l'effettuazione del tampone, con gravissimi rischi per la salute individuale e collettiva.

Alcuni Comuni e Prefetture, d'altro canto, hanno sospeso ogni nuovo inserimento anche di persone asintomatiche all'interno delle strutture di accoglienza² (CAS, SIPROIMI, centri per vittime di tratta, strutture per persone senza fissa dimora ecc.). Altri richiedono, ai fini dell'inserimento, che la persona abbia trascorso 14 giorni in isolamento fiduciario, ma in assenza di una struttura "ponte" dove le persone possano trascorrere questo periodo, ciò equivale di fatto a un blocco delle nuove accoglienze. Di conseguenza, molti titolari di protezione internazionale, richiedenti asilo e vittime di tratta che in base alla normativa vigente hanno diritto all'accoglienza e molte persone senza fissa dimora (molti dei quali cittadini italiani) vengono lasciati privi di qualsiasi accoglienza.

Il mancato inserimento in strutture di accoglienza comporta un pericolo per la salute degli interessati, nonché un aumento dei rischi di contagio, anche in considerazione delle condizioni di promiscuità e del mancato accesso all'acqua corrente che caratterizzano gli insediamenti informali dove le persone escluse dall'accoglienza si trovano costrette a vivere, con gravi ricadute sull'intera collettività.

Riteniamo che, per tutelare efficacemente la salute individuale e collettiva, sia urgente da una parte definire le procedure per la gestione dei casi confermati e sospetti e dei contatti stretti all'interno delle strutture, e dall'altra parte sbloccare urgentemente le nuove accoglienze, definendo le relative procedure e disponendo le misure necessarie.

In particolare, sulla base dell'esperienza sviluppata in questo periodo di emergenza, le organizzazioni scriventi auspicano che, per i nuovi inserimenti nelle strutture di accoglienza collettive (CAS, SIPROIMI, strutture per persone senza fissa dimora, centri per vittime di tratta, comunità per minori ecc.) si preveda una procedura secondo cui:

- a) la persona da collocare in accoglienza viene sottoposta a triage, da effettuarsi a cura della ASL, che può eventualmente avvalersi anche della collaborazione delle organizzazioni del terzo settore;
- b) se la persona presenta sintomi riconducibili al Covid-19 e/o ha avuto contatti stretti con casi confermati o sospetti viene accolta in un'apposita struttura destinata ai casi sospetti e ai contatti stretti, dove viene sottoposta all'isolamento con sorveglianza sanitaria e al tampone a cura del Dipartimento di prevenzione territorialmente competente;

¹ <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4266>; <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-Covid-19-1-2020.pdf>

² Si veda ad esempio la nota del Comune di Roma del 9 marzo 2020 "Interventi di prevenzione e contenimento della diffusione del Covid-19 nell'ambito dell'accoglienza e dell'inclusione".

- c) se la persona non presenta sintomi riconducibili al Covid-19 e non ha avuto contatti stretti con casi confermati o sospetti viene accolta per 14 giorni in isolamento fiduciario “prudenziale”³, con sorveglianza sanitaria e possibilmente effettuazione del tampone; tale periodo di isolamento può svolgersi:
- in una struttura d’accoglienza ordinaria (CAS, SIPROIMI, struttura per senza fissa dimora ecc.), ove questa presenti caratteristiche strutturali e organizzative tali da consentire l’isolamento fiduciario;
 - oppure in un’apposita struttura “ponte” per l’isolamento fiduciario “prudenziale” della durata di 14 giorni, terminato il quale, ove la persona non sviluppi sintomi riconducibili al Covid-19 e previo nulla osta medico, potrà essere trasferita in una struttura d’accoglienza ordinaria.

Per ragioni di razionalità organizzativa ed economicità, le strutture “ponte” potrebbero accogliere cittadini sia italiani che stranieri, a prescindere dalla struttura ordinaria in cui dovranno essere successivamente inseriti (CAS, SIPROIMI, strutture per senza fissa dimora ecc.). Le strutture “ponte” debbono in ogni caso tenere conto della condizione giuridica dei destinatari e laddove ospitino richiedenti protezione internazionale, pur nei limiti dati dalla condizione di isolamento fiduciario, devono garantire il rispetto delle condizioni previste dal d.lgs. 142/2015 (informativa e orientamento legale ecc.), così come nel caso di minorenni devono essere rispettate le norme in materia di diritti dei minori.

Considerato che molte strutture d’accoglienza ordinarie non presentano caratteristiche tali da consentire l’isolamento fiduciario, non avendo stanze singole con bagno riservato né un’organizzazione in grado di garantire le misure raccomandate dall’Istituto Superiore di Sanità per l’isolamento fiduciario, vi è il concreto rischio che, fino a quando non verranno aperte strutture “ponte”, i nuovi inserimenti nelle strutture di accoglienza ordinarie restino bloccati ovvero siano gestiti senza adeguate garanzie di sicurezza per gli ospiti e per gli operatori.

Come noto, l’art. 6 co. 7 del decreto-legge n. 18/2020 attribuisce al Prefetto il potere di disporre, su proposta del Dipartimento della protezione civile e sentito il Dipartimento di prevenzione territorialmente competente, la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove tali misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona. La disposizione in esame, richiamata anche dalla circolare del Ministero dell’Interno del 1 aprile 2020 relativa al sistema di accoglienza, non attua alcuna distinzione a seconda dello status della persona, bensì è applicabile in tutti i casi in cui le misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata. Ne deriva che, proprio in ragione dell’emergenza sanitaria, il Prefetto debba intervenire per garantire la possibilità di mettere in atto le misure di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o permanenza domiciliare anche nei confronti di quelle persone la cui accoglienza ordinaria è di competenza dei Comuni o di altre autorità (si pensi ad esempio alle persone senza fissa dimora ovvero ai titolari di protezione internazionale che sono ordinariamente inseriti nel SIPROIMI).

³ Si ritiene che, come sta già avvenendo in diverse città, l’indicazione circa l’inserimento in strutture “ponte” per il periodo di 14 giorni di isolamento fiduciario, prevista dalle circolari del Ministero dell’Interno del 18 marzo e del 1 aprile 2020 con riferimento ai migranti in arrivo in Italia (in conformità con quanto previsto dall’ordinanza adottata dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti il 28 marzo 2020, per tutte le persone in ingresso in Italia), debba ragionevolmente essere applicata anche all’inserimento dei migranti già presenti sul territorio italiano, nonché all’inserimento di cittadini italiani nelle diverse tipologie di strutture di accoglienza (per senza fissa dimora ecc.).

Le criticità sopra citate sono state più volte rappresentate dalle organizzazioni scriventi alle autorità locali competenti, ma mentre in alcuni territori Comuni, Regioni e Prefetture si sono positivamente attivati, anche in attuazione dell'art. 4 decreto-legge n. 18/2020 e dell'art. 6, co. 7 del decreto-legge n. 18/2020, nella maggior parte dei casi tali problematiche sono rimaste irrisolte.

Per tali motivi, richiediamo un intervento urgente del Dipartimento della Protezione Civile e del Ministero dell'Interno, al fine di:

- a) verificare
 - se i Comuni e le Prefetture, in base alle rispettive competenze in materia di accoglienza, abbiano attivato strutture dove possano essere ospitate persone per le quali le misure della sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o permanenza domiciliare non possano essere attuate presso il domicilio;
 - se le Regioni abbiano attivato, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del decreto-legge n. 18/2020, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza Covid-19;
- b) qualora la verifica di cui al punto precedente dia esito negativo, ovvero non sia in grado di coprire le esigenze dovute all'emergenza in corso, proporre ai Prefetti, sentito il Dipartimento di prevenzione territorialmente competente, la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone per le quali le misure della sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o permanenza domiciliare non possano essere attuate presso il domicilio, come previsto dall'art. 6, co. 7 e 8 del decreto-legge n. 18/2020, provvedendo laddove necessario anche ad adottare appositi provvedimenti per la gestione da parte di terzi delle strutture medesime; sarebbe a nostro avviso necessario distinguere tre tipologie di strutture:
 - strutture per i casi confermati (come da circolare del Ministero della Salute del 9 marzo 2020);
 - strutture per i casi sintomatici sospetti e per i contatti stretti di casi confermati o sospetti (come da circolare del Ministero della Salute del 9 marzo 2020);
 - strutture "ponte" per l'isolamento fiduciario "prudenziale" di persone asintomatiche che non abbiano avuto contatti stretti con casi confermati o sospetti, alle quali sia richiesto di trascorrere 14 giorni di isolamento fiduciario con sorveglianza sanitaria, ai fini del successivo inserimento in strutture di accoglienza ordinarie (CAS, SIPROIMI, strutture per senza fissa dimora ecc.).

Si ritiene altresì fondamentale che il Ministero dell'Interno si faccia promotore della diffusione presso le Prefetture di linee guida e protocolli emanati dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore della Sanità inerenti le procedure da seguire in relazione ai nuovi inserimenti nelle strutture di accoglienza e alla gestione dei casi confermati e sospetti e dei contatti stretti all'interno delle strutture, anche al fine di specificare le indicazioni già fornite nella circolare del 1 aprile circa lo screening da parte delle competenti autorità sanitarie, il rilascio di idonea certificazione sanitaria nonché le caratteristiche che devono avere gli spazi all'interno dei centri, o strutture apposite, da destinare all'applicazione delle misure di sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o permanenza domiciliare.

Con riferimento ai nuovi ingressi, così come il Ministero dell'Interno ha indicato ai Prefetti di garantire la prosecuzione dell'accoglienza anche a favore di coloro che non hanno più titolo a permanere nei centri, si auspica che venga consentito l'inserimento in accoglienza anche dei cittadini stranieri che non ne abbiano più titolo, in considerazione della preminente esigenza di tutelare la salute individuale e collettiva.

Infine, si evidenzia come le strutture collettive caratterizzate da grandi concentrazioni di persone non siano oggettivamente idonee a garantire il rispetto delle misure di prevenzione e la salvaguardia della salute degli ospiti e degli operatori, e pertanto della salute pubblica. L'attuale emergenza sanitaria rende ancora più evidente la necessità di riformare il sistema di accoglienza, in direzione dell'accoglienza diffusa.

Certi di trovare attenzione rispetto alla necessità di adottare tutte le misure atte a favorire la prevenzione dell'epidemia di Covid-19, chiediamo un incontro urgente per discutere delle questioni sollevate e restiamo a disposizione per supportare le autorità competenti nella definizione ed implementazione di eventuali protocolli per le misure di prevenzione nel sistema di accoglienza.

A Buon Diritto Onlus
ACLI
ActionAid
Amnesty International Italia
ARCI
ASGI
Caritas Italiana
Centro Astalli
CIR
CNCA
Comunità di Sant'Egidio
Emergency
Europasilo
Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia
Focus - Casa dei Diritti Sociali
Fondazione Migrantes
INTERSOS
Legambiente
Médecins du Monde - Missione Italia
Medici Contro la Tortura
Medici per i Diritti Umani
Medici Senza Frontiere
Oxfam Italia
Sanità di Frontiera Onlus
Save the Children Italia
Senza Confine
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

ALLEGATO 15

Nota alle istituzioni per la Gestione dell'emergenza Covid-19 negli insediamenti informali

Proposte del Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) e del Tavolo Asilo (TA)

30 settembre 2020

Premessa

Le osservazioni e proposte che seguono sono state elaborate sulla base dell'esperienza sul campo delle organizzazioni del Tavolo Immigrazione e Salute nel fornire assistenza sanitaria, informazioni, orientamento e tutela legale alle persone che vivono nei principali insediamenti informali rurali ed urbani sul territorio nazionale (Puglia - Provincia di Foggia; Lazio - Città di Roma; Calabria - Provincia di Crotone e Cosenza; Sicilia - Province di Siracusa, Trapani e Ragusa; Basilicata - Provincia di Matera; Calabria-Piana di Gioia Tauro; Campania - Città di Napoli ecc.).

Gli insediamenti informali sono caratterizzati da un elevato grado di rischio con riferimento al contagio da Covid-19, tanto più elevato quanto maggiori sono:

- a) la carenza di standard igienico sanitari necessari per l'adozione delle misure di prevenzione;
- b) le condizioni di promiscuità abitativa;
- c) le dimensioni dell'insediamento;
- d) la mobilità di persone (dall'esterno verso l'insediamento e viceversa);
- e) la mancanza di organizzazione interna all'insediamento;
- f) la presenza di persone vulnerabili per fascia d'età e condizione di salute preesistente.

Negli insediamenti rurali e urbani non organizzati, di grandi dimensioni, caratterizzati da promiscuità abitativa e assoluta mancanza di servizi igienico-sanitari, e con una popolazione ad elevata mobilità, il grado di rischio è al massimo livello, in particolare ove vi siano anche persone vulnerabili.

A differenza di questi ultimi, gli insediamenti urbani organizzati, quali le occupazioni abitative, offrono un margine più ampio per l'attuazione di misure di prevenzione. Nella gran parte dei casi, infatti, la pro-miscuità abitativa è più limitata, vi è accesso all'acqua corrente e sono presenti servizi igienici, per quanto a volte ad uso promiscuo. Inoltre, si tratta di insediamenti in cui vi è un certo grado di organizzazione. In questo tipo di insediamenti, il maggior elemento di criticità è dato dall'intensa vita comunitaria degli abitanti, che rende potenzialmente più rapida la diffusione di un eventuale contagio ed è dunque fondamentale assicurare una corretta e chiara informazione sulle misure di prevenzione e di contenimento.

Le proposte che seguono sono state elaborate con riferimento soprattutto agli insediamenti informali non organizzati.

Come premessa generale, riteniamo essenziale che gli insediamenti informali non siano più considerati come “terra di nessuno”, contesti di cui le istituzioni sostanzialmente non si occupano, delegando tutto al terzo settore. È urgente e necessaria una forte assunzione di responsabilità da parte delle istituzioni competenti, con le quali le organizzazioni del privato sociale possono collaborare, ma in un’ottica di sussidiarietà e non di sostituzione.

1. Soluzioni abitative

Gli insediamenti informali (con l’unica, parziale eccezione, degli insediamenti urbani organizzati) sono luoghi in cui è impossibile attuare misure di prevenzione realmente efficaci, a causa degli standard igienico sanitari inadeguati e delle condizioni di promiscuità abitativa forzata.

È fondamentale che il Ministero della Salute si esprima sulla necessità che, ai fini di un’efficace prevenzione e contenimento dell’epidemia di Covid-19, le persone dimoranti negli insediamenti informali, con o senza regolare titolo di soggiorno, vengano urgentemente riallocate in adeguate sistemazioni abitative.

In particolare, si auspica che il Ministero della Salute solleciti le Regioni e le Amministrazioni dello Stato competenti affinché venga attuato l’art. 103, co. 20 del c.d. decreto rilancio d.l. 34/20, che stabilisce che *“Al fine di contrastare efficacemente i fenomeni di concentrazione dei cittadini stranieri in condizioni inadeguate a garantire il rispetto delle condizioni igienico-sanitarie necessarie al fine di prevenire la diffusione del contagio da Covid-19, le Amministrazioni dello Stato competenti e le Regioni, anche mediante l’implementazione delle misure previste dal Piano triennale di contrasto allo sfruttamento lavorativo in agricoltura e al caporalato 2020-2022, adottano soluzioni e misure urgenti idonee a garantire la salubrità e la sicurezza delle condizioni alloggiative, nonché ulteriori interventi di contrasto del lavoro irregolare e del fenomeno del caporalato. Per i predetti scopi il Tavolo operativo istituito dall’art. 25 quater del decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2018, n. 136, può avvalersi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, del supporto del Servizio nazionale di protezione civile e della Croce Rossa Italiana.”*

2. Promozione delle misure di prevenzione negli insediamenti informali

Nelle more della riallocazione in sistemazioni abitative, è necessario che vengano promosse le misure di prevenzione all’interno degli insediamenti informali, seppur di noto impatto limitato, attraverso:

- a) Interventi di riduzione dei fattori di rischio: in particolare
 - garanzia dell’accesso all’acqua potabile
 - distribuzione periodica di kit igienici (detergenti, fazzoletti ecc.) e di mascherine chirurgiche
 - disponibilità di servizi igienici
 - raccolta periodica dei rifiuti
 - distribuzioni alimentari.
- b) Attività di informazione e orientamento, con l’ausilio di mediatori culturali delle nazionalità maggiormente rappresentate all’interno degli insediamenti, e distribuzione di materiale informativo plurilingue con indicazione anche dei numeri verdi regionali o altri numeri utili da contattare in caso di sintomi.
- c) Coinvolgimento attivo delle comunità: in particolare attraverso l’individuazione di figure di riferimento all’interno delle singole comunità, che ricevano una formazione specifica sulle misure di prevenzione del Covid-19 e che diventino dei veri e propri “promotori della

salute". Questa strategia non solo garantisce un percorso di crescita e responsabilizzazione degli abitanti ma consente anche l'elaborazione di strategie sociali e linee guida operative sulla prevenzione da corona-virus, applicabili ai singoli contesti comunitari con opportune differenze da caso a caso. Questa ultima strategia è chiaramente più praticabile negli insediamenti organizzati come le occupazioni abitative, molte delle quali strutturate in rete fra loro, e coordinate in un organo centrale attraverso i rappresentanti di ogni edificio, che hanno la capacità di far arrivare in modo capillare le indicazioni al resto degli abitanti.

Sarebbe estremamente utile un intervento del Ministero della Salute che solleciti le Regioni e le Amministrazioni dello Stato competenti affinché vengano adottate tali misure, anche segnalando i positivi interventi realizzati da alcune Regioni come ad es. la Regione Puglia, che ha provveduto all'installazione di cisterne per l'approvvigionamento di acqua potabile in una serie di insediamenti spontanei di migranti stagionali in agricoltura nella Provincia di Foggia, come misura di prevenzione Covid-19.

Con riferimento all'approvvigionamento idrico, si ricorda che, ai sensi dell'art. 12, co. 1, del d.lgs. n. 31/2001, alle Regioni compete la *"previsione di misure atte a rendere possibile un approvvigionamento idrico di emergenza per fornire acqua potabile [...], per la quantità ed il periodo minimi necessari a far fronte a contingenti esigenze locali"*, nonché *"l'esercizio dei poteri sostitutivi in casi di inerzia delle autorità locali competenti nell'adozione dei provvedimenti necessari alla tutela della salute umana nel settore dell'approvvigionamento idrico-potabile"*.

3. Individuazione dei casi sospetti negli insediamenti informali

- a) Unità mobili: È fondamentale che in tutti i principali insediamenti informali siano attivate unità mobili costituite da operatori sanitari e mediatori culturali delle principali nazionalità presenti, al fine di consentire la tempestiva individuazione dei casi sospetti, di realizzare un rapido ed efficace contact tracing a fronte di casi positivi riscontrati, e l'immediata adozione delle necessarie misure sanitarie. Negli insediamenti che lo consentono, la presenza di "promotori della salute" all'interno delle stesse comunità può integrare efficacemente il monitoraggio delle unità mobili, anche accelerando l'individuazione dei casi sospetti.
- b) Numero d'emergenza: Sarebbe utile l'attivazione di un numero di telefono dedicato con possibilità di scrivere e chiamare anche tramite WhatsApp e possibilità di parlare oltre che con personale medico formato anche con un mediatore linguistico-culturale. Questo strumento migliorerebbe la possibilità della sorveglianza, la promozione delle misure per mitigare il rischio di trasmissione del virus e permetterebbe un intervento di maggior prossimità alle popolazioni già fragili e marginalizzate.
- c) Sistema di alert a livello nazionale sui focolai attivi in insediamenti informali: Considerata l'elevata mobilità di una parte significativa delle persone che vivono negli insediamenti informali, soprattutto rurali, è di fondamentale importanza monitorare gli arrivi di persone provenienti da insediamenti in cui vi siano stati casi di positività, al fine di consentire un risk assessment più efficace. Attualmente, tuttavia, non sono disponibili informazioni sistematiche e aggiornate sui focolai attivi negli insediamenti informali a livello nazionale, e dunque gli operatori non riescono a effettuare efficacemente un risk assessment sulla base del luogo di provenienza delle persone che giungono nell'insediamento di riferimento. Sarebbe estremamente utile una regolare comunicazione dei dati su focolai attivi in insediamenti informali (o nelle vicinanze) da parte del Ministero della Salute alle istituzioni sanitarie e alle organizzazioni del privato sociale impegnate in azioni di tutela sociosanitaria istituzionalmente riconosciuta nell'ambito di insediamenti informali. Si tratterebbe di dati aggregati, dunque senza alcun problema in termini di tutela della privacy.

- d) Controlli nei nodi di trasporto e nei luoghi di lavoro:
- Implementazione di sistemi di controllo della temperatura corporea nei nodi di trasporto dei siti ad alta mobilità, attraverso la misurazione della temperatura in partenza ed in arrivo (per quanto previsto, è ampiamente disatteso in molte parti d'Italia).
 - Indicare ai datori di lavoro agricoli la sistematica misurazione/auto-misurazione della temperatura corporea dei dipendenti prima del turno lavorativo, misura che può essere imposta dalle Aziende Sanitarie Locali.

4. Gestione dei casi sospetti o positivi

- a) Attivazione dell'ASL all'interno degli insediamenti informali: In caso si verifichi anche un solo caso sospetto o di positività al SARS-CoV-2 in un insediamento, è necessario un coinvolgimento attivo della ASL, laddove non ancora presente sul campo. Il privato sociale può agire in autonomia per ciò che riguarda la promozione delle misure di prevenzione e la sorveglianza attiva in un contesto in cui non si siano ancora verificati casi, ma alla prima positività o anche solo in presenza di un caso sospetto è necessaria la diretta operatività dell'autorità sanitaria sul campo, cui il privato sociale potrà fornire il suo supporto.

In particolare, è fondamentale che le USCA si rechino nell'insediamento per effettuare i TNF al domicilio, al fine di limitare trasporti, altrimenti spesso realizzati con mezzi pubblici o con veicoli condivisi, e per effettuare il contact tracing.

In base all'esperienza raccolta sul campo, la collaborazione tra SISP e ASL è molto facilitata dalla presenza di una UOC dedicata che può supportare il SISP grazie a una più approfondita conoscenza della popolazione migrante sul territorio e delle vulnerabilità.

Per gli abitanti di insediamenti informali che hanno un medico di base, potrebbe essere utile avviare, attraverso le ASL, dei colloqui conoscitivi con i medici di base che hanno in carico queste persone, sollecitandone l'intervento tempestivo in caso di sintomi sospetti, alla luce dell'alto rischio di contagio e diffusione che tali contesti abitativi offrono.

- b) Piano operativo per l'attuazione tempestiva delle misure sanitarie: È necessario predisporre un piano operativo da applicare qualora si verificano casi multipli in insediamenti informali di grandi dimensioni, rischio reale e che preoccupa per la sua difficoltà di gestione, sanitaria e di ordine pubblico, e che trova la sua massima espressione di rischio negli insediamenti informali di tipo rurale.

Dato l'elevato rischio in tali luoghi, il trasferimento dei casi sospetti o positivi ed il tracciamento dei contatti devono essere realizzati con un metodo che permetta massima tempestività.

Il piano dovrebbe, tra l'altro definire le strutture dove trasferire, rispettivamente, i casi positivi e i casi sospetti e le relative modalità di trasporto, nonché le modalità per la riallocazione in centri di accoglienza di persone con vulnerabilità psichica o fisica, a tutela degli effetti che l'infezione potrebbe avere sugli stessi.

5. Strutture per quarantena e isolamento

- a) Attivazione di strutture per quarantena e isolamento: Nelle zone con insediamenti informali di grandi dimensioni, è necessaria l'attivazione di due tipologie di struttura, che potrebbero avvalersi anche del sistema alberghiero:
- una dedicata all'isolamento di casi positivi accertati che non necessitino di ricovero ospedaliero;
 - una dedicata alla quarantena fiduciaria di casi sospetti e contatti stretti in attesa di TNF.

Per ridurre i casi di rifiuto di trasferimento, è auspicabile che le strutture si trovino ad una distanza di non oltre 1 ora di trasporto dagli insediamenti informali.

Laddove ci fossero difficoltà nell'individuare le strutture, è fondamentale che i prefetti usino il potere di requisizione, dato il rischio per la salute pubblica dell'assenza di strutture deputate a questa finalità, e la crucialità del fattore tempo nella risposta all'epidemia.

È preferibile non riferire in ricovero ospedaliero paucisintomatici o asintomatici, considerate: a) l'inaidoneità del ricovero; b) l'impossibilità della struttura ospedaliera di fornire un servizio adeguato in tale contesto; c) il rischio di tensioni interne e sociali.

- b) Standardizzazione di un sistema di trasporto verso le strutture di quarantena ed isolamento, per casi sospetti o contatti stretti asintomatici o paucisintomatici, in capo alle Aziende Sanitarie.
- c) Moduli di isolamento: negli insediamenti rurali di grandi dimensioni e nelle occupazioni abitative che lo consentono, può essere utile l'attivazione di unità di isolamento, attraverso la predisposizione di moduli abitativi in prossimità dell'insediamento o di spazi idonei all'interno degli edifici che assicurino l'isolamento temporaneo in attesa di spostamento dei casi sospetti/dei contatti stretti di casi accertati non collaboranti per uno spostamento immediato in struttura, pur trattandosi di possibilità con alto rischio di mancato rispetto delle misure.

Le c.d. "navi quarantena" sono invece una soluzione in generale inaccettabile, anche in considerazione dell'impatto psicologico della permanenza forzata su persone che hanno quasi sempre subito traumi durante la migrazione, a maggior ragione inefficace e fallimentare se proposta a popolazioni che provengono da insediamenti informali e che sono quindi stabilmente in Italia da diverso tempo.

6. Prevenzione degli allontanamenti e delle tensioni

Negli ultimi mesi si sono verificati diversi casi in cui cittadini stranieri si sono allontanati o hanno tentato di allontanarsi, anche con momenti di forte tensione, dalle strutture ospedaliere o dalle strutture per l'isolamento fiduciario.

Tra le motivazioni di tali tensioni e allontanamenti:

- La mancata comprensione della necessità di restare in ospedale o in isolamento, soprattutto nei casi di persone asintomatiche;
- L'assenza di adeguate informazioni in lingua comprensibile;
- La necessità di lavorare e il timore di perdere il lavoro;
- La necessità di recarsi presso gli Uffici immigrazione delle questure, le Commissioni, etc per l'adempimento di pratiche burocratico-amministrative connesse al titolo di soggiorno;
- Il timore, soprattutto per i cittadini stranieri che risultano privi di permesso di soggiorno, di essere sottoposti a provvedimenti di trattenimento e poi espulsi;

Per ridurre tali tensioni e allontanamenti si raccomanda dunque:

- a) L'attivazione di un servizio di mediatori linguistico-culturali negli ospedali e nelle strutture per quarantena o isolamento, ai fini di garantire alle/ai cittadini stranieri ogni informazione sulla propria situazione di salute, sul percorso sanitario da effettuare e le relative motivazioni.
- b) Attivazione di un servizio di tutela legale attraverso il coinvolgimento degli enti di tutela e gli sportelli informativi attivi sui territori, ai fini di garantire informativa e orientamento legale, supporto alle procedure burocratico-amministrative presso gli uffici competenti (Uffici immigrazione delle questure, Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, Comuni, etc) durante il periodo della propria quarantena/isolamento.

- c) Attivazione di un servizio di consulenza dei sindacati per tutte le questioni inerenti il contratto di lavoro e la sospensione durante il periodo di malattia, al fine di fornire risposte a tutti i dubbi e preoccupazioni.

Infine, appare altresì necessario evidenziare come l'assenza di titolo di soggiorno incida notevolmente sullo stato di salute complessivo delle/i cittadini stranieri e sulla necessità di tutela della salute individuale e pubblica, nonché in termini di efficacia della tutela e di adeguata valutazione delle vulnerabilità multiple.

Si rappresenta che centinaia di associazioni hanno sottoscritto una proposta di regolarizzazione finalizzata sia all'emersione da una condizione di invisibilità e dunque di esposizione al rischio di marginalità e sfruttamento, ma anche nell'ottica di una conseguente migliore tutela della salute personale e collettiva ai fini di inclusione di tutti le/i cittadini stranieri presenti in Italia nei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

Il recente provvedimento governativo relativo all'emersione con termine delle presentazione delle domande al 15 agosto scorso, così come evidente dai dati pubblicati, non ha costituito una risposta – se non in modo molto parziale e limitato – alla richiesta di regolarizzazione delle/i cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno, pertanto continua a permanere una situazione molto critica anche in considerazione dell'emergenza sanitaria tuttora in corso.

ALLEGATO 16

Nota su assunzione di personale sanitario straniero

Avvisi pubblici per l'assunzione di medici e personale sanitario in tempi di Covid. Deroga all'art. 38 d.lgs. 165/2001

16 Novembre 2020

*Spett.le Ministra per la Pubblica Amministrazione
On. Fabiana Dadone*

*Spett.le Ministro della Salute
On. Roberto Speranza*

*Spett.le Sottosegretaria alla Salute
On. Sandra Zampa*

Le scriventi organizzazioni – che operano nel campo del contrasto alle discriminazioni e della tutela dei diritti e della salute degli stranieri – hanno riscontrato che moltissime procedure concorsuali indette in questi mesi dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere non tengono conto della novella legislativa introdotta dall'art. 13, comma 1 bis del d.l. 18/2020 (c.d. decreto "Cura Italia) convertito in legge n. 27/2020.

Come noto detta norma dispone quanto segue:

"Per la medesima durata (cioè per il periodo in cui ha effetto la dichiarazione dello stato di emergenza) le assunzioni alle dipendenze della pubblica amministrazione per l'esercizio di professioni sanitarie e per la qualifica di operatore socio-sanitario sono consentite, in deroga all'articolo 38 del dlgs 30.3.2001 n. 165, a tutti i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea, titolari di un permesso di soggiorno che consente di lavorare, fermo ogni altro limite di legge."

Benché appaia illogico che una modifica di questa portata sia limitata al solo periodo di emergenza, resta il fatto che, quantomeno entro tale limite temporale, i bandi non dovrebbero più prevedere requisiti di cittadinanza.

Ciononostante, i bandi concorsuali continuano invece a richiedere, quanto ai medici, il requisito della "cittadinanza italiana o di Paesi dell'Unione Europea" e, quanto al restante personale sanitario (infermieri, OSS, ASA ecc.) i requisiti previsti dall'art. 38 TU pubblico impiego, escludendo pertanto i cittadini extra UE che non siano soggiornanti di lungo periodo, anche se titolari di un permesso che consente di lavorare.

Ci risulta che anche la Protezione civile abbia indetto una procedura per l'individuazione di 1500 unità di personale per il rinforzo della medicina territoriale impegnata nel contenimento dell'emergenza COVID -19 inserendo tra i requisiti quelli previsti dall'art. 38 d.lgs. 165/2001.

Tale situazione si inserisce peraltro in un contesto già reso complesso, per quanto riguarda i medici, dal DPCM 174/94 che, come Vi è noto, riserva ai cittadini italiani tutti i posti di qualifica

dirigenziale (ivi compresi quindi tutti i posti di lavoro dei medici), con disposizione che confligge con il diritto dell'Unione e che per tal motivo è già stata ritenuta illegittima dal Consiglio di Stato nella nota vicenda dei direttori dei Musei (Ad. Plen. 25.6.2018 n. 9).

In tale contesto il sistema sanitario da un lato opera, in molte sue componenti, in violazione di una specifica disposizione di legge; dall'altro omette di selezionare il personale sulla base delle capacità individuali, rinunciando così all'apporto di personale qualificato che, soprattutto in questo periodo, potrebbe invece essere di decisiva importanza.

Tale personale sanitario è infatti già presente in Italia: secondo l'AMSI (Associazione Medici Stranieri in Italia) nel nostro Paese sono presenti circa 77.500 persone aventi cittadinanza straniera con qualifiche sanitarie e che avrebbero dunque i titoli per essere assunti. Non si tratta pertanto di reclutare il personale sanitario dall'estero, il che comporterebbe le note conseguenze negative connesse al *brain drain* nonché la violazione del "WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel" del 2010 ma di utilizzare le ingenti risorse umane già presenti sul nostro territorio.

Siamo pertanto a richiedere ai Ministeri in indirizzo:

- di intervenire immediatamente presso le Regioni e gli enti del SSN affinché rettifichino i bandi già aperti dando applicazione all'art. 13 citato, consentendo l'accesso alle professioni sanitarie a tutti gli stranieri titolari di un permesso di soggiorno che consente di lavorare;
- di intervenire presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Consiglio stesso affinché venga modificato il DPCM 174/94 escludendo i posti di lavoro dei medici da quelli riservati ai cittadini italiani, quantomeno quando detti posti di lavoro non comportino in via esclusiva e continuativa l'esercizio di pubbliche funzioni;
- di intervenire presso il Consiglio dei Ministri affinché il Governo si faccia promotore di una modifica legislativa che estenda gli effetti del citato art. 13 d.l. 18/2020, oltre il periodo di emergenza.

Certi di trovare attenzione rispetto alla necessità di garantire il pieno rispetto della normativa vigente e l'adozione di tutte le misure volte a consentire una risposta efficace da parte del Servizio Sanitario Nazionale alla gravissima emergenza sanitaria in atto,

restiamo a disposizione per un incontro con le Autorità competenti e auspichiamo un pronto riscontro alla presente vista l'urgenza della situazione.

Per ASGI – Il Presidente avv. Lorenzo Trucco

Per la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) – Il Presidente Prof. Maurizio Marceca

Per Lunaria – Grazia Naletto – Responsabile Migrazioni e lotta al razzismo

Per Italiani Senza Cittadinanza – Paula Isidora Baudet Vivanco

Per INTERSOS – Cesare Fermi – INTERSOS Migration Unit Regional Director

Per Sanità di frontiera ONLUS – Francesco Aureli – Direttore Generale

Per Médecins du Monde France - Missione Italia – La Rappresentante Legale Elise Joisel

ALLEGATO 17

Contributo SIMM all'11° Rapporto CRC

Salute e servizi sanitari per minorenni stranieri

a cura di R.M. Da Riolo e S. La Placa ed è estratto da "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza" 11° Rapporto sul Monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia

novembre 2020

Salute e servizi sanitari per minorenni stranieri

Molto è stato fatto negli ultimi venti anni e molto rimane da fare per la tutela del diritto alla salute dei minorenni stranieri in Italia, a fronte di un significativo incremento di questa fascia di popolazione¹. L'esperienza migratoria, vissuta personalmente o indirettamente in quanto figli di immigrati, ha rappresentato e rappresenta un fattore di rischio per la salute di questi/e bambini/e e adolescenti quando non è supportata da politiche di sostegno, inclusione e inserimento degli adulti e della famiglia. Da qui la necessità in questi anni, monitorati dal Gruppo CRC, di un approccio pluridimensionale alla promozione della salute dei minorenni stranieri, che tenga conto sia delle politiche attive di inclusione sociale, sia dell'elemento della "permeabilità" dei servizi sanitari. Entrambe sono infatti da considerare questioni determinanti per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici², pensati e realizzati in un'ottica di piena inclusione ed equità nell'offerta, anche per quanto riguarda l'assistenza alla gravidanza e al parto³.

A fronte di un quadro normativo nazionale sostanzialmente in linea con tale approccio, la non univoca interpretazione di quest'ultimo a livello regionale ha rappresentato in questi anni un esempio emblematico di barriera giuridico-amministrativa che ne ha minato la concreta realizzazione.

L'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e PPAA (CSR) del 20/10/2012⁴, che a sua volta aveva dato un'interpretazione autentica e univoca della normativa vigente (DL 286/1998)⁵, avrebbe dovuto rappresentare una risposta alla precedente eterogeneità applicativa, ma nei fatti si è tradotto in provvedimenti attuativi solo in alcune Regioni, lasciando parzialmente irrisolte soprattutto le

¹ ISTAT (2020), Identità e percorsi di integrazione delle seconde generazioni in Italia: "Gli stranieri residenti in Italia con meno di 18 anni erano circa 26 mila al censimento del 1991, 285 mila a quello del 2001 e oltre 940 mila a quello del 2011. Secondo i dati anagrafici sarebbero diventati un milione e 40 mila all'inizio del 2018". Cfr. <https://www.istat.it/it/files//2020/04/Identita%20e-percorsi.pdf>.

² Geraci, S. – El Hamad, I. (2011), "Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre", in *Italian Journal of Public Health*, 9, 8(3) suppl. 3, pagg. 14-20. Cfr. <http://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/fisiopatologia-del-puterperio/discipline-demoetnoantropologiche/materiale-lezioni/barriere%20nel%20accesso%20ai%20servizi%20e%20fruibilita.pdf>.

³ Comitato ONU, Osservazioni conclusive, 2011, punto 48: http://grupprocrc.net/wp-content/uploads/2009/08/OSSERVAZIONI_COMITATO_IN_ITALIANO_2011-3.pdf.

⁴ Accordo della Conferenza Stato-Regioni e delle PPAA del 20/12/2012 sulle "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome", Rep. Atti n. 255/ CSR, G.U. n. 32 del 07/02/2013, Suppl. Ordinario n. 9.

⁵ Cfr. <https://www.camera.it/parlam/leggi/98040l.htm>.

criticità nell'ambito dell'accoglienza e della presa in carico proprio delle persone più fragili, compresi i minorenni figli di genitori irregolari.

Un successivo passo in avanti è stato rappresentato dalla pubblicazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (con DPCM 18/03/2017, art. 63)⁶, in cui viene ribadito che "i minori stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono iscritti al SSN e usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani", compresa l'iscrizione al Pediatra di Libera Scelta (PLS).

Purtroppo nel DPCM 18/03/2017, così come nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni (CSR), non si fa riferimento esplicito ad alcuna iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Regionale (SSR) per i minori comunitari figli di genitori in stato di irregolarità⁷. Per questi è prevista solo un'assistenza sanitaria tramite l'assegnazione di un codice ENI (europeo non iscritto)⁸. L'iscrizione al SSR per i minorenni comunitari ha quindi una base giuridica più debole e di più difficile applicazione, derivando solo indirettamente dal concetto di non discriminazione tra gruppi di persone di età minore (art. 2 CRC). A oggi, in sei Regioni italiane i minorenni, figli sia di comunitari con codice ENI sia di extracomunitari con codice STP (stranieri temporaneamente presenti), non hanno accesso al pediatra di libera scelta (PLS) o al medico di medicina generale (MMG) e possono solo essere visitati dal pediatra del consultorio, negli ambulatori STP-ENI o al Pronto Soccorso. In altre sette Regioni risulta chiara una disparità di trattamento fra minorenni comunitari ed extracomunitari, con accesso al PLS solo per questi ultimi⁹, nonostante l'Accordo CSR equipari di fatto i livelli assistenziali di entrambi i codici ENI e STP. Resta da evidenziare che anche il mancato rilascio del codice fiscale (CF) costituisce un ostacolo all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i minori figli di irregolari; attualmente solo quelli nati in Italia possiedono il CF; nei restanti casi, in mancanza, vengono utilizzati in molte regioni i codici STP-ENI "ampliati" alla possibilità di accesso al PLS o al MMG. Inoltre, a tutt'oggi, un deterrente per l'iscrizione anagrafica e conseguente rilascio di CF può essere costituito dalla Legge 94/2009, che ha introdotto il reato d'ingresso e soggiorno irregolare con obbligo di denuncia per i pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio. Questo nonostante la Circolare n.19/2009 del Ministero dell'Interno¹⁰, che purtroppo ha avuto scarsa diffusione, e la successiva depenalizzazione del reato suddetto¹¹.

Anche la mancata possibilità di usufruire di esenzione ticket favorisce la permanenza nell'irregolarità sanitaria e l'aumentato accesso al PS rispetto ai percorsi sanitari appropriati¹². Nel DPCM

⁶ Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), pubblicati in Gazzetta Ufficiale n. 65 (Suppl. Ordinario n. 15): www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg.

⁷ Tale indicazione – iscrizione al SSN anche dei figli di ENI – era già contenuta nel IV Piano nazionale di Azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ed era contemplata anche dalla Presidenza del Consiglio – Dipartimento per le politiche della famiglia (DPR 31 agosto 2016), punto 1.3.3 dell'Obiettivo Generale: "Migliorare la reattività dei sistemi sanitari nel rispondere alle esigenze dei minorenni svantaggiati".

⁸ Ministero della Salute, DG RUERI/II/3152-P/1.3.b/1, del 19/02/2008: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1514_allegato.pdf.

⁹ NAGA-Milano in collaborazione con la SIMM, Rapporto 2019 sull'Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale.

¹⁰ Circolare n.19 del 7 agosto 2009, concernente "Indicazioni operative in materia di anagrafe e stato civile in applicazione della Legge 15 Luglio 2009, n. 94, recante Disposizioni in materia di sicurezza pubblica": "Per lo svolgimento delle attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione [registro di nascita dello stato civile] non devono essere esibiti documenti inerenti al soggiorno trattandosi di dichiarazioni rese, anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto". Ciò in prospettiva di un'eventuale futura richiesta di cittadinanza italiana che, in assenza di un certificato di nascita, non può essere accolta.

¹¹ Legge 67/2014, "Deleghe al Governo in materia di pene detentive non carcerarie e di riforma del sistema sanzionatorio. Disposizioni in materia di sospensione del procedimento con messa alla prova e nei confronti degli irreperibili".

¹² Raccomandazione espressa anche dal Comitato nazionale di Bioetica nel documento "Immigrazione e salute", pubblicato il 23 giugno 2017, e dal 3° Rapporto Supplementare 2017 del Gruppo CRC.

18/03/2017 non sono state date indicazioni operative al riguardo ma, in linea con quanto raccomandato dal Gruppo CRC nel 3° Rapporto Supplementare del 2017¹³, nella Legge di Bilancio 2020¹⁴ viene riconosciuto il diritto all'esenzione del ticket ai "minorenni privi di un sostegno familiare, per i quali l'autorità giudiziaria abbia disposto un provvedimento ai sensi dell'articolo 343 del codice civile o dell'articolo 403 del codice civile, nonché dell'articolo 4 della Legge 4 maggio 1983, n. 184", comprendendo quindi i minori stranieri non accompagnati (MNA) e i minorenni stranieri richiedenti protezione internazionale, che non possono dimostrare il reddito familiare e dunque accedere alle esenzioni previste per le categorie in condizione socio-economica di svantaggio.

Negli ultimi due anni inoltre, l'applicazione della Legge 132/2018, meglio nota come Decreto Sicurezza, ha comportato ulteriori criticità riguardo alla tutela della salute di alcune tipologie di migranti. Nello specifico l'abolizione del permesso di soggiorno per motivi umanitari ha di fatto contribuito ad aumentare il numero di persone in condizione di irregolarità e a ridurre la capacità da parte dei servizi socio-sanitari di intercettare le situazioni a rischio. I minorenni figli di questi "nuovi" irregolari, nonostante il DPCM 18/03/2017, vivono una condizione di particolare vulnerabilità in quanto ai genitori, che non hanno più accesso ai servizi sanitari di base se non per le cure urgenti o essenziali, vengono meno le risorse e le competenze per provvedere alla tutela e alla promozione della salute propria e dei figli (health literacy)¹⁵. Un recente cambio di passo è rappresentato dal nuovo Decreto-legge del 21/10/2020¹⁶, che prevede significative modifiche riguardo sia ai requisiti per la protezione internazionale, sia al sistema di accoglienza, ripristinando maggiori garanzie e tutele per la salute di questi minori e delle loro famiglie. Queste barriere giuridico-amministrative, oltre agli ostacoli di tipo linguistico, comunicativo e relazionale, sono presenti anche nei percorsi di accoglienza sanitaria dei minorenni soli o accompagnati che, soprattutto negli ultimi anni, sono arrivati via terra e via mare da differenti e spesso tragici contesti geopolitici. Un importante passo avanti in questo ambito è stato costituito dalla produzione di Linee guida¹⁷ e Indicazioni operative¹⁸, frutto di una concreta ed efficace collaborazione tecnico-scientifica tra soggetti istituzionali e non istituzionali, finalizzate a favorire l'emersione precoce dei bisogni fisici e psichici delle persone immigrate e la successiva presa in carico per ogni fase del percorso di accoglienza, con specifica attenzione alle vittime di tortura, stupri o altre forme gravi di violenza¹⁹.

Anche riguardo alla procedura di accertamento dell'età dei MNA – dopo un lungo e artico-

¹³ Cfr. http://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2009/08/par_910.pdf.

¹⁴ Legge 160 del 27 dicembre 2019, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022", disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/12/30/19G00165/sg>.

¹⁵ Cfr. <https://www.simmweb.it/955-la-simm-scrive-al-ministrogrillo-insieme-ad-altre-sette-societ%C3%A0-scientificheper-segnalare-diverse-criticit%C3%A0-e-rischi-legatiali-applicazione-della-l-132-2018>.

¹⁶ Atto Camera 2727, "Conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130, recante "Disposizioni urgenti in materia di immigrazione, protezione internazionale e complementare, modifiche agli articoli 131-bis, 391-bis, 391-ter e 588 del codice penale, nonché misure in materia di divieto di accesso agli esercizi pubblici ed ai locali di pubblico trattenimento, di contrasto all'utilizzo distorto del web e di disciplina del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale", approvato in Consiglio dei Ministri il 5 ottobre 2020.

¹⁷ Istituto Nazionale di Medicina e Povertà (INMP) – Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Linee guida "Controlli sanitari e percorsi di tutela della salute per i migranti in arrivo in Italia con i recenti flussi migratori", del 24/07/2017: <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Linea-Guida-Controlli-sanitari-all'arrivo-e-percorsi-di-tutela-sanitaria-per-i-migranti-ospiti-presso-i-centri-di-accoglienza-Presentazione-e-download>.

¹⁸ Nuove Indicazioni del GLNBI-SIP per l'accoglienza sanitaria al minore migrante, del 30 novembre 2013: https://www.sip.it/wp-content/uploads/2017/09/Indicazioni_GLNBM.pdf.

¹⁹ Linee guida del Ministero della Salute per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (22/03/2017): http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf.

lato²⁰ iter²¹ normativo²² mirato a rispondere ai bisogni complessi di queste persone in una cornice unitaria di riconoscimento dei diritti – nel luglio 2020 è stato raggiunto l'Accordo CSR con l'approvazione del nuovo "Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori non accompagnati"²³. Tale documento rappresenta una base normativa su cui lavorare al momento del recepimento da parte delle Regioni e delle PPAA, al fine di uniformare le prassi su tutto il territorio nazionale.

Nel contesto fin qui descritto, la pandemia da Covid-19 e le misure urgenti per fronteggiare la conseguente emergenza sanitaria hanno ulteriormente aggravato le criticità evidenziate, favorendo l'esclusione delle fasce più vulnerabili della popolazione dei minorenni stranieri, in modo particolare i figli di genitori in condizione di irregolarità giuridica. La già riferita mancata iscrizione al SSN (nonostante il DPCM 18/03/2017) ha privato questi bambini di un rapporto continuativo con il PLS, anche solo mediante consulenza telefonica, cosa che avrebbe permesso una maggiore informazione relativa alla prevenzione del contagio e un maggiore monitoraggio di un eventuale rischio socio-sanitario. Inoltre, i controlli durante il lockdown hanno favorito un'aumentata "invisibilità" di questi/e bambini/e e delle loro famiglie, con conseguente mancato accesso alle cure non solo urgenti ma anche per patologie croniche e con insufficiente esecuzione dei dovuti accertamenti e maggior rischio di complicanze. Particolarmente ad alto rischio infettivo sono anche i minorenni, accompagnati e non, che vivono nei centri di accoglienza o nelle comunità in condizioni di affollamento, nonché in assenza di adeguata disponibilità di acqua e/o servizi igienico-sanitari²⁴. Rare sono le esperienze locali nelle quali siano stati predisposti specifici percorsi di prevenzione e tutela, che prevedano la diffusione di materiale informativo multilingue e trans-culturalmente efficace²⁵, nonché la creazione di una rete multi-stakeholder²⁶ di supporto alle famiglie, in modo da garantire a questi minorenni le misure socio-sanitarie, educative e di sostegno psicologico adottate, nelle varie fasi dell'emergenza Covid-19, per la maggioranza della popolazione minorile italiana.

Pertanto, il Gruppo CRC raccomanda:

1. Al Ministero della Salute e alle Regioni di definire i percorsi operativi che portano alla fruibilità dei nuovi LEA, in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, nello specifico l'iscrizione al SSN dei minorenni stranieri, indipendentemente dalla condizione amministrativa e giuridica dei genitori; di estendere tale opportunità ai minorenni comunitari in possesso di codice ENI e di individuare un codice unico di esenzione per i minori di età in condizioni di fragilità sociale;
2. Al Ministero dell'Interno di garantire la continuità assistenziale dei minorenni stranieri, accompagnati e non, dal momento dello sbarco alla permanenza nei centri di seconda accoglienza, attraverso un percorso multidisciplinare indicato dalle Linee guida e dalle Indicazioni operative promosse dal Ministero della Salute, anche in un'ottica di prevenzione dell'infezione da SARSCoV-2.

²⁰ "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati", presentato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 marzo 2016: www.minori.gov.it/sites/.../protocollo_identificazione_msna.pdf.

²¹ DPCM 234 del 10 novembre 2016: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/12/22/298/sg/pdf>.

²² Legge 47 del 7 aprile 2017, "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati", pubblicata in G.U. n. 93 del 21/04/2017: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg.

²³ Cfr. <https://www.simmweb.it/images/protocollodeterminazione/p3-cu-atto-rep-n-73-9lug2020.pdf>.

²⁴ Gruppo editoriale INMP (2020), Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia di Covid-19, versione del 30 luglio 2020, a cura dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2942_allegato.pdf.

²⁵ Cfr. <https://italy.iom.int/it/Covid-19-brochure-informative>.

²⁶ Cfr. https://eupha.org/repository/advocacy/MIG_statement_on_COVID19.pdf.

STATUTO

della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Art. 1

È costituita, ai sensi dell'art. 14 e seguenti del Codice Civile, una Associazione senza scopo di lucro di carattere nazionale denominata SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI (acronimo S.I.M.M.) avente sede legale in via Marsala n. 103 a Roma.

Possono essere istituite sedi secondarie in tutto il territorio nazionale. La variazione della sede non costituisce modifica statutaria.

L'Associazione S.I.M.M. è costituita a tempo indeterminato. L'eventuale avanzo di gestione deve essere investito nelle attività istituzionali dell'Associazione.

Art. 2

L'Associazione S.I.M.M., richiamandosi a quanto sancito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dalla Costituzione della Repubblica, pone a fondamento del proprio operato i seguenti principi etici:

- la difesa incondizionata della dignità umana;
- l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali e da differenti status giuridici, amministrativi, economici e sociali;
- la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia;
- la tutela della salute come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività;
- la propria natura di associazione laica e aconfessionale, estranea a logiche di appartenenza partitica o settaria;
- il diritto-dovere di partecipazione ai processi decisionali che riguardano il bene comune e l'interesse generale;
- la propria autonomia e indipendenza;
- il vincolo della trasparenza nei rapporti con altri soggetti pubblici e privati.

Gli associati svolgono quindi la propria attività all'interno della S.I.M.M. nel rispetto dei principi summenzionati ed in piena autonomia e indipendenza da qualsiasi soggetto pubblico o privato con o senza scopo di lucro.

Art. 3

L'Associazione S.I.M.M., per il perseguimento degli scopi e nel rispetto dei principi sopra menzionati:

- promuove, collega e coordina attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di immigrazione;
- promuove e favorisce attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom, e dell'approccio transculturale alla salute;
- costituisce un 'forum' per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata;
- patrocina e gestisce attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti, anche con riferimento all'Educazione Continua in Medicina (ECM);
- promuove l'impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni;
- sostiene iniziative e percorsi volti a favorire i processi di integrazione e di inclusione sociale.

A tal fine può svolgere attività di:

- organizzazione di iniziative quali congressi, convegni, corsi e seminari a carattere informativo, formativo - comprese quelle di Educazione Continua in Medicina (ECM) - e culturale;
- produzione, promozione e diffusione di libri, periodici, ricerche, video e materiali informatici e multimediali su temi legati alle migrazioni e all'approccio transculturale alla tutela della salute;
- organizzazione di dibattiti, conferenze, mostre, a contenuto divulgativo, volti a informare correttamente la collettività sui diversi aspetti e le implicazioni sanitarie e sociali del fenomeno migratorio;
- approfondimento scientifico di temi legati alla salute dei migranti anche attraverso la partecipazione a ricerche tematiche;
- collaborazione con altri Enti, Istituzioni e Associazioni pubbliche e private operanti per scopi analoghi;
- gestione di interventi preventivi e assistenziali rivolti a soggetti fragili.

La S.I.M.M. rende pubbliche periodicamente, attraverso il sito web ed altri canali, la propria attività scientifica ed altre attività ritenute di particolare rilievo. La S.I.M.M.:

- non esercita attività imprenditoriali né partecipa ad esse, ad eccezione delle attività svolte nell'ambito del Programma nazionale di formazione continua in medicina (ECM);
- non ha tra le finalità istituzionali la tutela sindacale degli associati e comunque non svolge direttamente o indirettamente attività sindacale.

Art. 4

Il patrimonio dell'Associazione S.I.M.M. è costituito da:

- contributi degli associati;
- liberalità di persone fisiche, giuridiche sia pubbliche che private;
- eventuali donazioni e lasciti di beni mobili ed immobili che dovessero essere fatti all'Associazione S.I.M.M. a titolo di incremento del patrimonio dovranno essere elencati nell'inventario redatto a cura del Consiglio di Presidenza.

Art. 5

L'Associazione S.I.M.M. persegue i propri scopi mediante l'utilizzo di:

- quote associative;
- rendite patrimoniali;
- contributi di persone fisiche, giuridiche sia pubbliche che private;
- proventi derivanti da eventuali ed occasionali attività connesse a quelle istituzionali.

Art. 6

L'Associazione S.I.M.M. è composta dalle seguenti tipologie di soci che condividono interesse ed impegno nell'area della 'medicina delle migrazioni' e, più in generale, della promozione e tutela della 'salute delle popolazioni migranti':

- a) Soci Fondatori;
- b) Soci Onorari;
- c) Soci Ordinari;
- d) Soci Sostenitori.

Sono Soci Fondatori le persone fisiche che hanno dato vita alla S.I.M.M. sottoscrivendone l'atto costitutivo.

Sono Soci Onorari le persone fisiche e giuridiche che, per particolari meriti conseguiti in coerenza con i principi etici e gli scopi della S.I.M.M., vedano conferirsi tale riconoscimento dal Consiglio di Presidenza.

Sono Soci Ordinari le persone fisiche e giuridiche che condividono e rispettano i principi e gli scopi dell'Associazione di cui all'Art. 2 e ne esercitano le attività previste dall'Art. 3. Chi intende essere ammesso alla qualifica di socio ordinario dovrà presentare al Consiglio di Presidenza domanda scritta con allegati curriculum vitae e presentazione di un socio. Tale domanda sarà

esaminata entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricevimento; trascorso tale termine la richiesta si intende accettata. In presenza di diniego è consentito ricorso scritto da presentarsi al Consiglio di Presidenza entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del diniego stesso.

L'esclusione o l'espulsione è deliberata dal Consiglio di Presidenza in relazione a:

- assenza o perdita dei requisiti per l'ammissione;

- dichiarazione di interdizione o inabilità;
- mancato versamento della quota associativa;
- comportamento lesivo ai danni dell'associazione.

Contro il provvedimento di espulsione è consentito ricorso da presentarsi al Consiglio di Presidenza entro 30 giorni dal ricevimento del provvedimento di espulsione.

L'adesione all'Associazione S.I.M.M. comporta, per il socio maggiore di età, il diritto di voto nell'Assemblea per l'approvazione del rendiconto economico, per le modifiche statutarie e per le nomine degli organi direttivi. L'adesione all'associazione è a tempo indeterminato e non può essere disposta per un periodo temporaneo, fermo restando il diritto di recesso. È fatto obbligo al socio di rispettare le norme statutarie e di versare la quota associativa deliberata dal Consiglio di Presidenza nei termini da questo dettati.

La quota o il contributo associativo non è trasmissibile per atto fra vivi ad eccezione dei trasferimenti per causa di morte e non è prevista la rivalutabilità della stessa.

Sono Soci Sostenitori coloro che contribuiscono materialmente al raggiungimento delle finalità dell'Associazione S.I.M.M. Sarà cura del Consiglio di Presidenza stabilire il limite minimo del contributo dovuto per ottenere la qualifica di socio sostenitore.

Art. 7

Sono organismi della Associazione S.I.M.M.:

- il Consiglio di Presidenza (C.d.P.);
- il Presidente;
- il Segretario-Tesoriere;
- il Collegio dei Revisori dei Conti;
- i Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (Gr.I.S.);
- l'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.);
- l'Assemblea dei Soci.

Art. 8

L'Assemblea generale dei Soci è costituita da tutti i soci regolarmente iscritti nel libro soci entro il mese antecedente alla data di convocazione dell'Assemblea stessa. L'Assemblea Ordinaria è convocata dal Presidente almeno una volta all'anno, entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale per l'approvazione del rendiconto economico.

L'ordine del giorno è fissato dal Consiglio di Presidenza. L'Assemblea può essere convocata anche su richiesta scritta motivata della maggioranza dei membri del Consiglio di Presidenza o di almeno un quarto degli associati. La convocazione è fatta tramite avviso scritto contenente la data, il luogo e l'ora dell'adunanza, da spediti ai soci almeno 20 (venti) giorni prima della riunione per posta elettronica o ordinaria. L'Assemblea può essere convocata anche fuori dalla sede sociale purché in Italia.

Art. 9

L'Assemblea Ordinaria è validamente costituita con la presenza di almeno metà più uno dei soci; mancando tale numero, l'Assemblea si intende convocata lo stesso giorno in seconda convocazione un'ora dopo la prima e sarà valida qualunque sia il numero dei presenti. Le deliberazioni sono prese a maggioranza assoluta dei presenti.

Tutti i soci maggiorenni hanno diritto di voto e di nomina alle cariche sociali. Il voto può essere esercitato anche con delega scritta ad altro socio. Ogni socio non può essere portatore di più di una delega.

Spetta all'Assemblea:

- a) approvare il bilancio consuntivo e preventivo;
- b) approvare la relazione morale del Presidente;
- c) eleggere il Presidente, il Consiglio di Presidenza ed il Collegio dei Revisori dei Conti;
- d) deliberare sull'orientamento generale dell'attività sociale;
- e) modificare lo statuto;
- f) deliberare su ogni altro argomento posto all'ordine del giorno.

Tutte le deliberazioni si prendono a maggioranza dei voti presenti sulla base dell'art. 2532 del Codice Civile.

La votazione può essere fatta per alzata di mano, salvo altra forma stabilita dal Presidente. Le votazioni che hanno per oggetto cariche sociali e le deliberazioni inerenti i soci avvengono con voto segreto. Alle cariche sociali sono eletti coloro che avranno riportato il maggior numero di voti. A parità di voto sarà eletto il più anziano di appartenenza alla Associazione.

Per la modifica dello statuto e per la delibera di scioglimento o messa in liquidazione dell'Associazione è necessaria la presenza di almeno tre quarti (3/4) degli associati ed il voto favorevole della maggioranza assoluta degli associati.

Art. 10

Il Consiglio di Presidenza (C.d.P.) è composto dal Presidente e da altri otto membri eletti dall'Assemblea dei Soci. Il Consiglio dura in carica 4 (quattro) anni e i suoi membri sono rieleggibili, per non più di due mandati consecutivi. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica, si provvede alla relativa sostituzione facendo ricorso al primo dei candidati alla carica di Consigliere risultato non eletto; ove non fosse possibile far ricorso a candidati non eletti si provvederà alla sostituzione con una nuova elezione da parte dell'Assemblea dei soci. I consiglieri nominati in surroga rimangono comunque in carica sino alla scadenza naturale del Consiglio.

Il Consiglio di Presidenza elegge nel proprio seno il Vice Presidente, il Segretario-Tesoriere e il Coordinatore nazionale dei Gr.I.S. che restano in carica per la durata del Consiglio stesso.

Il Consiglio di Presidenza si riunisce tutte le volte che il Presidente lo ritiene opportuno o su richiesta di almeno cinque consiglieri.

Il Consiglio di Presidenza delibera alla presenza della maggioranza dei membri e le decisioni sono prese a maggioranza dei Consiglieri presenti. In caso di parità, il voto del presidente è preponderante.

Il Consiglio di Presidenza è tenuto a:

- promuovere le attività dell'Associazione;
 - deliberare sull'ammissione e sull'esclusione dei soci;
 - approvare il bilancio preventivo e consuntivo da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
 - deliberare un Regolamento interno per il corretto funzionamento dell'Associazione in tutte le sue attività;
 - elaborare un Codice Etico da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
 - deliberare l'accettazione dell'istituzione, la sospensione o la soppressione dei Gruppi Immigrazione e Salute (Gr.I.S.);
 - nominare il Comitato Scientifico i cui membri possono anche non essere soci dell'Associazione;
 - approvare la costituzione dei Gruppi di Lavoro (G.L.) interni di natura tecnico-scientifica e individuarne i referenti;
 - pubblicare nel sito istituzionale i bilanci preventivi, consultivi e gli eventuali incarichi retribuiti.
- Il Consiglio di Presidenza può inoltre:
- individuare e nominare tra i soci S.I.M.M., secondo specifiche necessità e competenze, i propri rappresentanti in organismi tecnici esterni;
 - proporre modifiche statutarie.

L'incarico di componente il Consiglio di Presidenza è gratuito, salvo il rimborso delle spese debitamente documentate.

Art. 11

Il Presidente rimane in carica 4 (quattro) anni e non può essere eletto più di due volte consecutive; ha la rappresentanza legale dell'Associazione; convoca e presiede il Consiglio di Presidenza e l'Assemblea generale dei Soci facendone eseguire le deliberazioni.

Spetta al Presidente:

a) predisporre l'ordine del giorno delle sedute del Consiglio di Presidenza e dell'Assemblea generale dei soci;

b) sviluppare ogni attività finalizzata al conseguimento degli scopi statutari dell'Associazione anche attraverso l'affidamento di eventuali deleghe ai membri del Consiglio di Presidenza.

In caso di assenza o impedimento è sostituito dal Vice Presidente.

Art. 12

Il Segretario-Tesoriere supporta l'operatività del Consiglio di Presidenza; mantiene i contatti con i Soci; presenta ad ogni riunione del Consiglio di Presidenza una relazione sull'attività svolta dalla Società e un elenco delle entrate e delle uscite; predispose i bilanci preventivi e consuntivi; redige i verbali delle riunioni del Consiglio di Presidenza; gestisce i libri dei soci, i libri contabili e i libri dei verbali.

L'incarico di Segretario-Tesoriere è gratuito, salvo il rimborso delle spese debitamente documentate.

Art. 13

Il Collegio dei Revisori dei Conti è costituito da tre membri effettivi. Esercita il controllo amministrativo di tutti gli atti compiuti dall'Associazione, accertando la regolarità delle scritture contabili; esamina il bilancio predisposto dal Consiglio di Presidenza; accerta con cadenza semestrale la consistenza di cassa. I componenti del Collegio durano in carica quattro anni ed i suoi membri sono rieleggibili. L'incarico di Revisore dei Conti è incompatibile con la carica di membro del Consiglio di Presidenza. I membri del Collegio dei Revisori partecipano di diritto alle adunanze del Consiglio di Presidenza, con facoltà di parola ma senza diritto di voto.

L'incarico di componente il Collegio dei Revisori dei Conti è gratuito, salvo il rimborso delle spese debitamente documentate.

Art. 14

I Gruppi territoriali Immigrazione Salute (Gr.I.S.) costituiscono le sezioni locali della S.I.M.M. e ne realizzano a livello territoriale gli scopi così come definiti dallo Statuto.

I Gr.I.S. possono:

- promuovere proposte di politiche locali, ricerche o progetti;
- raccogliere documentazione;
- effettuare consulenze specifiche;
- organizzare o favorire percorsi formativi e culturali quali convegni, corso e seminari;
- dare patrocinio gratuito ad iniziative che ritengano adeguate secondo gli scopi statutari.

I Gruppi territoriali Immigrazione Salute possono essere istituiti previa comunicazione al Presidente e successiva delibera di accettazione da parte del Consiglio di Presidenza della S.I.M.M., che ne definisce l'ambito territoriale di intervento.

Alle attività dei Gr.I.S. possono partecipare anche non iscritti alla S.I.M.M., rappresentanti di strutture e associazioni locali (cittadine, regionali o interregionali) che abbiano fatto richiesta formale di adesione e la cui attività si svolga a favore degli immigrati.

I Gr.I.S. propongono, tra gli aderenti che sono soci S.I.M.M., un rappresentante, la cui nomina deve essere ratificata dal Consiglio di Presidenza, con funzioni di portavoce, responsabile operativo della organizzazione locale e del raccordo con la struttura centrale.

L'incarico di rappresentante dei Gr.I.S. è gratuito, salvo il rimborso delle spese debitamente documentate.

Almeno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata dai Gr.I.S. al Consiglio di Presidenza con una relazione dell'attività svolta.

Art. 15

L'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.) è costituito dal Consiglio di Presidenza e dai rappresentanti dei Gr.I.S.. L'O.C.N. si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni 2 (due) anni, per lo scambio di esperienze e per esprimere raccomandazioni tecniche.

Art. 16

Il Comitato Scientifico, nominato dal Consiglio di Presidenza, svolge un ruolo di natura consultiva a supporto del C.d.P. di verifica e controllo della qualità delle attività svolte e della produzione tecnico-scientifica, da effettuare secondo i metodi validati dalla comunità scientifica internazionale.

L'incarico di componente il Comitato Scientifico è gratuito, salvo il rimborso delle spese debitamente documentate.

Art. 17

I legali rappresentanti, gli amministratori o i promotori della S.I.M.M. non devono aver subito sentenze di condanna passate in giudicato in relazione all'attività della Società o dell'Associazione.

All'Associazione è fatto divieto di distribuire agli associati, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale sia durante la vita che all'atto del suo scioglimento, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.

In caso di scioglimento dell'Associazione, che viene deliberato dall'Assemblea straordinaria dei Soci, il patrimonio residuo deve essere devoluto ad Associazioni aventi finalità analoghe con fini di utilità sociale, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

La Società è stata costituita a Roma il 27 febbraio 1990

Lo Statuto è stato modificato ed approvato dalle Assemblee dei Soci SIMM: Palermo, 28 giugno 1998; Erice (Tp), 21 maggio 2002; Palermo, 20 maggio 2011; Cividale del Friuli (Ud), 12 maggio 2017; Catania, 19 aprile 2018.

Il presente Statuto è stato registrato presso l'Agenzia delle Entrate, Direzione Provinciale di Roma il 28 maggio 2018, atto n. 4609, serie 3.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
sede: Via Marsala, 103 – 00185 Roma
info@simmweb.it
www.simmweb.it

REGOLAMENTO INTERNO

della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Versione del 28 settembre 2019 (fra parentesi il riferimento agli articoli dello Statuto S.I.M.M.).

1. Sedi della S.I.M.M. (rif. art. 1)

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (acronimo S.I.M.M.) ha sede legale in via Marsala n. 103 a Roma.

La istituzione di sedi secondarie nel territorio nazionale è deliberata dal Consiglio di Presidenza (C.d.P.) su proposta dei Gruppi Immigrazione e Salute (Gr.I.S.).

Le spese di gestione delle sedi secondarie sono a carico dei Gr.I.S. territorialmente competenti.

2. Soci Ordinari (rif. art. 6)

Ai sensi dell'articolo 6 dello Statuto, possono diventare soci ordinari della Associazione S.I.M.M. le persone fisiche e giuridiche che condividono e rispettano gli scopi dell'Associazione. Chi intende essere ammesso alla qualifica di socio ordinario dovrà presentare al Consiglio di Presidenza domanda scritta firmata da almeno un socio presentatore regolarmente iscritto alla S.I.M.M. da almeno un anno, allegando il proprio curriculum vitae.

Il C.d.P. può delegare il Presidente ed almeno un altro consigliere ad esaminare ed accettare le domande di ammissione a socio della Società che saranno ratificate al primo C.d.P. utile. All'atto di iscrizione gli associati verseranno la quota di associazione che verrà annualmente stabilita dal C.d.P..

In assenza di delibera specifica la quota rimane quella dell'anno precedente.

I soci sono tenuti a versare entro l'anno solare la quota associativa relativa all'anno stesso. Dopo tre anni di inadempienza del versamento sociale, il socio è dichiarato decaduto. Può essere nominato per incarichi di rappresentanza in enti o associazioni oppure di coordinamento delle realtà locali o di referenza di gruppi di lavoro chi è iscritto alla Società da almeno tre anni ed è in regola con le quote associative.

3. Esclusione del socio (rif. art. 6)

È caso di esclusione del socio, così come disciplinato dallo Statuto all'articolo 6, l'inadempienza protratta degli obblighi associativi, ivi compreso il mancato versamento della quota associativa: il Consiglio di Presidenza può deliberare la possibilità di riammettere un socio, dopo tre anni di non versamento della quota e comunque per non più di una volta, perdendo l'anzianità di appartenenza e inibendo la possibilità di rivestire incarichi di rappresentanza.

È caso di esclusione del socio, così come disciplinato dallo Statuto all'articolo 6, l'assunzione di comportamenti incompatibili con le finalità e i principi dell'associazione, con particolare riferimento a quanto previsto dal suo Codice Etico.

In tale fattispecie devono ritenersi inclusi tutti quei comportamenti tali da arrecare pregiudizio o danno all'immagine dell'Associazione o al conseguimento degli obiettivi sociali.

A titolo indicativo e non esaustivo è possibile fare riferimento ai seguenti casi:

- utilizzo improprio o non autorizzato del nome dell'Associazione;
- comportamento contrastante con le finalità e i principi dell'Associazione;
- inosservanza dello Statuto, dei regolamenti e delle deliberazioni assunte dagli organi dell'Associazione;

- pregressi ripetuti mancati versamenti della quota associativa annuale con decadenze dello status di socio;
- uso illegittimo dei beni e delle risorse dell'associazione;
- utilizzo a titolo personale di somme di pertinenza dell'associazione;
- eventuali provvedimenti di interdizione o inabilitazione o condanna ad una pena che comporta l'interdizione anche temporanea dai pubblici uffici.

4. Elezione delle Cariche Sociali (rif. artt. 8, 9, 10, 11, 13)

Tutti i soci che intendono candidarsi alle cariche sociali devono:

- Essere in regola con il versamento delle quote sociali ed essere iscritti al libro dei soci S.I.M.M. almeno dall'anno precedente.
- Inviare almeno 30 giorni prima dell'Assemblea la propria candidatura indicando la carica per cui si propongono, corredata da un breve e specifico curriculum.
- La candidatura deve essere sostenuta da un gruppo di almeno 5 soci in regola con le quote associative (ogni socio può sostenere al massimo una sola candidatura a Presidente, 5 candidature a Consigliere e 2 candidature a Revisore).
- Ogni candidato deve sottoscrivere l'accettazione della propria candidatura.
- Il curriculum di ogni candidato sarà pubblicato sul sito S.I.M.M. almeno 15 giorni prima dell'Assemblea.

Le votazioni che hanno per oggetto cariche sociali avvengono con voto segreto.

Per l'elezione del Presidente ogni socio potrà indicare nella scheda un solo nome scelto fra i soci che si sono candidati.

Per l'elezione degli otto membri del consiglio di Presidenza ogni socio potrà indicare nella scheda un numero massimo di cinque nominativi scelti tra i soci che si sono candidati. Per l'elezione dei tre membri del Collegio dei Revisori dei Conti ogni socio potrà indicare nella scheda un numero massimo di due nominativi scelti tra i soci che si sono candidati. Alle cariche sociali sono eletti coloro che avranno riportato il maggior numero di voti.

A parità di voto sarà eletto il più anziano di appartenenza alla Associazione S.I.M.M..

5. Incompatibilità delle cariche (rif. artt. 2, 6, 10, 13)

Le cariche di Presidente, membro del Consiglio di Presidenza e del Collegio dei revisori dei conti sono incompatibili con cariche rivestite nei partiti politici a livello nazionale e con cariche istituzionali nel governo nazionale e nelle giunte regionali.

Il Consiglio di Presidenza, con la presenza di tutti i suoi membri e alla presenza del Collegio dei Revisori dei conti, su proposta di almeno 4 membri e con il voto favorevole di almeno 6 membri può deliberare in via straordinaria l'impedimento permanente del Presidente a svolgere le sue funzioni; il Vicepresidente, che lo sostituisce ai sensi dell'art. 11 dello Statuto, convocherà l'assemblea generale ordinaria dei soci entro 180 giorni per l'elezione del nuovo Presidente. L'incarico di revisore dei conti è incompatibile con l'appartenenza al C.d.P..

6. Programmazione annuale (rif. artt. 2, 3, 10)

Le attività della S.I.M.M. sono svolte, in conformità con gli scopi riportati nello statuto della Società, secondo un Programma annuale elaborato dal Presidente in collaborazione con i membri del C.d.P. in base agli orientamenti espressi dall'Assemblea dei soci. Tale documento programmatico contenente le indicazioni e le previsioni di lavoro per l'anno di riferimento, sarà discusso e formalmente approvato in occasione della riunione del C.d.P. per stabilire il bilancio di previsione annuale. Questa riunione del C.d.P. deve essere svolta entro e non oltre il mese di febbraio.

Allo scadere del mandato, il C.d.P. uscente ha tempo sei mesi per fare un dettagliato passaggio di consegne al Consiglio entrante attraverso il Presidente uscente che relazionerà alla prima riunione possibile.

7. Bilanci (rif. artt. 9, 10, 12, 13)

La S.I.M.M. può operare economicamente nell'ambito delle leggi che regolano l'attività associativa senza fini di lucro.

Tutte le spese e tutte le entrate sono iscritte in bilancio nel loro importo integrale, cioè al lordo, senza alcuna riduzione o compensazione per effetto di correlative spese ed entrate. Le spese indicate nel bilancio sono contenute, nel loro complessivo ammontare, entro i limiti delle entrate previste, secondo criteri prudenziali. È esclusa ogni gestione di fondi al di fuori del bilancio.

Al bilancio di previsione è allegata la seguente documentazione:

- programma di attività annuale con relazione del Presidente contenente le linee politiche e di attività previste per l'esercizio;
- relazione del Segretario Tesoriere contenente le indicazioni esplicative sulle entrate e sulle spese iscritte in bilancio.

Il bilancio consuntivo è costituito dallo Stato Patrimoniale, dal Conto Economico e dalle note integrative e illustrative. Il bilancio consuntivo è approvato entro i primi sei mesi dell'anno successivo all'esercizio di riferimento.

8. Progetti (rif. art. 10)

I soci proponenti progetti sono direttamente responsabili del buon esito degli stessi; ne cura la realizzazione in termini di efficienza, attenzione e verifica del rapporto costi/benefici attesi.

Il progetto dovrà essere predisposto e presentato secondo i seguenti requisiti:

- descrizione del progetto;
- ambito di applicazione;
- luogo e durata;
- persone e realtà coinvolte;
- piano finanziario.

Il Consiglio di Presidenza, analizzando la coerenza con la validità scientifica e le finalità della Società, una volta verificati tutti i requisiti di cui sopra, con particolare riferimento alla modalità di accesso ai finanziamenti, al soggetto finanziatore ed eventuale partenariato, delibera la realizzazione del progetto.

9. Promozione o gestione di Eventi formativi (rif. artt. 3, 10)

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto la S.I.M.M. può patrocinare e gestire attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti quali Congressi, Convegni, Corsi e seminari e organizzare dibattiti, conferenze, mostre a contenuto divulgativo, in diversi ambiti e con diversi destinatari, sia secondo modalità istituzionalmente riconosciute che con modalità informali.

Le attività formative proprie della S.I.M.M. sono programmate, organizzate, gestite e valutate attraverso un Comitato tecnico per la Formazione (CTF), coordinato da un Responsabile nazionale per la Formazione (RnF) nominato dal Presidente tra i soci con specifica esperienza.

Tale nomina vale per il periodo di durata del C.d.P. Il RnF nomina a sua volta, tra i soci S.I.M.M., una figura preposta alle attività segretariali inerenti la formazione (SF). Il RnF si avvale inoltre del supporto del CTF composto da un minimo di 3 ad un massimo di 6 persone, scelte tra i soci S.I.M.M. sulla base delle competenze e dell'esperienza nel rispetto della multiprofessionalità propria della S.I.M.M. e nominate dal Presidente su proposta del RnF, previa valutazione del C.d.P. Il RnF, inoltre, nomina all'interno del C.T.F. un professionista sanitario come responsabile della formazione ECM (RFECM). Tutte le figure menzionate operano a titolo gratuito, fatte salve eventuali spese di rimborso o spese di aggiornamento sulle tematiche di competenza. Sulla base di una delega del Presidente, al RnF può essere riconosciuta autonomia nell'espletamento delle procedure e nella gestione dei contatti relativi al riconoscimento e alla formalizzazione di eventi formativi della S.I.M.M.. In particolare la S.I.M.M., attraverso il riconoscimento dello status di Provider ECM da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina, programma la propria attività formativa principale attraverso un Piano nazionale di Formazione (PnF). Il PnF ha validità annuale; la sua definizione si giova delle proposte formulate - secondo le scadenze e le modalità prefissate dal CTF - dai singoli soci, dai Gr.I.S. e dai Gruppi di Lavoro della S.I.M.M., previa approvazione del CTF.

La S.I.M.M. può inoltre partecipare alla realizzazione di iniziative formative accreditate in collaborazione con soggetti terzi, sia in qualità di provider che mettendo a disposizione l'attività di suoi soci.

10. Comitato Scientifico (rif. artt. 3, 10)

Ai sensi degli artt. 3 e 10 dello Statuto il Comitato Scientifico (CS) è uno strumento operativo della S.I.M.M. di natura consultiva a supporto del C.d.P. e del Presidente, che ne è membro di diritto.

I suoi membri, in numero compreso tra 8 e 14, in carica per il periodo corrispondente a quello del C.d.P., sono nominati dal C.d.P. stesso su proposta dei suoi componenti o di almeno 15 soci della S.I.M.M.. Il Presidente della S.I.M.M. espleta una funzione di coordinamento del CS o delega tale funzione ad uno o più i membri dello stesso.

I membri del CS aderiscono a titolo gratuito, fatta eccezione per il rimborso delle spese sostenute nell'esercizio del proprio ruolo, debitamente documentate e approvate.

Il CS svolge un ruolo tecnico-scientifico secondo le linee di seguito indicate.

I prodotti del CS indicati con * devono essere ratificati dal C.d.P., anche per via informatica, con vincolo alla formalizzazione in verbale di successivo Consiglio.

Linee operative del Comitato Scientifico:

- Supporto tecnico-scientifico all'organizzazione di eventi scientifici e formativi societari di ambito nazionale
- Proposta di Programma scientifico Congresso sulla base del tema indicato dal CdP*.
- Determinazione regole per invio contributi e predisposizione Abstract Form. o Analisi delle proposte scientifiche pervenute e loro assegnazione.
- Istituzione e gestione di approfondimenti scientifici ad hoc
- Elaborazione documenti istruttori e proposte di Linee guida/Raccomandazioni su temi specifici*.
- Predisposizione documenti di evidenza su temi prioritari/emergenti*.
- Supporto a Gruppi di lavoro societari specifici e, validazione scientifica dei loro prodotti.
- Supporto alla produzione scientifica dei soci
(in forma di raccomandazioni metodologiche, segnalazione di Enti o Fonti di particolare interesse)
- Divulgazione documenti scientifici di interesse
- Diffusione di documenti di interesse con o senza commento.
- Predisposizione Dossier scientifici per pubblicazioni omogenee.
- Creazione e cura rapporti di collaborazione con altre società scientifiche nazionali e internazionali*
- Proposte di Accordi di collaborazione e partnership. o Scambi in forma di visite.
- Scambi scientifici per ospitalità reciproca a congressi.
- Proposta o espressione di parere su riconoscimenti scientifici a soci o personalità esterne o giovani ricercatori
(in forma di riconoscimento socio onorario, medaglia/targa, borsa di studio o altro premio)*

11. Gruppi di lavoro (rif. art. 10)

Con riferimento all'articolo 10, i soci in regola con le quote associative, in numero di almeno 5, possono presentare al C.d.P. la proposta di istituire gruppi di lavoro (GL) tematici di natura tecnico-scientifica, precisando gli obiettivi e le modalità di lavoro. Il C.d.P., in caso di approvazione, individua il referente del GL, che dovrà trasmettere, con cadenza annuale, relazione sulle attività espletate. I documenti tecnici prodotti dal GL dovranno essere approvati dal C.d.P. – con parere tecnico del comitato scientifico, prima di poter essere presentati e diffusi.

12. Finanziamento eventi e iniziative della S.I.M.M. (rif. artt. 2, 4, 5, 10)

Il supporto finanziario e la sponsorizzazione che contribuiscono al sostegno economico indispensabile per le iniziative e le attività della S.I.M.M. devono essere esplicitamente dichiarati, e con la massima trasparenza, in coerenza con i principi e con le finalità della S.I.M.M., senza condizionarne né l'organizzazione né i contenuti, devono garantire il massimo livello di indipendenza da qualsiasi potere politico ed economico.

Criteri di riferimento per la valutazione che il Consiglio di Presidenza dovrà prendere in considerazione saranno:

- natura dell'eventuale sponsor;
- interessi dello sponsor e dello sponsee nel finanziamento specifico; • attività oggetto dell'eventuale sponsorizzazione;
- temporalità del finanziamento; • entità del finanziamento.

13. Regolamentazione Codice Etico (rif. artt. 6, 10)

Tutti i soci S.I.M.M. e i partecipanti ai Gr.I.S. non soci S.I.M.M. si impegnano a rispettare o, codice etico della società nella versione ultima adottata il suo mancato rispetto configurando un "comportamento lesivo ai danni dell'associazione", può dare luogo a esclusione del socio, come previsto dall'Art. 6 dello Statuto e disciplinato dall'Art. 3 del presente Regolamento o, se non socio dal G.r.I.S. di appartenenza.

14. Collaborazioni con altre associazioni (rif. art. 3)

Ai sensi dell'art 3 dello Statuto per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni, la S.I.M.M. è interessata a stabilire rapporti di collaborazione e di confronto sulle tematiche di comune interesse con altre associazioni o organizzazioni simili operanti al livello nazionale ed internazionale. Ciascun membro del C.d.P. e su mandato dello stesso, può ricevere l'incarico di elaborare una proposta di collaborazione che dovrà essere preventivamente discussa ed approvata. Il Presidente potrà delegare uno o più soci a seguire direttamente l'evoluzione delle collaborazioni ed a redigere un resoconto annuale delle attività svolte che verrà presentato in C.d.P..

15. Gruppi Immigrazione e Salute: Unità Operative Territoriali (rif. art. 14)

Ai sensi dell'art 14 dello Statuto, ai Gr.I.S. possono aderire persone singole o rappresentanti di associazioni e strutture locali la cui attività si svolge a favore degli immigrati; tutte devono far richiesta formale di adesione al Gr.I.S.. Possono partecipare come uditori ai lavori dei Gr.I.S., persone e associazioni e enti anche non formalmente aderenti ai Gr.I.S..

Tutti i soggetti, individuali e collettivi, che intendono aderire ai Gr.I.S. devono presentare domanda scritta al Direttivo del Gr.I.S., allegando una scheda di presentazione e una dichiarazione di accettazione del Codice Etico e dei principi dello Statuto della SIMM e delle norme del regolamento del G.r.I.S. cui intendono aderire.

Ogni Gr.I.S. elegge tra gli aderenti che sono soci S.I.M.M. un rappresentante (detto referente), la cui nomina deve essere ratificata dal C.d.P., con funzioni di portavoce, responsabile operativo della organizzazione locale e del raccordo con la struttura centrale.

Entro centoventi giorni dalla elezione del Presidente, ogni Gr.I.S. comunica allo stesso i nominativi del referente e del suo supplente (che deve essere un socio S.I.M.M. in regola).

Il referente e/o il supplente/sostituto si impegnano a partecipare alle riunioni periodiche del Coordinamento nazionale e dell'O.C.N. e degli incontri/Workshop InterG.r.I.S.. In caso di impossibilità di entrambi, il referente individua comunque, tra i soci S.I.M.M. del Gr.I.S., un suo delegato temporaneo.

Il referente firma i documenti prodotti dal Gr.I.S. e sottoscrive documenti locali di interesse condiviso e può avvalersi della collaborazione di una eventuale segreteria locale composta da altre persone.

Ogni documento pubblicamente prodotto da ciascun Gr.I.S. dovrà recare, oltre alla specifica dicitura che lo caratterizza (ad es. "Gruppo regionale Immigrazione e Salute del Lazio" o "Gr.I.S. Lazio"), la dicitura "della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni" o "della S.I.M.M.", a seconda delle specifiche necessità o vincoli grafici/tipografici.

La struttura organizzativa del Gr.I.S. può essere completata tramite la creazione di un Consiglio Direttivo Territoriale del Gr.I.S., con funzione operativa e di rappresentanza delle varie componenti territoriali e associative del Gr.I.S., formato da almeno tre e non più di sette membri (compreso il portavoce: la metà più 1 devono essere soci S.I.M.M.). L'ambito territoriale di intervento delle singole Unità Operative Territoriali è definito con apposita delibera del C.d.P. della S.I.M.M..

I singoli Gr.I.S. devono dotarsi di un proprio regolamento (secondo il modello disponibile) approvato dal Consiglio di Presidenza, in modo da garantire procedure trasparenti e democratiche, sia nell'organizzazione delle loro attività sia nell'elezione dei propri rappresentanti. Copia di tale regolamento deve essere inviata al Gruppo di Coordinamento Gr.I.S..

Nell'ambito delle Linee Programmatiche della S.I.M.M., le Unità Operative Territoriali, attraverso il proprio Consiglio Direttivo e il referente, possono promuovere analisi e proposte di politiche locali, supervisionare ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, partecipare o favorire percorsi formativi e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riterranno adeguate secondo gli scopi statutari, di cui dovrà pervenire informazione. I Gr.I.S. possono prendere posizione o assumere iniziative direttamente e autonomamente su questioni di carattere locale e, previo accordo con il Consiglio di Presidenza, anche di carattere nazionale.

I Gr.I.S. possono inoltre intervenire su questioni di carattere nazionale in termini propositivi sollecitando il Consiglio di Presidenza ad assumere e fare proprie le loro proposte.

I Gr.I.S., per essere ritenuti attivi, devono riunirsi almeno due volte l'anno e approvare la relazione consuntiva e il programma delle attività. La documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata dal Gr.I.S. al C.d.P. e al G.d.C., entro e non oltre il mese di marzo, salvo diverse disposizioni del Gruppo di Coordinamento.

L'intera attività locale è svolta su base volontaria da parte di singoli, di associazioni e di strutture.

Tutti gli incarichi relativi al Gr.I.S. scadono alla scadenza del C.d.P. della S.I.M.M.: i rinnovi dei vari incarichi devono essere effettuati e comunicati al Consiglio di Presidenza entro centoventi giorni; nel frattempo il referente uscente è garante di eventuali attività. Il referente non può rivestire tale incarico per oltre due mandati consecutivi.

16. Organismo di Collegamento Nazionale (rif. artt. 10, 15)

L'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.) è costituito dal Consiglio di Presidenza e dai referenti dei Gr.I.S. ed è coordinato dal Coordinatore nazionale dei Gr.I.S., eletto dal Consiglio di Presidenza (rif. Art.10 Statuto) tra i componenti del CdP.

Il Collegamento Nazionale si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni 2 anni, per lo scambio di esperienze, per esprimere raccomandazioni tecniche e/o stimolare approfondimenti tra i soci attraverso proposte di temi per il Congresso nazionale S.I.M.M.

Il Coordinatore nazionale dei Gr.I.S. per svolgere al meglio il suo compito di promuovere, collegare e coordinare le varie realtà territoriali si avvale di un Gruppo di Coordinamento Gr.I.S. composto da 2 o 4 soci, nominati dal C.d.P. su proposta del Coordinatore nazionale, scelti tra le persone attive dei Gr.I.S. che abbiano le caratteristiche e le competenze adeguate secondo criteri condivisi con i referenti dei Gr.I.S..

17. Garanzie sulla Privacy

La SIMM si impegna a proteggere la riservatezza dei dati dei propri soci, dei partecipanti ai Gr.I.S. e a eventuali altre attività della società attraverso l'idoneo trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

19. Utilizzo del logo S.I.M.M.

L'utilizzo del logo, del nome e di ogni altro carattere distintivo della S.I.M.M. in occasione di iniziative pubbliche è vincolato all'ottenimento (documentato) di parere positivo da parte del Presidente della S.I.M.M., di suoi delegati o, per le iniziative Gr.I.S., del referente del Gr.I.S..

NORMA DI RINVIO: *per quanto non espressamente disciplinato nel presente Regolamento, si fa riferimento allo Statuto e al Codice Etico della S.I.M.M. e alle normative vigenti in materia.*

CODICE ETICO

della Società italiana di Medicina delle Migrazioni

Preambolo

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni ha deciso di dotarsi del seguente codice per offrire alle socie e ai soci e alle unità territoriali (GrIS) una guida ad agire in modo etico e per indirizzare l'azione complessiva della Società. Il codice, inoltre, ha anche la funzione di fornire all'esterno informazioni sul comportamento che ci si deve attendere dalle socie e dai soci della SIMM.

Nel redigere questo codice etico, la SIMM fa riferimento, in primo luogo, al proprio Statuto, e in particolare all'articolo 2, nel quale pone a fondamento del proprio operato i seguenti principi:

- *la difesa incondizionata della dignità umana;*
- *l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali e da differenti stati giuridici, amministrativi, economici e sociali;*
- *la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia;*
- *la tutela della salute come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività;*
- *la propria natura di associazione laica e aconfessionale, estranea a logiche di appartenenza partitica o settaria;*
- *il diritto-dovere di partecipazione ai processi decisionali che riguardano il bene comune e l'interesse generale;*
- *il vincolo della trasparenza nei rapporti con altri soggetti pubblici e privati.*

Fa inoltre riferimento ad alcuni principi fondamentali che devono guidare l'azione dei cittadini e delle cittadine italiani e di chi esercita professioni sanitarie. Questi principi fondamentali sono desunti:

1. Dalla Costituzione della Repubblica Italiana, in particolare (ma non limitatamente a questi) dagli articoli 2 (*"La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo"*), 3 (*"Tutti... hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"*); ed *"è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che (...) impediscono il pieno sviluppo della persona umana"*), 10 (*"Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repubblica"*) e 32 (*"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*).
2. Dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, in particolare (ma non limitatamente a questi) dagli articoli 1 (*"Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza"*), 2 (*"A ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione. Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico o internazionale del paese o del territorio cui una persona appartiene, sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi limitazione di sovranità"*), 14 (*"Ogni individuo ha il diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle per-*

secuzioni”), 25 (“Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. La maternità e l’infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale”).

3. Dai Codici di Deontologia dei Medici, delle Ostetriche, degli Infermieri, degli Assistenti Sociali e degli Psicologi.

Il presente codice distingue i comportamenti etici che debbono essere tenuti dalle socie e dai soci nei confronti delle persone assistite, delle scienze sanitarie, dei colleghi e delle colleghe della SIMM e dell’ambiente sociale nel suo complesso, basandosi sui principi classici della bioetica del minimo morale (non maleficità e giustizia) e del massimo morale (beneficenza e promozione dell’autonomia). Agli stessi comportamenti etici sono tenuti ad attenersi i partecipanti alle unità territoriali della SIMM (GrIS), anche se non iscritti alla Società.

La SIMM è consapevole che a volte alcuni principi enunciati nel presente codice possono essere in conflitto tra loro: l’ordine con cui sono elencati indica una generica gerarchia tra di essi, che dovrà però, in caso di conflitto, essere verificata caso per caso.

Il presente codice etico è frutto di un processo partecipato, che ha previsto la sua discussione all’interno delle unità territoriali della SIMM e in modo pubblico con tutti le socie e i soci. L’applicazione del presente codice è demandato a uno specifico regolamento che definisce le procedure in caso di trasgressione, secondo quanto previsto dall’articolo 3 del Regolamento, e dall’articolo 6 dello Statuto.

Doveri verso le persone

Le socie, i soci e la SIMM

1. Perseguono come loro massimo compito il bene delle persone a vario titolo assistite, evitando di fare il male (non maleficenza: *primum non nocere*) e impegnandosi a fare il bene (beneficenza).
2. Si comportano in modo equo e leale verso le persone, senza discriminazioni di alcun genere, secondo il principio di massima giustizia.
3. Si impegnano alla fedeltà nel prendersi cura delle persone, onorando gli impegni che si assumono ed essendo disponibili per eventuali interventi successivi.
4. Promuovono l’autonomia delle persone in modo che le loro scelte e la loro adesione alle cure o ad altri interventi in cui a vario titolo sono coinvolte avvenga in modo informato e consapevole.

Doveri verso le scienze

Le socie e i soci della SIMM

5. Si impegnano a seguire le migliori pratiche riconosciute dalle scienze sanitarie per quanto riguarda prevenzione, diagnosi, cura e ogni altra applicazione delle stesse.
6. Si impegnano a un costante aggiornamento delle proprie conoscenze.
7. Si impegnano alla lealtà scientifica e professionale in caso di certificazioni, perizie o altre dichiarazioni pubbliche o riservate.
8. Non accettano, così come la SIMM nel suo complesso, pressioni o influenze di alcun tipo (sociali, politiche, economiche o altro) che ne possano limitare la libertà nell’applicazione delle migliori pratiche, ed evitano situazioni che possano configurare conflitti d’interesse in questo senso.

9. Promuovono la ricerca nell'ambito della salute dei migranti e di altri settori scientifici eventualmente collegati, e si impegnano alla correttezza metodologica nell'esecuzione.
10. Così come la Società nel suo complesso, condividono liberamente e generosamente le proprie conoscenze, e promuovono la formazione scientifica sulla salute dei migranti e in altri settori scientifici eventualmente collegati.

Doveri verso i colleghi e la SIMM

Le socie e i soci della SIMM

11. Si comportano tra loro, con le altre colleghe e gli altri colleghi, e con la Società nel suo complesso con rispetto e lealtà, riconoscendo e onorando la dignità e la professionalità di ciascuno.
12. Si impegnano alla reciproca cooperazione e al mutuo aiuto.
13. Sono consapevoli che l'azione delle singole e dei singoli, in quanto socie e soci della SIMM e in specie se ne rivestono un ruolo ufficiale, è finalizzata alla realizzazione degli obiettivi statutari e alla buona reputazione della società, e non a ricavarne vantaggi personali.
14. Quando siano appartenenti ad altre realtà istituzionali e del terzo settore, nei GrIS, si impegnano in uno stile di "relazione alla pari" con le altre realtà incontrate, non in base all'appartenenza originaria (seguendo un principio di cessione di sovranità che eviti conflitti di interesse) ma al comune impegno nella SIMM, condividendo lealmente esperienze e competenze.

Doveri verso l'ambiente sociale

La SIMM, le sue socie e i suoi soci

15. Considera parte dei propri doveri etici un impegno politico informato, consapevole e finalizzato alla realizzazione dei propri compiti statutari, a qualsiasi livello sia esercitato.
16. Promuovono il rispetto dei diritti umani e socio-sanitari nelle varie forme in cui questo possa avvenire all'interno delle società in cui operano.
17. Si comportano rispettando lealmente le leggi dei paesi in cui operano, fermo restando il principio superiore del rispetto dei diritti umani.
18. Si impegnano a comportamenti socialmente virtuosi, che promuovano il bene collettivo.
19. Rispettano e promuovono un ambiente salubre per le presenti e le future generazioni.

CODICE ETICO PROCEDURE

della Società italiana di Medicina delle Migrazioni

In caso di un esposto nei confronti di una socia o di un socio l'applicazione pratica dei principi del Codice Etico della Società seguirà questa procedura:

1. L'esposto è presentato a un/a componente del Consiglio di Presidenza delegato/a allo scopo, a meno che l'esposto coinvolga la persona stessa, nel qual caso va presentato al Presidente.
2. Il delegato comunica al Consiglio di Presidenza di aver ricevuto un esposto. Il Consiglio di Presidenza, senza entrare nel merito, trasferisce la questione al garante etico della SIMM, che avrà il compito di gestire in prima persona l'eventuale esposto.
3. Il Garante Etico della Società è nominato dal Consiglio di Presidenza tra le socie e i soci con anzianità almeno quinquennale. Il suo incarico decade al decadere del Consiglio di Presidenza e può essere nominato nuovamente dal Consiglio di Presidenza successivo. Oltre al Garante Etico il Consiglio di Presidenza nomina due Garanti Vicari cui trasferire la gestione dell'esposto in caso di incompatibilità del Garante. Anche i Garanti Vicari decadono al decadere del Consiglio di Presidenza e possono essere nominati nuovamente dal Consiglio di Presidenza successivo. Il Garante Etico ha il dovere di informare immediatamente il Consiglio di Presidenza nel caso in cui, per qualsiasi ragione, si trovi nella posizione di non poter gestire l'esposto in piena serenità e imparzialità.
4. I compiti del Garante Etico sono descritti negli articoli successivi.
5. Il Garante Etico agisce in base al principio di buona fede, cioè che chi fa l'esposto sia in buona fede, e altrettanto lo sia la persona oggetto dell'esposto, che possa trattarsi di un malinteso eccetera.
La prima tappa della procedura di gestione è quindi quella di invitare i due soci in questione a parlarsi direttamente e a chiarirsi, se questa soluzione appare praticabile e gli interessati lo accettano. Se no, il Garante Etico svolge un'opportuna investigazione per conoscere il punto di vista di entrambi e raccogliere eventualmente evidenze sulla questione in oggetto; egli può suggerire una soluzione al problema, che incontri il favore di entrambe le parti. È auspicabile che l'esposto si chiuda a questo livello. Se no, si passa alla seconda tappa della procedura.
6. La seconda tappa è promuovere una mediazione tra le parti coinvolte, quando possibile, e cioè quando le parti la scelgono liberamente. In questo caso il Garante Etico nomina un mediatore (in questo caso deve trattarsi di una persona con esperienza di mediazione, e può anche non essere una socia o un socio SIMM) che ha l'incarico di aiutare le parti a trovare una gestione tra loro della questione. Il grande vantaggio in questo caso è che, non ricorrendo a una "giustizia" esterna, il risultato avrà le più alte probabilità di essere soddisfacente, se raggiunto, proprio perché frutto di un processo di giustizia "interna". La mediazione non può essere imposta, ma solo proposta, e liberamente accettata dalle parti. Perché abbia successo, è necessario l'impegno delle parti e il compito del mediatore non è quello di trovare una soluzione o un compromesso, ma solo di aiutare la comunicazione delle parti nel trovarlo. Il mediatore deve necessariamente essere neutrale nella questione, e non assumere l'incarico con pregiudizi sulle possibili ragioni dell'uno o dell'altro.

È verosimilmente meglio evitare la mediazione se la questione in oggetto è così seria che, se provata, potrebbe avere conseguenze gravi, implicando comportamenti particolarmente contrari al codice etico, o se i due soggetti hanno una grande disparità di ruolo (e/o di potere), o se la segretezza non può essere garantita.

7. La terza tappa, qualora le due precedenti non siano state percorribili, o non abbiano dato frutto, ed entrambe le parti vogliano arrivare a una definizione, è il giudizio etico. La procedura è quella dell'arbitrato: il Garante Etico invita ciascuna delle parti a nominare un arbitro tra le socie e i soci SIMM, i due arbitri insieme sceglieranno un terzo arbitro che fungerà da presidente del collegio arbitrale. Anche questa procedura è una scelta libera delle parti.
8. Il collegio arbitrale emette un giudizio, che avviene in base ai principi del nostro codice etico. In molti casi la disputa non è sul comportamento tenuto, ma sulla sua eticità. I membri del collegio arbitrale devono dunque essere esperti nella gestione di dilemmi etici.
9. Nel caso in cui una delle parti non accetti l'arbitrato, il Garante Etico nomina un incaricato (che non può essere né il mediatore né nessun'altra persona eventualmente informata in precedenza della situazione, per evitare che si siano formate opinioni che potrebbero influenzare il giudizio) e questi sceglierà due probiviri che lo affiancheranno nel giudizio, costituendo la giuria etica. L'incaricato costituirà il presidente della giuria. È data facoltà a ciascuna delle parti coinvolte di ricusare uno o più membri della giuria; è compito del Garante Etico decidere se esistano condizioni valide per l'eventuale ricusazione.
10. La giuria emette un giudizio che, come già per il collegio arbitrale, avviene in base ai principi del nostro codice etico. In molti casi la disputa non è sul comportamento tenuto, ma sulla sua eticità. I probiviri devono dunque essere esperti nella gestione di dilemmi etici.
11. Tutta la procedura, dall'inizio al momento del giudizio, è riservata. È compito del Garante Etico informare il Consiglio di Presidenza sullo stato della procedura.
12. Il giudizio può essere:
 - non luogo a procedere
 - ammonimento
 - allontanamento da ruolo ufficiale (ad esempio portavoce Gris, membro del Consiglio di Presidenza, revisore dei conti eccetera)
 - sospensione
 - radiazione dalla società.

INDICE PER AUTORI

- Acatürk C. – 148
 Affronti A. – 144
 Affronti M. – 28, 134, 144, 158
 Agabiti N. – 177, 179
 Agostinelli A. – 230
 Agrò F. – 192
 Ahmed R. – 234
 Aiolfi E. – 171
 Al Rousan A. – 303
 Albanese M. – 196, 322
 Albano A. – 248, 249, 251
 Alberti M. – 271
 Albiani S. – 270, 300
 Alessandrini L. – 142, 244
 Alicandro G. – 183
 Amadei G. – 147
 Ambrosio S. – 259
 Andrianou X. – 329
 Angeletti M. – 246
 Angelini R. – 237
 Angelozzi A. – 162, 299
 Angelucci M.A. – 309
 Antolini S. – 266
 Aprigliano A. – 101, 288
 Araceli B. – 165
 Aragona M. – 90, 124, 336
 Arena Chartroux C. – 170
 Argento A. – 337
 Argenziano S. – 303
 Artoni C. – 202
 Asta F. – 309
 Avolio F. – 249, 251
 Esposito B. – 101
 Bacigalupi M. – 177, 179
 Baglio G. – 154, 205
 Baldanzi M.G. – 275
 Bandello M.A. – 229
 Bandini S. – 172
 Banzola S. – 229
 Barbato A. – 336
 Barbieri A. – 178, 200
 Barbieri G. – 137
 Barbieri L. – 301
 Barbui C. – 148, 198
 Bardari S. – 248, 249, 251
 Bargagli AM. – 136
 Bartoli M.G. – 221
 Bartolini L. – 182
 Bartolucci R. – 310
 Bastregghi V. – 222
 Baur J. – 167
 Begotaraj E. – 201
 Belfiore G. – 152
 Bella A. – 329
 Bellantoni C. – 262
 Bellardinelli A. – 146
 Bellino S. – 329
 Bellissimo F. – 139, 168, 247
 Belvedere K. – 300
 Ben Dhiab S. – 139, 168, 247
 Benini M. – 145
 Bennet M. – 258
 Benvenuti B., – 106, 323
 Benvenuti C. – 264
 Bergese I. – 259
 Berghenti F. – 229
 Bernardini L. – 256, 261
 Berra C. – 268
 Berrini C. – 262
 Bertani D. – 147
 Bevilacqua S. – 269
 Bigiarini C. – 300
 Biguzzi E. – 237
 Bihizi J.D.D. – 146
 Biondi G. – 255
 Bird M. – 148
 Biscaro M. – 249, 251
 Bisceglia G. – 229
 Bodini C. – 88, 111, 220, 301, 325
 Bolzan A. – 140
 Bonadies S. – 276
 Bonciani M. – 101, 188, 288
 Bondi M. – 301
 Bonetti M. – 88
 Boninsegna M. – 228
 Boninsegna M.C. – 78
 Bønløkke M. – 258
 Bonvicini D. – 138
 Bonvicini F. – 138, 147, 165
 Borecha B.Y. – 192
 Boros S. – 329
 Bottazzi M. – 269
 Bourkia P. – 258
 Braca M. – 269
 Bracalenti R. – 311
 Bracci F. – 270
 Branchetti G. – 176
 Brandimarte A. – 154
 Brundo F. – 278
 Brunetta R. – 224
 Bruno V. – 244, 271
 Brusaferrò S. – 329
 Brussi V. – 187, 240
 Buonomo E. – 255
 Cacciani L. – 137, 177, 179
 Cacciatore F. – 277
 Caizzi C. – 197, 261
 Calacoci M. – 88, 90, 133, 187, 218, 301
 Calamera F. – 189
 Caldés Pinilla M.J. – 222, 270, 300, 306
 Calò F. – 330
 Camera P. – 171
 Camerano D. – 259
 Camia M. – 333
 Camilot E. – 310
 Caminada S. – 162, 299
 Campalastri R. – 277
 Canciello S. – 167
 Canevelli M. – 136
 Canneva L. – 269

- Canova C. – 137
 Capone S. – 142, 244
 Caporusso M. – 166, 328
 Capparucci P. – 232
 Cappelletto D. – 248, 249, 251
 Caprioli S. – 171
 Capsoni N. – 180
 Caranci N. – 137, 182
 Carbone F. – 303
 Cardamone G. – 270
 Cardullo A. – 274
 Caredda E. – 242, 245
 Carletti P. – 151
 Carmignani M.C. – 268
 Carnevali R. – 190, 243
 Carraro M. – 249, 251
 Carreca G. – 307
 Carriero A. – 178
 Carswell K. – 148
 Casali P. – 269
 Casavecchia S. – 237
 Cascini S. – 136
 Cascio G. – 260
 Caserta M. – 259
 Casoni C. – 165, 176
 Cassetti A. – 269
 Castagno I. – 191
 Castaldo M. – 227
 Castelli D. – 142, 244
 Castelli F. – 226, 244
 Castro Cedeno G. – 164, 239, 319, 327
 Castronuovo S. – 147
 Catena S. – 265
 Cattelan A. – 225
 Cavagna G. – 228
 Cavallo M. – 192
 Cavani A. – 336
 Cavani D. – 153
 Cavani R. – 138
 Cavinato S. – 225
 Ceesay K. – 139, 168, 247
 Ceinar N. – 176
 Celesti L. – 265
 Celmi R. – 163, 242, 245
 Censi L. – 328
 Cescatti E. – 68, 90
 Chermaz E. – 224
 Chiacchella G. – 178, 200
 Chiale F. – 173
 Chianetta R. – 134
 Chiarenza A. – 151, 210
 Chiavaroli F. – 133
 Chiesa A. – 143
 Chiesi S. – 142, 244
 Chiodo Grandi F. – 249, 251
 Churchill R. – 148
 Ciambellini S. – 197, 261
 Ciannameo A. – 151
 Cicognani A. – 301, 304
 Cinquetti S. – 224
 Cisse M. – 149
 Citarrella R. – 134
 Citterio F. – 163
 Ciulli S. – 222
 Civitelli G. – 115, 164, 193, 238, 239, 319, 327
 Clemente G. – 229
 Cocco N. – 250
 Cofini V. – 268
 Coia M. – 242, 245
 Coli G. – 176
 Collareta A. – 249, 251
 Colletti P. – 144
 Colombo C. – 334
 Colosimo F. – 197, 261, 273
 Colotti C. – 155
 Comelli A. – 226
 Confaloni E. – 159
 Conte M. – 256
 Contini M. – 274
 Coppola A. – 236
 Corazza I. – 188
 Cornelio G. – 249, 251
 Corrao S., – 141
 Corsaro A. – 241
 Cortesi I. – 321
 Cosenza F. – 230
 Cossu G. – 175
 Costa S. – 269
 Costantino A. – 256, 262
 Costantino R. – 306
 Costanzo G. – 336
 Cotoloni C. – 222
 Cotugno S. – 184
 Cova I. – 136
 Crosignani A. – 180
 Cucchi F. – 198
 Cuijpers P. – 148
 Curatolo C. – 134
 Cusimano R. – 135
 D'Ancona F.P. – 329
 D'Elia A. – 174
 D'Urso G. – 167
 Da Cas R. – 238
 Da Mosto D. – 325, 333
 Da Prato M. – 270
 Da Riol R.M. – 101, 133, 218, 288
 Da Silva E. – 197, 261
 Dal Lago B. – 262
 Dalla Costa A. – 195, 335
 Dalla Zuanna T. – 137, 224
 Dalmanzio M. – 224
 Davoli A. – 176
 Davoli M. – 177, 179
 De Acutis C. – 231
 De Gregorio C.G. – 320
 De Iaco D. – 263, 302
 de Lorenzo E. – 258
 de Lucia G. – 200
 De Pasquale O. – 230
 De Ponte G. – 101, 160, 288
 De Rocco M. – 236
 De Vita B. – 167
 Declich S. – 160, 329
 Degl'Incerti Tocci E. – 176
 Dei S. – 222
 Del Borrello A. – 277
 Del Bufalo P. – 231
 Del Manso M. – 329
 Del Zotti S. – 310
 Delli Paoli L. – 270, 300
 Dente M.G. – 160, 329
 Devillanova C. – 181, 334
 Di Cesare M. – 167
 Di Claudio A. – 230
 Di Dato S. – 303
 Di Dio D. – 139, 168, 247
 Di Donna F. – 303
 Di Franco G., – 158
 Di Girolamo C. – 137, 182
 Di Gironimo M. – 266
 Di Lorenzo F. – 141
 Di Mambro A. – 266
 Di Maria E. – 88
 Di Meco E. – 225

- Di Napoli A. – 183
 Di Palma R. – 161
 Di Rienzo F. – 163
 Di Sieno F. – 228
 Di Stefano L. – 303
 Di Stefano V. – 180
 Diarra M. – 149
 Diku M. – 192
 Dino O. – 141
 Dirindin N. – 315
 Donati S. – 119
 Donfrancesco D. – 331
 Dorigatti C. – 138
 Dourandish M. – 158
 Durante A. – 181, 334
 El Hamad I. – 142, 226, 244, 271
 Ena F. – 187, 218
 Errico R. – 151
 Esposito B. – 288
 Eugeni E. – 154
 Eusebio C. – 274
 Eustacchi E. – 321
 Fabbri A. – 165
 Fabiani M. – 329
 Faletti G. – 226
 Fantin R. – 310
 Fantini M.P. – 220, 325
 Fermi C. – 330
 Ferracin E. – 137
 Ferrando C. – 149
 Ferrari A. – 250
 Ferrari C. – 259
 Ferrari D. – 328
 Ferrari F. – 336
 Ferrari M. – 166, 271
 Ferrari S. – 202
 Ferraro M. – 259
 Ferri P. – 153
 Ferri S. – 147
 Ferz M. – 249, 251
 Festa G. – 271
 Fiawoo K. – 310
 Ficalora A. – 141
 Figliomeni I. – 192
 Filia A. – 329
 Filov I. – 258
 Finelli F. – 243
 Fini C. – 301
 Finotto S. – 234
 Fioritti A. – 277
 Flamini S. – 221
 Florescu C. – 220
 Floridia G. – 139, 168, 247
 Florio D. – 202
 Florio G. – 170, 264
 Focà E. – 226
 Fontana M. – 256
 Forgione E. – 322
 Forgione M. – 189
 Forlati P. – 310
 Fornaciari R. – 138, 147, 165, 166, 176, 328
 Forno P. – 151
 Fortunato L. – 167
 Foschia J.P. – 253
 Foschino Barbaro M.G. – 263, 302
 Fracasso G. – 171
 Francesca M. – 266
 Franchi E. – 173
 Franzini A. – 138
 Frati F. – 241
 Frongia A. – 323
 Frova L. – 183
 Fusillo C. – 152
 Gagliano F. – 326
 Galeazzi G.M. – 202
 Galesi D. – 310
 Gallo S. – 300
 Gamberini L. – 269
 Gandolfi C. – 68, 90, 187, 218
 Garavini C.M. – 194
 Gardin S. – 225
 Garofoli P. – 181, 334
 Garwood C. – 332
 Gaspari L. – 301
 Gattigli N. – 235
 Gemmi C. – 328
 Gemmi M.C. – 147
 Gentili C. – 269
 Gentili M. – 166
 Geraci C. – 144
 Geraci S. – 28, 78, 164, 174, 197, 232, 238, 239, 261, 281, 299, 319, 327
 Gessaroli L. – 269
 Gherardi G. – 220, 325
 Ghiotti P. – 191
 Giaimo S. – 252
 Giamboni L. – 269
 Giampaolo R. – 154
 Giannini A.M. – 263
 Giannini D. – 164, 193, 299, 327
 Giannotta F. – 260
 Gilardi S. – 173
 Gili R. – 173
 Girardi E. – 140
 Girardi F. – 194, 321
 Giuliadori S. – 321
 Giunti G. – 228
 Giusti A. – 136, 242, 245
 Gnolfo F. – 154, 159, 164, 177, 179, 255, 320
 Gobbato P.E. – 249, 251
 Gottiglia N. – 88
 Govoni M. – 264
 Gradellini C. – 68, 90, 153, 234, 258
 Gramenzi A. – 194
 Granà G. – 303
 Grassi G. – 180
 Graziano G. – 135
 Gregori N. – 226
 Gritti M. – 271
 Gualano G. – 140
 Gualdieri L. – 78, 189
 Guarenti L. – 323
 Guatelli S. – 176
 Guattelli S. – 234
 Guatteri R. – 328
 Guerra M. – 190
 Guerrini D. – 164
 Guidi L. – 165
 Guidotti Mar. – 269
 Guidotti Mat. – 269
 Händler-Schuster D. – 258
 Hassan M. – 167
 Iannace A. – 159, 320
 Ierardi T. – 320
 Indelicato A. – 142, 244, 271
 Ippoliti I. – 238
 Izzo I. – 226
 Jaljaa A. – 299
 Jatin L. – 277
 Jucker S. – 171
 Kana M. – 277
 Kiaris F. – 201

- Koesters M. – 148
 Kontogiannis D. – 248, 249
 La Placa S. – 133, 187, 218, 260
 Lacopo S. – 164
 Lacorte E. – 136
 Lai C. – 201
 Laino E. – 303
 Landeo M.L. – 164
 Landi A. – 154
 Lanotte A. – 304
 Lanzarone A. – 305
 Lanovere D. – 263
 Lauricella C. – 320
 Laurini S. – 163
 Lazzari E. – 259
 Leccese V. – 324
 Leotta D. – 154
 Lesi C. – 301
 Lesi G. – 194
 Liberatori S. – 230
 Libertas M. – 197, 201, 219, 233, 261, 322
 Liddo M. – 164, 238, 239, 327
 Livio D. – 180
 Lo Bosco M. – 331
 Lo Russo V. – 187
 Lococo G. – 308
 Longo F. – 202
 Longo M. – 139, 168, 247
 Lotito C. – 198
 Luciano N. – 139, 168, 247
 Lupi B. – 188
 Lusetti S. – 153
 Lux C. – 173
 Mabilia A. – 167
 Maciocia L. – 275, 331
 Maffei R. – 150, 167
 Maffei P. – 262
 Magarini F. – 333
 Magarini F.M. – 202
 Maggio Tummiolo M. – 243
 Magi S. – 222
 Magnani G. – 269
 Magro P. – 142
 Mahroof-Shaffi S. – 143
 Maietta A. – 307
 Maillard E. – 171
 Maisano B. – 239
 Maisto R. – 269, 310, 333
 Malaffo L. – 269
 Malagoli E. – 176
 Mammama L. – 133, 220, 325
 Mammarella L. – 268
 Mancaruso A. – 269
 Mancinelli S. – 255
 Mancini S. – 323
 Mancuso A. – 171
 Manduri D. – 333
 Manicardi V. – 138
 Mansueto P. – 144
 Mantovani R. – 145
 Manuelli E. – 181
 Manuli M. – 139, 168, 247
 Marando L. – 256
 Marceca M. – 23, 28, 68, 101, 106, 133, 160, 161, 162, 233, 234, 299, 319
 Marchegiani M. – 255
 Marchegiani M.P. – 159
 Marchese V. – 250
 Marchetti F. – 242, 245
 Marchetti G. – 160
 Marchetti S. – 183
 Marchi M. – 202
 Marchiori M. – 249, 251
 Marchisio D. – 259
 Marescalchi M. – 237
 Mariani C. – 171
 Marinaro Manduca A. – 266
 Marino C. – 137
 Marino M. – 149
 Marras G. – 190
 Marro G. – 180
 Marrone R. – 227
 Martelli M. – 277
 Martellini M. – 266
 Marzagalia M. – 274
 Marziani B. – 328
 Marzulli T. – 237
 Mascazzini E. – 274
 Masci S. – 231
 Masi L. – 245
 Massagli P. – 263
 Massaini S. – 222
 Massetti P. – 198
 Massi L. – 269
 Mateo-Urdiales A. – 329
 Matera C. – 152
 Matteelli A. – 226
 Maulucci M.L. – 200
 Mazzetta M.L. – 246
 Mazzetti M. – 68, 197, 261
 Mazzieri F. – 147
 Mazzocchi A. – 138, 301
 Mazzola S. – 135
 Mazzoni F. – 145
 Mazzoni R. – 262
 Mazzucco E. – 307
 Mazzucco W. – 135
 Mecagni D. – 153, 234, 258
 Mekombi C. – 192
 Melacarne A. – 171
 Melandri D. – 257
 Melioli D. – 328
 Mencacci E. – 277
 Menegatti G. – 157
 Menniti Ippolito F. – 238
 Menozzi S. – 241
 Menzaghi B. – 250
 Merini A. – 269
 Merlino G. – 327
 Mezzabotta G. – 231
 Miccoli D. – 333
 Micheletti G. – 230
 Mijatovic M. – 258
 Millefiorini M. – 309
 Mirisola A. – 183
 Mirisola C. – 192, 227, 336
 Mittica P. – 330
 Mondo L. – 175, 191
 Monici L. – 165
 Monteiro G.B. – 250
 Morelli M. – 235
 Morellini A. – 257
 Morgillo T. – 273
 Morucci L. – 152
 Mosaico F. – 255
 Motta F. – 174
 Mozzanica S. – 165
 Muselli M. – 268
 Mutta I. – 239
 Napoli M. – 154
 Napoli P.A. – 154
 Narcisi P. – 173
 Necozone S. – 268
 Negri E. – 166
 Neri M. – 167

- Nicolini G. – 277
 Nikolic D. – 134
 Nolet M. – 277
 Nosè M. – 148, 198
 Olivani P. – 90
 Orazi N. – 151
 Orlandi C. – 257
 Ostuzzi G. – 148
 Pace C. – 158
 Pagani S. – 151, 272
 Pagliarani G. – 272
 Pagliaroli A. – 200
 Paglione L. – 177, 179
 Palmieri F. – 140
 Panella M.M. – 333
 Panizzut D. – 90
 Pantoni L. – 136
 Paratore C. – 223
 Parisi C. – 250
 Parisotto M. – 101, 288, 330
 Pasquini F. – 269
 Pastorelli V. – 301
 Patricelli S. – 190
 Paura R. – 167
 Pelliccia A. – 269
 Pellicciari M. – 221
 Pendezzini A. – 199
 Pennone R. – 150
 Pepe L. – 236
 Pepe R.R. – 175
 Perdighe C. – 196
 Peri C. – 311
 Peri D. – 195
 Perilli C. – 165
 Perra A. – 242, 245
 Perrelli F. – 154
 Perri M. – 167
 Perrotti A. – 146
 Persechino B. – 162
 Pesaresi G. – 321
 Pessi E. – 171
 Petrelli A. – 137, 183
 Petrelli G. – 139, 168, 247
 Petta A.M. – 201, 219, 233, 322
 Pettinicchio V. – 174, 219, 233, 261
 Pezzoli M.C. – 226
 Pezzotti P. – 329
 Piazza F. – 144
 Piccinini B. – 237
 Pilutti G. – 240
 Pinna S. – 320
 Pipitone G. – 141
 Pisaniello D. – 230
 Pischiutti A. – 240
 Piscionieri D. – 305
 Pitocco A. – 167
 Pittalis S. – 140
 Pittini L. – 170
 Pitzalis G. – 78, 240
 Pizzi M.G. – 250
 Pizzini E. – 68, 101, 161
 Polcri C. – 221
 Poli L. – 269
 Polito A. – 276
 Pomati S. – 136
 Prestileo T. – 141
 Princic E. – 249, 251
 Prisecaru M. – 175
 Properzi G. – 231
 Puddu M. – 171
 Puerini E. – 272
 Punzo O. – 160, 329
 Purgato M. – 148
 Quaretti C. – 171
 Quargnolo M. – 220, 325
 Quintavalle G. – 152
 Quinto C. – 192
 Quiros-Roldan E. – 226
 Radrizzani D. – 250
 Raponi M. – 265
 Rasconi G. – 145, 301
 Rau M. – 149
 Raumer F. – 225
 Reali C. – 237
 Reboli P. – 301
 Redini V. – 185
 Refe M. – 151
 Refrigeri M. – 193
 Regazzo C. – 223, 267
 Reggianini C. – 202
 Renesto E. – 223
 Rezza G. – 329
 Riboldi B. – 151
 Riccardo R. – 329
 Ricceri F. – 175
 Ricci G. – 145
 Riccio G. – 266
 Rigon G. – 269
 Rinaldi A. – 68, 88, 162
 Rizzi E. – 184
 Rizzo C. – 305
 Roca L. – 231
 Romanelli S. – 269
 Rondelli R. – 277
 Roppolo R. – 330
 Roselli V. – 198
 Rossi A. – 183
 Rossi M. – 180
 Rossi S. – 244
 Rosso A. – 154
 Rota M.C. – 329
 Rozzi E. – 319
 Ruggeri V. – 170
 Rusciani R. – 191
 Russo G. – 180
 Russo M. L. – 68, 101, 160, 161, 162, 260, 288
 Sabbatini F. – 171, 181, 334
 Saccani M. – 176, 328
 Sacchetti G. – 68, 90
 Sacerdote C. – 175
 Sakellari E. – 153
 Salamone F. – 158
 Salsi S. – 147
 Salvatori L.M. – 162, 299
 Salvi E. – 136
 Salvucci A. – 155
 Sanfilippo A. – 141
 Sanna S. – 328
 Sannella A. – 331
 Santarelli F. – 192
 Santone G. – 177, 179, 243, 306
 Santoro V. – 237, 238
 Santucci B. – 250
 Sasset L. – 225
 Savarino G. – 187
 Scalia F. – 139, 168, 247
 Scalzo S. – 139, 168, 247
 Scano N.S. – 235
 Scardala S. – 320
 Scassellati Sforzoloni G. – 309
 Sciannameo V. – 175
 Scirocchi S. – 330
 Scolari C. – 142
 Scotti S. – 169, 267
 Sebastiani G. – 183

- Segneri M.C. – 192
 Seligardi M. – 258
 Serra M.C. – 152
 Settini C. – 249, 251
 Severi C. – 165, 166, 176, 328
 Sferrazza E. – 187
 Sgaramella A. – 263, 302
 Sgarro G. – 246
 Sgorbissa B. – 248, 249, 251
 Siddu A. – 329
 Siggillino P. – 230
 Signorelli F. – 181, 334
 Sijbrandij M. – 148
 Silvestrini G. – 90, 237
 Simonazzi D. – 176, 328
 Šimonek T. – 143
 Simonini F. – 142, 271
 Singh I. – 328
 Sinopoli M.T. – 152
 Sleemankhel A. – 139, 168, 247
 Soncini A. – 321
 Sorice P. – 250
 Sozzi A. – 172
 Spada A. – 181, 334
 Spadea T. – 191
 Spagnoli R. – 268
 Spalenza S. – 169
 Sparaco A. – 306
 Spigonardo V. – 277
 Spitoni G.F. – 201
 Staffolani S. – 250
 Stefanini M.B. – 176
 Stella M. – 249, 251, 257
 Stella R. – 180
 Stirone V. – 274
 Storti A. – 320
 Suzzi F. – 301
 Taila K. – 306
 Tarsitani L. – 198
 Taviani A. – 236
 Tavormina N. – 269
 Tedeschi F. – 148, 198
 Telani M. – 328
 Terenzi S. – 190
 Tesolin L. – 249, 251
 Tessitore L. – 300
 Testa J. – 101, 250, 288
 Thiam O. – 146
 Timelli L. – 140
 Tincani E. – 147
 Todini L. – 198
 Todisco V. – 333
 Tofani M. – 133
 Tolentino Diaz M.Y. – 234
 Tolulope O.O., – 221
 Tomaselli V. – 171
 Tonetti S. – 154, 159, 164, 320
 Torasso G. – 151
 Torchiaro A. – 330
 Torchiaro S. – 157, 304, 319
 Torregiani C. – 249, 251
 Torresin A. – 274
 Toschi M. – 221
 Trainiti M. – 323
 Traore I. – 310
 Trezzi S. – 256
 Tricarico D. – 263
 Trincone S. – 257
 Tullio V. – 305
 Tumiate M.C. – 336
 Tura G.B. – 271
 Turrina C. – 271
 Turrini G. – 148, 198
 Tzani P. – 229
 Ukegbu Ashamole D. – 192
 Ukosic M. – 249, 251
 Ursino S. – 152
 Vagni S. – 142, 244
 Valerio G. – 310
 Valimaki M. – 148
 Van de Poel K. – 258
 Van der Linden E. – 258
 Van Ommeren M. – 148
 Vanacore N. – 136
 Vascotto A. – 248
 Vegna V. – 337
 Ventura M. – 183
 Venturi M. – 257
 Vercillo E. – 243
 Verlezza V. – 167
 Verona A. – 184, 330
 Vescio M.F. – 329
 Vesco S. – 241
 Viale S. – 336
 Vianello F.A. – 186
 Vichi S. – 151
 Viridis R. – 301
 Vischetti E. – 327
 Visco-Comandini F. – 200
 Vitale F. – 135
 Vitale G. – 144
 Vitale G.T. – 263, 302
 Vitali N. – 171
 Wancata J. – 148
 Wassermann S. – 249, 251
 White R. – 148
 Zaccarelli C. – 234
 Zaddach I.M. – 163
 Zadra F. – 254
 Zagarla N. – 320
 Zambri F. – 136, 242, 245
 Zampa A. – 154, 159, 255
 Zanni B. – 147
 Zanotti C. – 145, 301
 Zanotti P. – 142
 Zengarini N. – 137
 Zenoni S. – 228
 Zerbo S. – 305
 Zitarosa D. – 330
 Zorzetto S. – 270
 Zuccaro F. – 323
 Zucchelli L. – 194
 Zucchetti A. – 223

INDICE PER TEMATICHE

Approccio di comunità	157, 159, 164, 167, 184, 190, 205, 210, 218, 235, 252, 276, 315, 323, 330, 345
Competenza culturale/interculturale	98, 151, 166, 211, 212, 213, 222, 234, 258, 269, 375
Empowerment	167, 192, 205, 210, 221, 235, 245, 247, 325, 341, 354
Formazione	44, 45, 52, 59, 61, 68, 90, 92, 93, 96, 101, 102, 103, 150, 151, 153, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 195, 212, 213, 219, 230, 233, 240, 241, 244, 245, 253, 254, 258, 260, 265, 269, 274, 293, 302, 332, 342, 343, 344, 356, 357, 359, 362, 378, 386, 419
Mediazione Linguistico Culturale/Interculturale	151, 212, 215, 219, 222, 242, 244, 252, 253, 254, 260, 265, 272, 284, 298, 301, 332, 377, 388, 400, 406
Mutilazioni genitali femminili (MGF)	189, 190, 221, 302, 309
Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)	55, 58, 187, 240, 256, 260, 261, 262, 263, 276, 277, 285, 286, 302, 308, 309, 322, 341, 342, 370, 401, 429
Screening e prevenzione	91, 92, 97, 127, 141, 142, 145, 151, 153, 164, 181, 191, 192, 198, 224, 226, 229, 230, 231, 240, 243, 244, 245, 250, 256, 286, 302, 335, 372, 373, 377, 379, 387, 416
Tubercolosi/TB	39, 54, 140, 141, 142, 143, 145, 158, 175, 181, 223, 224, 229, 249, 250, 283, 387, 400
Vaccinazioni	144, 146, 152, 153, 154, 188, 226, 228, 237, 250, 373, 377, 387
Violenza di genere (VSG)	91, 92, 157, 168, 194, 247, 253, 302, 309

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Presidente 2016 – 2020: Maurizio Marceca (Roma)

Segretario - Tesoriere: Alessandro Rinaldi (Roma)

Consiglieri: Manila Bonciani (Vice presidente)

Chiara Bodini (Bologna)

Emilio Di Maria (Genova)

Marco Mazzetti (Milano)

Luisa Mondo (Torino)

Emanuela Forcella (Roma)

Maria Laura Russo (Trapani)

Revisori dei Conti: Erminio Biacchi e Daniela Panizzut (Milano), Simona La Placa (Palermo)

Past President: Enrico Nunzi (Genova) 1990 – 1993

Serafino Mansuetot (Palermo) 1993 – 1996

Luigi Frighit (Roma) 1996 – 2000

Salvatore Geraci (Roma) 2000 – 2009

Mario Affronti (Palermo) 2009 - 2016

Comitato scientifico:

Maurizio Marceca (Coordinatore - Roma); Mario Affronti (Palermo); Massimiliano Aragona (Roma); Giovanni Baglio (Roma); Anna Silvia Bombi (Roma); Francesco Castelli (Brescia); Antonio Chiarenza (Reggio Emilia); Rosalia Da Rioli (Udine); Serena Donati (Roma); Salvatore Geraci (Roma); Cinzia Gradellini (Reggio Emilia); Gavino Maciocco (Firenze); Enrico Materia (Roma); Maria Grazia Pompa (Roma); Ivo Quaranta (Bologna).

Comitato tecnico per la formazione:

Maria Laura Russo (Referente nazionale); Emma Pizzini (Segreteria); Betty Cescatti, Claudia Gandolfi, Cinzia Gradellini, Michele T. Lojudice, Marco Mazzetti, Alessandro Rinaldi, Graziella Sacchetti

Coordinamento Nazionale GrIS:

Salvatore Geraci (Roma); Maria Chiara Boninsegna (Bergamo); Luciano Gualdieri (Napoli); Guglielmo Pitzalis (Udine)

GrIS Lazio: Chiara Simonelli (Roma)

GrIS Trentino: Gianpaolo Rama (Trento)

GrIS Lombardia: Cristina Tandardini (Lodi)

GrIS Sicilia: Emanuela Petrona Baviera (Palermo)

GrIS Friuli Venezia Giulia: Claudia Gandolfi (Udine)

GrIS Veneto: Chiara Postiglione (Verona)

GrIS Piemonte: Silvia Giorgis (Torino)

GrIS Emilia-Romagna: Marisa Calacoci (Ferrara)

GrIS Toscana: Gavino Maciocco (Firenze)

GrIS Campania: Luciano Gualdieri (Napoli)

GrIS Calabria: Lorenzo Surace (Lamezia Terme)

GrIS Alto Adige: Max Benedict (Bolzano)

GrIS Liguria: Nancy Soraya Scano (Genova)

GrIS Marche: Gaetano Sgarro (Pesaro)

Socio di riferimento per la Sardegna: Francesca Ena (Olbia)

Collana "Salute senza esclusioni"

Libri per conoscere e condividere esperienze di impegno
per una salute globale e per un servizio sanitario equo e transculturale

"Salute senza esclusioni" è il nome di una collana editoriale che, con saggi, racconti, ricerche, studi ed esperienze di campo, strumenti operativi e manuali tecnici, vuole esprimere come la salute sia un bene indivisibile ed un diritto inalienabile, con una attenzione particolare alle persone più fragili della nostra società, spesso invisibili o dimenticate, note alla cronaca per evocare compassione o esprimere disagio o tensione politica. In questa collana raccontiamo di tanti compagni di viaggio, di riflessioni e di scoperte, di delusioni e di conquiste. Tutte ancorate all'esperienza di una quotidianità che stanca ma non sconfigge, di un impegno che unisce, di un progetto che porta alla radice della scelta fatta da tante persone che lavorano sul versante delle professioni d'aiuto, che fanno volontariato confessionale o laico o che sono impegnate nel settore pubblico: condividere eticamente, prima ancora che professionalmente, un senso di corresponsabilità che ci porta al dovere di essere prossimo del malato o in genere di chi ha bisogno, soprattutto se fragile o discriminato.

Salvatore Geraci

La collana valuta proposte di edizione di materiali originali o ristampe

Per contatti:

Salvatore Geraci: s.geraci@areasanitaria.it
Edizioni Pendragon: info@pendragon.it 051267869

Volumi pubblicati

- *Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese* (226 pagine, 2010)
- *Le parole della salute. Glossario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese* (292 pagine, 2010)
- *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie* (262 pagine, 2011)
- *In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza* (96 pagine, 2012 - due edizioni)
- *La Salute per i rom. Tra mediazione e partecipazione* (112 pagine, 2012)
- *Salute della popolazione immigrata: strategie per l'offerta attiva* (96 pagine, 2012)
- *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni* (272 pagine, 2012)
- *Percorsi assistenziali per cittadini stranieri. Elementi teorici e metodologici di salute interculturale* (96 pagine, 2012)
- *saluteRom. Itinerari possibili* (200 pagine, 2014)
- *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere* (232 pagine, 2014)
- *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura* (144 pagine, 2014)
- *I servizi sanitari del Lazio e la popolazione romani: strategie contro le disuguaglianze* (128 pagine, 2015)
- *Quale sguardo sui migranti forzati? L'esperienza dell'ambulatorio del Policlinico di Palermo* (128 pagine, 2015)
- *Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute* (240 pagine, 2016)
- *Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni* (304 pagine, 2018)



















Finito di stampare nel mese di dicembre 2020
a cura di NW (Bologna)