

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni  
Atti del XIV Congresso Nazionale  
11-14 maggio 2016

# **Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute**

*a cura di*

Mario Affronti, Manila Bonciani,  
Emanuela Forcella, Salvatore Geraci,  
Maurizio Marceca, Maria Laura Russo

Atti del XIV Congresso Nazionale  
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Torino 11-14 maggio 2016)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni  
via Marsala, 103 - 00185 Roma  
[info@simmweb.it](mailto:info@simmweb.it)  
[www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

ISBN 987 88 6598 763 6

Tutti i diritti riservati  
© 2016, Edizioni Pendragon  
Via Borgonuovo, 21/a – 40125 Bologna  
[www.pendragon.it](http://www.pendragon.it)

stampato nel maggio 2016 dalla MIG Moderna Industrie Grafiche - Bologna

---

# INDICE

## PRESENTAZIONE

- Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute** 19  
Ad Italo Siena... in cammino  
*Mario Affronti*

## LA SIMM INFORMA

- L'attività di formazione della SIMM come provider ECM negli anni 2014 e 2015: considerazioni al termine della fase di sperimentazione** 23  
*Emma Pizzini, Manila Bonciani, Elisabetta Cescatti, Michele Tancredi Loiudice, Maria Laura Russo, Graziella Sacchetti, Maurizio Marceca*

- Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti** 31  
*Giovanni Baglio, Antonio Fortino, Salvatore Geraci, Maurizio Marceca, Maria Elena Tosti, Stefano Vella*

- La SIMM firma la carta di Loja** 35  
*Mario Affronti, Simona La Placa, Maurizio Marceca*

- La SIMM e il 'Conflitto di interessi': risultati preliminari di una recente ricerca sui rapporti tra Società medico-scientifiche italiane e industria** 37  
*Cosima Lisi, Alessandro Rinaldi, Mario Affronti, Maurizio Marceca*

## RELAZIONI

### **Sessione: "Accordo per la tutela della salute dei migranti: diritto compiuto o occasione mancata?"**

- Diritto fondamentale alla salute: principi e realtà** 41  
*Vladimiro Zagrebelsky*

<b>Governance possibile? Ambiguità ed ipocrisie</b>	45
<i>Patrizia Carletti</i>	
<b>Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza!</b>	51
<i>Salvatore Geraci, con i contributi del GrlS Emilia-Romagna, Toscana e Puglia</i>	
<b>Sessione: “Migranti forzati e migranti in transito in Europa”</b>	
<b>I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: linea guida sui controlli sanitari all’arrivo e i percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza</b>	59
<i>Giovanni Baglio, Maria Elena Tosti, Rosalia Marrone, Chiara Pajno, Annalisa Rosso, Franca D’Angelo, Luigina Ferrigno, Salvatore Geraci, Maurizio Marceca</i>	
<b>Identificazione e trattamento delle vittime di violenza intenzionale: le linee di indirizzo del Ministero della Salute</b>	64
<i>Massimiliano Aragona</i>	
<b>L’esperienza di rete per l’assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma</b>	69
<i>Pier Angela Napoli, Filippo Gnolfo, Simone Renzi, Giorgia Mazzarini, Chiara Pajno, Giovanni Baglio</i>	
<b>Dal mare al nord Europa: profughi in transito a Milano</b>	76
<i>Daniela Panizzut</i>	
<b>I profughi ambientali, vittime invisibili del cambiamento climatico</b>	78
<i>Maurizio Cossa Majno Di Capriglio</i>	
<b>Sessione: “Restrizione della libertà e misure di tutela”</b>	
<b>Gli “ospiti” dei centri di identificazione ed espulsione e degli hotspot, la salute di rifugiati e richiedenti asilo</b>	80
<i>Valentina Calderone</i>	
<b>Migranti detenuti e tutela della salute</b>	84
<i>Daniela Ronco</i>	
<b>Sessione: “Collaborazione pubblico – privato sociale”</b>	
<b>Pubblico e privato sociale: tra delega e autoreferenzialità, c’è posto per una terza via?</b>	89
<i>a cura di Chiara Bodini, Gabriella Cavagna, Filippo Gnolfo</i>	

## **Abstract: Comunicazioni (C) e Poster (P)**

### **Aspetti organizzativo assistenziali**

- Minori stranieri non accompagnati e l'esperienza della malattia: tra bisogni ed opportunità (P)** 93  
*Ticconi D., Morelli D., Spera O., Gherardini F., Celesti L.*
- La vulnerabilità sociale dei pazienti stranieri ricoverati: prime evidenze da una ricerca effettuata nel Lazio tramite 'triage sociale ospedaliero' nel 2014 (C)** 94  
*Paglione L., Russo ML., Pizzuti S., Buoncristiano M., Pizzini E., Favali MP., Ceci Galanos R., De Blasio E., Intini M., Milano G., Morozzo G., Sousa E., Marceca M.*
- Il Piano Salute Migranti della nuova ASL Roma 1: sensibilità culturale ed equità in salute al centro delle politiche di una azienda sanitaria pubblica (P)** 95  
*Gnolfo F., Confaloni E., De Gregorio G. C., Goletti M.*
- Vent'anni dei Centri Informazione Salute Immigrati in Piemonte. Passato, presente e sfide future (C)** 96  
*Perna R., Maggiorotti L., Mondo L.*
- Vaccinazioni: i migranti, la ASL RM4, la prevenzione (P)** 97  
*Fusillo C., Benigni M., Di Marzio L., Galliani E., Marchetti C., Rossi S., Serra MC., Sinopoli MT., Sgricia S.*
- Sistema regionale centralizzato per la gestione degli STP/ENI con scheda informatizzata (P)** 98  
*Frascarelli W., Panella V., Baglio G., Lorenzini L., Forcella E., Geraci S., Mantini V.*
- Donna, Malata e Migrante: tre punti a sfavore (P)** 99  
*Angeletti M.*
- Una medicheria di prossimità: cura per i senza dimora a Roma (P)** 100  
*Liddo M., Civitelli G., Masciotti S., Abbenante D., Gargano D., Geraci S.*
- Vaccinazione antinfluenzale tra gli immigrati adulti a rischio di complicanze: stime di copertura e confronto con i cittadini Italiani (P)** 101  
*Fabiani M., Riccardo F., Di Napoli A., Gargiulo L., Declich S., Petrelli A.*
- Prevenzione Serena. Integrazione anche nella prevenzione. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne straniere in Piemonte (P)** 102  
*Giordano L., Bronzino M.P., Garena F., Castagno R., Dotti M., Jaramillo L., Orecchia F., Renzetti M., Segnan N.*

<b>Descrizione di un Progetto per la Promozione della Salute tramite supporti visivi da realizzarsi presso insediamenti spontanei/informali di migranti (P)</b>	103
<i>Mazzola E., Cravero N., Di Prima S.</i>	
<b>Salute, cultura e discriminazione: i mille volti del diritto alla salute (P)</b>	104
<i>Tangerini S.</i>	
<b>Frutti di salute: un bridge pour la salud (P)</b>	105
<i>Torchiaro S., Bruschini G., Khailoq W., Civitelli G., Landeo L., Arrivi F., Liddo M., Maisano B., Geraci S.</i>	
<b>Il bisogno di salute della popolazione del Campo di Castel Romano nella ASL Roma 2 (ex ASL Rm C): un'analisi preliminare all'azione (P)</b>	106
<i>Santoro V., Pettinicchio V., Vazzoler C., Pavone R., Lancia A.</i>	
<b>La domanda di salute delle persone vulnerabili (C)</b>	107
<i>Jacchetti G., Ravazzini M., Landra S.</i>	
<b>Progetto europeo MEM-TP: sviluppo di pacchetti formativi per operatori sanitari per migliorare la qualità e l'accessibilità ai servizi sanitari per i migranti. Gli esiti della formazione pilota in Italia (P)</b>	108
<i>Ciannameo A., Chiarenza A., Dall'Asta I., Riboldi B., Baraldi C., Quaranta I., Riccardo F.</i>	
<b>Promuovere equità nell'accesso agli screening oncologici nella provincia di Reggio Emilia (C)</b>	109
<i>Dall'Asta I., Chiarenza A., Riboldi B., Campani C., Paterlini L., Cerullo L., Sassatelli R.</i>	
<b>I Determinanti di Genere nei percorsi migratori e nei richiedenti asilo (P)</b>	110
<i>Angelucci M.A., Trillò M.E.</i>	
<b>Disuguaglianze nei percorsi scolastici tra studenti stranieri e italiani in provincia di Trento. Anno scolastico 2014/2015 (P)</b>	111
<i>Piovesan S., Battisti L., Fateh-Moghadam P.</i>	
<b>Monitoraggio sull'esclusione dal sistema sanitario 2015 (P)</b>	112
<i>Saccani M.</i>	
<b>Una buona legge, malinterpretata, diventa bacillifera (P)</b>	113
<i>Grecchi C., Pontarelli A., Zanotti P., Izzo I., Apostoli A., Rodari P., Casari S., Gulletta M., Castelli F.</i>	
<b>Minori diseguali: la legge, e il diritto all'assistenza sanitaria, non è uguale per tutti (C)</b>	114
<i>Geraci S., Arrivi F., Pettinicchio V., Civitelli G.</i>	

<b>Inutile e dannoso... anche per la salute! (P)</b>	115
<i>Pizzini E., Paglione L., Civitelli G., Marceca M.</i>	
<b>Salute dei rifugiati e dei richiedenti asilo</b>	
<b>Accesso alle cure per i rifugiati che vivono in situazioni di marginalità (P)</b>	116
<i>Di Prima S., Mazzola E.</i>	
<b>Ricerca antropologica nel Centro di Primo Soccorso e Assistenza (CPSA) di Lampedusa (C)</b>	117
<i>Segneri M.C., Castaldo M., Fortino A., Costanzo G.</i>	
<b>Screening sanitario nei migranti richiedenti asilo: la casistica della provincia di Piacenza (P)</b>	118
<i>Gerna L., Donisi A., Sacchini D.</i>	
<b>Servizio di Etnopsichiatria: presentazione dati (P)</b>	119
<i>Marzagalia M.</i>	
<b>Il modello dell'accoglienza diffusa a sostegno dei diritti dei richiedenti asilo: esperienza pilota di sensibilizzazione e formazione in Liguria (P)</b>	120
<i>Di Maria E. e GrIS Liguria</i>	
<b>Un progetto pilota in Liguria per gestire la transizione tra triage al punto di arrivo e presa in carico da parte del medico di medicina generale dei richiedenti asilo e immigrati recenti (P)</b>	121
<i>Flego G., Cardinale F., Cavagnaro P., Bessarione D., Iannone P., Vecchia F., Di Maria E.</i>	
<b>Passaggio a Nord-Est: rintracciare e accogliere i richiedenti protezione internazionale in Friuli-Venezia Giulia (P)</b>	122
<i>Pischiutti A., Pitzalis G., Brussi V., Mauro K., Pilutti G., Uliana C., Riccobello E., Gnesutta D., Brianti G., Gandolfi C.</i>	
<b>Fattori psicorelazionali della presa in carico sanitaria di richiedenti asilo/rifugiati: considerazioni a partire dall'esperienza di supervisione di alcuni gruppi di lavoro (P)</b>	123
<i>Policicchio N.</i>	
<b>La salute di rifugiati e migranti lungo la via dei Balcani nel 2015 – L'esperienza di Medici senza Frontiere</b>	124
<i>Evlampidou I., Baruzzi C., Peruzzo C., Loyens E., Faga E., Ponthieu A., Ingres M., Moissaing S., Zamatto F., Argenziano S., Van Herp M., Jemmy J., Montaldo C.</i>	

<b>La salute mentale dei richiedenti asilo. Un'analisi dei CAS della Provincia di Ragusa, Italia 2014-2015 MSF, Sicilia (C)</b>	125
<i>Mancini S., Lodesani C., Di Carlo S., Barbieri A., Rita F., Deiana P., Quaranta G., Montaldo C., Decroo T., Zamatto F.</i>	
<b>Migranti in transito a Roma (2014-2016): l'esperienza di Medici per i Diritti Umani (P)</b>	126
<i>Barbieri A., Carriero A., Ciccone G., Corsaro A., Nardi M., Pallone I., Peca M., Trombetta A.</i>	
<b>Il LiMEs, uno strumento per la valutazione delle esperienze traumatiche e delle difficoltà vitali legate alla migrazione (P)</b>	127
<i>Aragona M., Aprigliano A., Mazzetti M., Torchiario S., Geraci S.</i>	
<b>Intervento di formazione/informazione circa le modalità di trasmissione/prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili (STDs) ad una popolazione di migranti richiedenti asilo/rifugiati con offerta attiva del test HIV. Studio pilota nella Provincia di Ferrara. Dati preliminari (P)</b>	128
<i>Segala D., Calacoci M., Tsucalas F., Libanore M., Contini C., Sighinolfi L.</i>	
<b>Salute dei rifugiati e richiedenti asilo (P)</b>	129
<i>Santone G., Madonia L., Spina A., Benedetti P., Nayereh N., Tekeste S.</i>	
<b>Assistenza sanitaria agli immigrati sull'isola di Lesbo - situazione generale (P)</b>	130
<i>Chiale F., Spinelli S., Girino G., Pigozzi L., Narcisi P.</i>	
<b>Assistenza sanitaria ai profughi sull'isola di Lesbo: attività gennaio-marzo 2016 (P)</b>	131
<i>Chiale F., Spinelli S., Gili R., Morrison-Griffiths S., Girino G.</i>	
<b>Missione Asklaepios – un progetto di assistenza sanitaria a favore dei migranti sulle isole greche (P)</b>	132
<i>Chiale F., Spinelli S., Frigerio S., Lamorte A., Pazè E.</i>	
<b>Presa in carico integrata di un soggetto psicotraumatizzato (P)</b>	133
<i>Pice C.</i>	
<b>Percorso migratorio di un campione di pazienti afferenti all'ambulatorio di medicina di base per migranti, Ospedale San Paolo, Milano (P)</b>	134
<i>Colombo L., Crosignani A., Potenza S., Prina E., Pugliese P., Rossignoli G., Bouab Z.</i>	
<b>EUR – HUMAN: Punti di vista ed aspettative dei rifugiati per quanto riguarda la loro salute, l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari e sociali e confronto fra i diversi paesi partecipanti (P)</b>	135
<i>Caldes M.J., Delli Paoli L., Mascia N., Scali L., Racalbutto E.</i>	



<b>Salute dei rifugiati e richiedenti asilo: "Progetto Passport processo di autonomia e di integrazione" (P)</b>	136
<i>Sanvito L., Severi I., Bulli S., Delli Paoli L., Magursi T., Capizzi M.</i>	
<b>Risultati di tre anni di screening infettivologico su richiedenti asilo (P)</b>	137
<i>Massetti A.P., Russo G., D'Abramo A., Vullo V.</i>	
<b>Variazioni demografiche e impatto sulla salute psichica dei richiedenti asilo in Italia (C)</b>	138
<i>Da Silva E., Mazzetti M., Aragona M., Geraci S.</i>	
<b>Lo Psicologo al Pronto Soccorso - Clinica dell'Emergenza (P)</b>	139
<i>Ferrari E., Marchini L., Leone S., Schena A., Cremonesi P.</i>	
<b>Le condizioni di salute dei migranti al momento dello sbarco nell'area della prefettura di Catania nel 2015 (P)</b>	140
<i>Abramo E., Mancinelli S., Buonomo E., Palombi L.</i>	
<b>Salute psico-relazionale/psico-sociale</b>	
<b>Marco Cavallo galoppa ancora: dignità, cittadinanza, salute mentale (P)</b>	141
<i>Bonelli F.</i>	
<b>"Home visiting" come prevenzione delle difficoltà di relazione genitori/ bambino nella migrazione (C)</b>	142
<i>Finzi I., Imbimbo F.</i>	
<b>Doppia Discriminazione: essere migranti, essere omosessuali (P)</b>	143
<i>Infante A.</i>	
<b>I disegni dei bambini nei servizi di clinica transculturale per le famiglie migranti (P)</b>	144
<i>Cattaneo M.L., dal Verme S., Sacchetti G., Bruni C.</i>	
<b>Primo soccorso psicologico (PSP) per i migranti in transito nel centro Baobab, e nella tendopoli alla Stazione Tiburtina, Roma: gli insegnamenti tratti da un servizio integrato di supporto psicologico e di mediazione interculturale (MI) MSF (P)</b>	145
<i>Al Rousan A., Pizzi L., Alemaio T., Grmay S., Schillirò M.C., Baglio G., Lodesani C., Di Carlo S.</i>	
<b>Sportello di supporto psicologico ai migranti richiedenti asilo: l'esperienza di Piacenza (P)</b>	146
<i>Bettini M., Donisi A., Gerna L.</i>	

<b>Progetto ETHNOS. Antropologia e psicologia geoclinica per la cura dei migranti forzati (P)</b>	147
<i>Monti M. C., Casadei F.</i>	
<b>Progetto Mediterraneo: un metodo sperimentale di prevenzione (P)</b>	148
<i>Desiderio C., Uccellatore P., Di Mauro A., Campione S., Leonforte S., Coco G., Sapienza S., Raspagliesi M.</i>	
<b>Benessere e miglioramenti psicopatologici in migranti con patologia psichiatrica (P)</b>	149
<i>Geromini E., Arduini L., Lammoglia M., Quaranta G., Fiori J.</i>	
<b>Approcci integrati per rispondere a bisogni complessi (P)</b>	150
<i>Castelli V., Fondelli S., Ouro Yondou A.B.</i>	

### **Collaborazione pubblico – privato sociale**

<b>Palestre di Salute globale a Roma: verso la definizione di un nuovo modello formativo (P)</b>	151
<i>Civitelli G., Rinaldi A., Passarani B., Geraci S., Maisano B., Zecca S., Solano S., Tarsitani G., Marceca M.</i>	
<b>Personale sanitario pronto ad operare in assenza di confini (P)</b>	152
<i>Bertini M.</i>	
<b>Nuovi percorsi assistenziali per il diritto alla salute di migranti e rom anche in condizione di povertà estrema nella città di Roma: la collaborazione tra Comunità di Sant'Egidio e ASL Roma 1 (C)</b>	153
<i>Mancinelli S., Buonomo E., Coscia M., Lecce G., Perrotta F., Bossoletti D., Mazzacuva D., Zampa A., Gnolfo F.</i>	
<b>La collaborazione pubblico/privato sociale: un'occasione per l'abbattimento delle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi (P)</b>	154
<i>Bacigalupi M., Santone G., Vercillo E., Guerra M., Volpatti M.</i>	
<b>Un esempio di integrazione fra il pubblico, il privato ed il volontariato per l'assistenza sanitaria di persone indigenti a Reggio Emilia (P)</b>	155
<i>Franzini A.</i>	
<b>Servizi sanitari Caritas. Dal bisogno al diritto (C)</b>	156
<i>Cicognani A., Pietropoli L., Geraci S. e Commissione Salute del Coordinamento Nazionale Immigrazione Caritas italiana</i>	
<b>Dal GrIS in poi: quindici anni di buone pratiche del Policlinico Umberto I di Roma (P)</b>	157
<i>Guidi S.</i>	

<b>“Salute senza esclusione”: una storia di collaborazione pubblico-privato sociale in favore della popolazione rom (C)</b>	158
<i>Motta F., Baglio G.</i>	
<b>Azioni a sistema per l'accoglienza di famiglie neo ricongiunte - progetto FEI 2013 (P)</b>	159
<i>Riboldi B., Chiarenza A., Dall'Asta I., Prandi L., Codeluppi L., Campani N., Cani G., Fabbì AM.</i>	
<b>Un'ambigua ospitalità. Autonomia e dipendenza nelle pratiche di accoglienza dei richiedenti asilo tra pubblico e privato (C)</b>	160
<i>Pendezzini A.</i>	
<b>L'esperienza di uno studio sulla salute dei migranti in collaborazione tra ricercatori dell'Università Federico II e volontari della Croce Rossa di Napoli. Metodi, risultati e proposte (P)</b>	161
<i>Molese A., Raiola E., Palladino R., Simonetti A., Angeloni U., Diodati A., Triassi M.</i>	
<b>Aspetti clinico assistenziali</b>	
<b>Gestione dello stato psicofisico dei profughi e migranti ad Ancona (P)</b>	162
<i>Pezzulla D.</i>	
<b>Lost in translation: possono le differenze linguistiche e culturali generare inappropriata prescrizione in un servizio di Pronto Soccorso? (C)</b>	163
<i>Grosso M., Giacometti M., Di Marco I., Davini O.</i>	
<b>Da Torino all'Africa e ritorno (P)</b>	164
<i>Gangemi E.N., Bollero D., Bronzino M.P.</i>	
<b>Prevalenza di infezione da Helicobacter Pylori in una popolazione di italiani e immigrati a Roma e risposta a terapia di prima linea (C)</b>	165
<i>Nosotti L., Petrelli A., Caruso A., Rossi A., Paoluzzi O., Costanzo G., Fortino A., Mirisola C.</i>	
<b>L'assistenza sanitaria nel momento della prima accoglienza ai migranti sulla rotta del Mediterraneo: cosa determina i bisogni di salute? (P)</b>	166
<i>Di Meco E., Amato L.M., Mirisola C., Fortino A.</i>	
<b>MAMMA+: storia di un progetto di intervento multidisciplinare operante dal 2000 a tutela della salute delle donne HIV positive in gravidanza e dei loro figli (C)</b>	167
<i>Virano S., Ghiani P., Masuelli G., Ziarati N., Milani A., Ferro G., Silvestro E., Matarozzo F., Tibaldi C., Gabiano C.</i>	
<b>L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore (P)</b>	168
<i>Zannoni Montanari D., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C.</i>	

<b>Analisi del pregiudizio negli infermieri nella presa in carico della persona immigrata (P)</b>	169
<i>Marasti M., Gradellini C.</i>	
<b>Patologie neuropsichiatriche nei migranti: l'esperienza dell'ambulatorio di camminare insieme (P)</b>	170
<i>Migheli A., Quaglia G., Sacchi L., Simonetti M.</i>	
<b>Prostituzione migrante: ruolo del Servizio Sanitario pubblico (P)</b>	171
<i>Cecchetto A., Barelli A., Flora M., Derossi C., Ghirardi M.</i>	
<b>La gestione dei flussi migratori: l'esperienza e l'esempio dell'equipe del PS dell'E.O. "Ospedali Galliera" di Genova (P)</b>	172
<i>Leone S., Zanella F., Cremonesi G., Pierluigi D., Schena A., Cremonesi P.</i>	
<b>CESAIM: l'assistenza sanitaria volontaria agli immigrati a Verona, Veneto. Un anno di attività (C)</b>	173
<i>Badona Monteiro G., Caregato L., Chiecchi G.P., Mischi F., Sarregui B., Schiavon P., Panebianco R., Marchese V., Postiglione C., Rigoli G.</i>	
<b>Il ruolo della mediazione transculturale nel contesto della prima accoglienza ai migranti in arrivo sulle coste italiane: è davvero solo un problema di lingua? (C)</b>	174
<i>Chamkhi M., Tareke Tedla B., Di Meco E., Fortino A.</i>	
<b>Diabete e migrazioni: una vecchia/nuova sfida per il servizio sanitario nazionale (P)</b>	175
<i>de Soccio P., di Nicola A., Liddo M., Geraci S., Palombi L.</i>	
<b>Strategie per la presa in carico dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA). Rilevazione dei segnali di rischio per la salute mentale e monitoraggio clinico (P)</b>	176
<i>Aggio F., Bellantoni C., Dal Lago B., Mazzoni R., Pizzinato G., Costantino M.A., Cartabia M.</i>	
<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA – per i disturbi di linguaggio e apprendimento nei minori migranti in età scolare (P)</b>	177
<i>Aggio F., Bellantoni C., Colombini D., Costantino M.A., Dal Lago B., Lodola L., Marando L., Mazzoni R.</i>	
<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA – per la presa in carico di Minori Stranieri Non Accompagnati con disagio psichico (C)</b>	178
<i>Aggio F., Bellantoni C., Costantino M.A., Dal Lago B., Garroni D., Maffei P., Marando L., Mazzoni R., Pizzicato G.</i>	
<b>Alterazioni elettrocardiografiche del tratto ST-T in una popolazione di migranti afferenti al Servizio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo (P)</b>	179
<i>De Michele M., Pollaccia E., Scelfo M., Affronti A.</i>	

<b>Un nuovo servizio di sessuologia clinica per migranti (P)</b> <i>Gregori C.</i>	180
<b>Procedura di assistenza ai pazienti diabetici nell'esperienza del Poliambulatorio Caritas di Roma; un approccio innovativo alla presa in carico della Cronicità in pazienti vulnerabili (P)</b> <i>Corsaro A., Pettinicchio V., Civitelli G., Arrivi F., Silvestrini G., Di Meco E., Sciacca S., Fratini P., Geraci S., Bruno S., Damiani G.</i>	181
<b>Prevalenza di infezione da HBV in una popolazione di immigrati a Roma (P)</b> <i>Nosotti L., Petrelli A., Rossi A., D'Arca T., Costanzo G., Fortino A., Pecoraro L., Mirisola C.</i>	182
<b>Monitoraggio delle malattie infettive nella popolazione immigrata: tipologia e qualità delle informazioni raccolte in alcuni sistemi di sorveglianza disponibili in Italia (P)</b> <i>Fabiani M., Caporali M.G., Del Manso M., Giambi C., Filia A., Rizzo C., D'Ancona F., Riccardo F., Rota M.C., Declich S.</i>	183
<b>Il ruolo dei mass media nella percezione dell'epidemia Ebola (P)</b> <i>Pettinato E., Gradellini C.</i>	184
<b>HIV/TB: "Altre Sofferenze" (P)</b> <i>Pettirino F., Busso M., Sordella F., Elgendi M., Aghatise I.</i>	185
<b>Progetto "Mediterraneo: Cultural Assistant Counselor e HBV, HCV e HIV" (P)</b> <i>Uccellatore P., Desiderio C., Di Mauro A., Campione S., Leonforte S., Coco G., Sapienza S., Raspagliesi M.</i>	186
<b>Sangue Amaro. Hiv, prevenzione e migrazione, un'analisi antropologica (P)</b> <i>Abrignani I.</i>	187
<b>Prevenzione e controllo della tubercolosi tra gli immigrati nell'ULSS 20 di Verona (P)</b> <i>Conti E., Postiglione C., Colucci L., Pintani A., Marcer D., Napoletano G.</i>	188
<b>Malattia di Chagas a Palermo. Screening sierologico su una popolazione di immigrati provenienti dall'Ecuador (P)</b> <i>Pollaccia E., Rotolo G., Vitale G., De Michele M., Affronti Marco</i>	189
<b>Sperimentazione di un modello formativo per la tutela della salute dei lavoratori stranieri del comparto edile - progetto "Sicurezza e salute dei lavoratori stranieri del comparto edile" programma CCM 2013 (P)</b> <i>Sesti F., del Gaudio R., Baglio G., Signorini S., Sonno M., Costanzo G.</i>	190

<b>Centro Salute Mamma Bambino, Spazio alla Prevenzione, attraverso la Peer Education (C)</b>	191
<i>Ferrando C.</i>	
<b>Mutilazioni Genitali Femminili: un progetto con le donne del Corno d’Africa a Roma (P)</b>	192
<i>Forcella E., Abi Ahmed L., Crivelli A., Eugeni E., Lorenzini L., Materia E., Santone G., Scassellati G., Mantini V., e il Gruppo di lavoro sulle Mgf: Baglio G., Buoncristiano M., D’Aguanno G., Mancini I., Santonico V.</i>	
<b>I bisogni delle donne immigrate. Incontri con un gruppo di donne immigrate e residenti nel Comune di Senigallia (P)</b>	193
<i>Spaziani F., Angeletti M.</i>	
<b>Iniziative congiunte a favore della salute materno-infantile e degli adolescenti (P)</b>	194
<i>Iacoboni D.</i>	
<b>Progetto “Integrazione Rom”: inclusione scolastica, sociale e sanitaria dei minori Rom (C)</b>	195
<i>Nigra M., Cavallo L., Zerosi C.</i>	
<b>La tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati nell’HUB di Bologna (P)</b>	196
<i>Foresti G., Camisotti F.</i>	
<b>Unità di strada (P)</b>	197
<i>Da Pra M., Obert O., Deambrogio S., Don Bellucci U.</i>	

## Allegati

### III Workshop Nazionale dei GrIS, Firenze 15 e 16 maggio 2015

Immigrazione e diritti, informazione, equità	199
<i>A cura di di Giulia Capitani, Manila Bonciani, Francesca Santomauro, Laura Delli Paoli, Luisa Sanvito (GrIS Toscana) con contributi dei GrIS Lazio, Trentino, Lombardia e Emilia-Romagna</i>	
Nazionalità e appartenenze nel racconto mediatico sull’immigrazione	207
<i>Anna Meli</i>	
L’Europa sospesa tra il rifiuto e l’accoglienza	211
<i>Grazia Naletto</i>	

---

Assalto finale al Servizio Sanitario Nazionale <i>Gavino Maciocco</i>	215
<b>Raccomandazioni finali del XIII Congresso SIMM</b>	217
<b>Protocollo di intesa tra SIMM e OIM</b>	221
<b>Programma “Linee guida sulla tutela della salute e l’assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti” – Documento tecnico INMP-ISS-SIMM</b>	223
<b>Ripensare la formazione medica. Il contributo della Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale (RIISG)</b>	227
<b>La carta di Loja</b>	233
Indice per autori	237
Indice per tematiche	240





---

# PRESENTAZIONE

**Persone e popoli in movimento.  
Promuovere dignità, diritti e salute.**

Mario Affronti

Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

*ad Italo Siena... in cammino*

Eccoci al nostro XIV Congresso Nazionale per testimoniare ancora quanto la SIMM abbia a cuore la salute dei migranti e quanto importante sia la sua promozione a partire dal riconoscimento della dignità e dei diritti, oggi in piena crisi. Torino come sede, per la sua storia e per le numerose testimonianze dei suoi cittadini di ieri e di oggi, rappresenta la scelta ideale. Grazie a Luisa Mondo ed al GrIS Piemonte per ciò che hanno già fatto e faranno per la buona riuscita dell'evento. Come avrete constatato, abbiamo il nuovo sito. Non sono un esperto ma mi sembra bello e soprattutto funzionale. Un grazie sentito a Manila Bonciani, Chiara Bodini ed Emanuela Forcella, insieme a Salvatore Geraci che, pur tra tante difficoltà, ha riempito di contenuti e di notizie utili il vecchio sito, di cui sento già nostalgia. È colpa dell'età.

Mentre scrivo, continuano le notizie di morte dei migranti via terra e via mare, ma continuano anche le notizie di una chiusura di Paesi europei al cammino dei migranti, con un pericoloso ritorno a nazionalismi che mette 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 dovrebbe procedere a un'indagine la Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo (Perego G., 2015), ottemperando all'art. 1 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea: *"La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata"*.

Dignità, diritti e salute delle persone sono sempre state le nostre parole, costituiscono il nostro motto e fanno parte del nostro atto costitutivo che all'art. 2 "[...] pone a fondamento del proprio operato [...] la difesa incondizionata della *dignità umana* [...] e la tutela della *salute* come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività" ed all'art. 3 ribadisce che "[...] per il perseguimento degli scopi e nel rispetto dei principi sopra menzionati [...] l'associazione SIMM [...] promuove l'impegno civile e

costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del *diritto* alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni".

Tra le tante affermazioni di principio, mi piace ricordare quelle attuali di papa Francesco e di Stefano Rodotà. La prima è stata formulata in occasione della Giornata Mondiale del Migrante e del Rifugiato del 17 gennaio 2016: "[...] In questa prospettiva, è importante guardare ai migranti non soltanto in base alla loro condizione di regolarità o di irregolarità, ma soprattutto come persone che, tutelate nella loro dignità, possono contribuire al benessere e al progresso di tutti[...] non si possono ridurre le migrazioni alla dimensione politica e normativa, ai risvolti economici e alla mera compresenza di culture differenti sul medesimo territorio. Questi aspetti sono complementari alla difesa e alla promozione della persona umana, alla cultura dell'incontro dei popoli e dell'unità". La seconda, "se la persona non può essere separata dalla sua dignità neppure il diritto può prescindere o abbandonarla" (Stefano Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, 2013), fa capire bene lo stretto legame esistente tra i termini scelti per il nostro congresso.

Negli incontri e nelle relazioni che ognuno di noi ha intrecciato con persone provenienti da altri paesi, all'inizio, prima ancora della risposta alla domanda di salute, c'è stata la consapevolezza dell'importanza del riconoscimento della dignità, della libertà e dell'autonomia dell'individuo. Prima ancora di essere un malato, chi chiede il nostro aiuto è una persona. Come operatori della salute abbiamo sempre avuto questa consapevolezza e nel nostro lavoro abbiamo sempre cercato, attraverso la salute, di facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti alla vita socio-politica della città (Dichiarazione di Bratislava, 2007), che poi rappresenta il modo concreto del riconoscimento della persona.

Purtroppo in questo campo non si finisce mai: le carte rischiano sempre di essere affermate, dichiarate e non applicate, non vissute. Diritti di carta, belle enunciazioni di principio che si dissolvono come parole al vento alle prime difficoltà. Quando i diritti non vengono realizzati è la stessa vita delle nazioni e dei popoli ad essere in pericolo, come la storia dimostra. Nel nostro campo ormai da tempo si fanno passi indietro nell'affermazione concreta della dignità e dei diritti delle persone specialmente se appartenenti alle fasce deboli. Siamo preoccupati del fatto che oggi "i più forti non si limitano soltanto ad accettare la disuguaglianza, che c'è sempre stata, ma addirittura l'esclusione" (Ezio Mauro, *Repubblica* - Anno 41, n. 21). 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 sembrano superiori alle nostre forze, è lo scopo principale del Congresso.

Esso come sempre saprà fare un'analisi precisa e puntuale delle condizioni di salute dei migranti e dei fattori che ne limitano la piena espressività al fine di proporre le soluzioni più adeguate e concrete. A partire dalla corretta informazione: "è indispensabile che l'opinione pubblica sia informata in modo corretto, anche per prevenire ingiustificabili paure e speculazioni sulla pelle dei migranti (GMM 2016, Messaggio del Papa).

Non a caso aprirà i lavori in plenaria il 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 aiuterà a capire, per poterlo gestire, il mancato passaggio dai diritti teorici a quelli pratici e come dietro ci sia una precisa volontà politica. La storia del-

l'Accordo dimostra quanto sia difficile percorrere la strada che dalle parole porta ai fatti. Ancora il rimpallo istituzionale tra le varie commissioni esistenti all'interno del rapporto Stato-Regioni, di fatto, blocca importanti questioni che riguardano i diritti fondamentali dei migranti, minori non accompagnati in primis. Patrizia Carletti e Salvatore Geraci faranno 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 venga applicato in modo diffuso.

Così come ad Agrigento nel 2014, gestito in collaborazione con l'ASGI, ampio spazio sarà dato al tema *dei migranti forzati ed a quello nuovo dei migranti in transito in Europa*, che tanto preoccupa 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 – (racconto di un operatore di Medici senza Frontiere dall'interno del centro di Pozzallo); 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 (Unicef, 10 raccomandazioni per gli operatori degli hotspot).

Affronteremo 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 (contro i 35 giorni previsti dalla legge), 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.

Ripareremo del *rapporto pubblico – privato sociale*, tema già affrontato nel congresso GrIS di Firenze del 2015. Come, proprio a Firenze, ci ha 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 concluderà con un *intervento preordinato della Carta di Roma* che sarà la prosecuzione di analogo intervento fatto durante il Workshop del 2015: "Oltre il lessico della paura. Informazione e immigrazione alla prova dell'applicazione della Carta di Roma".

Sarà dato spazio alle *esperienze clinico-assistenziali* ed ai *contributi* che arriveranno dai vari soci sia in plenaria che nello *spazio poster* che rappresenta forse il momento più importante nella vita della SIMM in cui si dà voce alle esperienze provenienti dai vari territori.

*L'assemblea dei Soci*, quest'anno dovrà eleggere il Consiglio di Presidenza ed il Presidente per il quadriennio 2016-2020: anche questo importante momento sarà gestito secondo lo stile ormai collaudato della nostra società, nell'ottica del rinnovamento nella continuità.

Il 2015 sarà ricordato come l'anno dei rifugiati: non in Italia, in cui gli arrivi sono stati 152mila, 20mila in meno rispetto all'anno precedente, ma in Europa, dove, si è passati da 216mila del 2014 ad oltre 1 milione. La SIMM lo ricorderà 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 dedicheremo a lui il Congresso assieme alle tante vittime innocenti dell'ingiustizia e della violenza del mondo, così freddo e cinico e così bisognoso di umanità e di pace.

---

# LA SIMM INFORMA

## L'attività di formazione della SIMM come provider ECM negli anni 2014 e 2015: considerazioni al termine della fase di sperimentazione

Emma Pizzini<sup>1-2</sup>, Manila Bonciani<sup>1</sup>, Elisabetta Cescatti<sup>1</sup>, Michele Tancredi Loiudice<sup>3</sup>, Maria Laura Russo<sup>1</sup>, Graziella Sacchetti<sup>1</sup>, Maurizio Marceca<sup>1-4</sup>

<sup>1</sup> Componente del Comitato Tecnico per la Formazione (CTF) della SIMM; <sup>2</sup> Segretario per la Formazione (SF) della SIMM; <sup>3</sup> Responsabile della qualità per la Formazione della SIMM; <sup>4</sup> Responsabile nazionale per la Formazione (RnF) della SIMM

### **Introduzione**

Nel corso degli ultimi due anni nella SIMM si è progressivamente consolidata la tendenza a passare da una logica di 'servizio formazione' a una logica di 'sistema della formazione'. Tale riorientamento ha portato naturalmente a ragionare in una prospettiva di cultura della formazione da diffondere in tutta l'organizzazione e da condividere con i diversi organi interni alla Società scientifica. La proposta complessiva che ne è conseguita punta al governo del 'sistema formazione' attraverso il coinvolgimento della rete dei GrIS, in qualità di sensore dei bisogni formativi degli operatori e di catalizzatore del lavoro interdisciplinare. Come già sottolineato nella relazione presente negli Atti del Congresso di Agrigento del 2014, assumere il ruolo di Provider ECM ha comportato, e comporta a tutt'oggi, la necessità di superare la logica di governo del singolo evento per abbracciare quella di un progetto formativo riconoscibile attraverso un 'Piano' annuale comprensivo di numerosi eventi, da valutare e rendicontare sia individualmente che collettivamente. Anche per questa ragione la SIMM, fin dall'inizio del suo mandato come 'provider', ha previsto, nel suo Regolamento (art. 9), oltre all'individuazione di un Responsabile nazionale (RnF) e di un Segretario per la formazione (SF), anche quella di un Comitato tecnico (CtF) cui attualmente partecipano, oltre alle figure citate, altri 4 componenti scelti tra i soci; più recentemente, un ulteriore sforzo è stato prodotto per sistematizzare tutte le attività relative alla formazione secondo un'ottica di qualità, tramite il supporto tecnico-scientifico di un responsabile specifico.

### **Risultati principali del biennio di attività 2014 - 2015**

Il Piano Formativo (PnF) della SIMM relativo agli anni 2014 e 2015 - formulato secondo le proposte pervenute da parte dei soci e quindi valutate dal Comitato Tecnico per la Formazione - ha previsto un totale di 33 eventi (32 di tipo 'residenziale' ed 1 di 'formazio-

ne sul campo'), così distribuiti: 17 nel 2014 e 16 nel 2015. Il numero massimo previsto di partecipanti è risultato pari a 1.645, di cui 960 nel 2014 e 685 nel 2015; la durata complessiva di svolgimento delle iniziative di formazione è stata di 473 ore (251 nel 2014, 222 nel 2015). La distribuzione geografica regionale degli eventi proposti ha visto tale articolazione territoriale: 13 eventi nel Lazio, 8 in Sicilia, 2 in Lombardia, 2 in Friuli Venezia Giulia, 2 in Emilia Romagna, 1 in Toscana, 3 nelle Marche e 2 nella Provincia Autonoma di Trento.

Riguardo al Piano formativo del 2014, dopo l'inserimento iniziale dei 17 eventi, il Piano è stato, come di norma succede, riformulato prevedendo lo svolgimento di 11 eventi 'definitivi'; di questi (a causa di difficoltà organizzative intercorse o insufficiente numero di iscrizioni), ne sono stati successivamente cancellati 3 per un totale di 8 eventi effettivamente realizzati, cui se ne è poi aggiunto un nono, organizzato nel mese di ottobre 2014 e non previsto dal PnF.

Per l'anno 2015 il Piano Formativo della SIMM ha previsto inizialmente un totale di 16 eventi, poi ridimensionati ad 8 eventi, tutti effettivamente realizzati; a questi, se ne è poi aggiunto 1, rappresentato da una seconda edizione dell'evento proposto dal GrIS FVG.

Pertanto, considerando gli eventi effettivamente realizzati, si può affermare che l'attuale capacità realizzativa della SIMM nell'ambito della formazione si attesta sui 9 eventi annui. A questo proposito va sottolineato come i documenti ministeriali disponibili indicano nel numero di dieci eventi quello di riferimento ottimale per un provider 'di qualità'.

Il totale dei professionisti effettivamente raggiunti dagli eventi da noi gestiti è stato pari a 944, così distribuiti:

- 494 persone per l'anno 2014 (sul massimo di 670 previste), con 104 ore di durata effettiva di formazione: di questa, quasi il 27% (28 ore) è inquadrabile come 'attività formativa interattiva';

- 450 persone per l'anno 2015 (sul massimo di 490 previste), con 115 ore di durata effettiva di formazione: di questa, poco più del 30% (35 ore) è inquadrabile come 'attività formativa interattiva'.

Con riferimento allo scarto tra numero massimo di partecipanti previsti e numero di partecipanti effettivi, va precisato che questo è in gran parte riconducibile all'evento svolto ad Agrigento nel mese di maggio 2014 che, trattandosi di un Congresso nazionale, ha comportato inevitabilmente una difficoltà di prevedere ex ante quanti dei partecipanti sarebbero stati interessati al conseguimento dei crediti ECM.

La tipologia di formazione svolta nei due anni considerati è stata 'residenziale' per tutti gli eventi realizzati.

La distribuzione regionale degli eventi, per singolo anno, è stata la seguente:

- per il 2014: 1 nel Lazio, 3 in Sicilia, 1 nelle Marche, 1 in Toscana, 1 in Friuli Venezia Giulia, 1 in Emilia Romagna e 1 nella provincia Autonoma di Trento;

- per il 2015: 2 nel Lazio, 2 in Sicilia, 1 nelle Marche, 2 in Friuli Venezia Giulia, 1 in Lombardia e 1 nella Provincia Autonoma di Trento.

Nella tabella 1 è illustrato il n. dei partecipanti per anno e per Regione/P.A.

Il numero di crediti complessivamente riconosciuto agli eventi formativi svolti è stato di 110,3 crediti formativi per l'anno 2014 e di 136,5 crediti per l'anno 2015.

**Tabella 1** – Numero di partecipanti per singolo evento formativo, distinto per Regione e anno di svolgimento

Reg. / Anno	Emilia - Romagna	Friuli Ven Giulia	Lazio	Lombardia	Marche	PA di Trento	Sicilia	Toscana	TOTALE
<b>2014</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>79</b>	<b>182</b>	<b>70</b>	<b>494</b>
% di riga	5,67%	8,50%	9,31%	0,00%	9,51%	15,99%	36,84%	14,17%	100,00%
% di colonna	100,00%	30,22%	34,33%	0,00%	36,15%	56,43%	73,09%	100,00%	100,00%
<b>2015</b>	<b>0</b>	<b>97</b>	<b>88</b>	<b>54</b>	<b>83</b>	<b>61</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>450</b>
% di riga	0,00%	21,56%	19,56%	12,00%	18,44%	13,56%	14,89%	0,00%	100,00%
% di colonna	0,00%	69,78%	65,67%	100,00%	63,85%	43,57%	26,91%	0,00%	47,67%
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>139</b>	<b>134</b>	<b>54</b>	<b>130</b>	<b>140</b>	<b>249</b>	<b>70</b>	<b>944</b>
% di riga	2,97%	14,72%	14,19%	5,72%	13,77%	14,83%	26,38%	7,42%	100,00%
% di colonna	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Le tabelle 2 e 3 esplicitano la distribuzione dei corsisti sulla base della tipologia di partecipazione, distinta per regione e anno di svolgimento.

Le 'dimensioni professionali' scelte per l'accreditamento di questi eventi formativi sono state: 'generale' (cioè tutte le professioni previste dall'ECM nazionale) in 17 casi su 18; 'settoriale' (comprendente solo la categoria professionale di medico chirurgo), nel caso dell'evento centrato sul tema della presa in carico del bambino straniero.

Dei 944 partecipanti, quasi il 70% è costituito da figure professionali sanitarie ed oltre il 30% da figure professionali non sanitarie (il dato è mancante nello 0,3% dei casi); prevale, come prevedibile tra le professioni sanitarie, la figura del medico chirurgo (35,2%), seguita dall'infermiere (16,5%), dallo psicologo (6,1%) e dalla figura dell'ostetrica (3,7%); le figure professionali non sanitarie (30,8% dei partecipanti totali) sono rappresentate soprattutto da una macrocategoria, definita come 'altra figura' (9,4%), in cui rientrano diverse tipologie quali: volontari, studenti, tirocinanti, insegnanti, avvocati, etc.; ben rappresentate sono risultate le figure dell'operatore sociale (8,2%), dell'assistente sociale (4,0%) e del mediatore linguistico-culturale (3,7%). Piuttosto esigua è risultata invece la partecipazione degli educatori professionali (1,4% dei professionisti sanitari) o di altri professionisti della salute quali, tecnici sanitari, farmacisti, biologi, terapisti della riabilitazione, etc.

L'impianto valutativo previsto dall'ECM in termini di soddisfazione dei partecipanti e di efficacia della formazione è particolarmente ricco ed articolato. Omettendo alcune specifiche dimensioni tecniche della valutazione cui il CTF ed il suo referente per la qualità stanno facendo riferimento (ad esempio, gli *end-point* di efficacia strutturati da Kirkpatrick), ci limitiamo qui ad illustrare sinteticamente i giudizi espressi dai partecipanti agli eventi.

**Tabella 2** – Numero e tipologia di partecipanti, distinto per Regione e anno di svolgimento

<b>Anno 2014</b>		<b>TIPOLOGIA PARTECIPANTE</b>		
<b>REGIONE</b>	<b>Partecipante ECM</b>	<b>Partecipante NON ECM</b>	<b>Uditore</b>	<b>TOTALE</b>
<b>EMILIA - ROMAGNA</b>	25	1	2	<b>28</b>
% di riga	89,29%	3,57%	7,14%	100,00%
% di colonna	7,89%	0,65%	8,33%	100,00%
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	24	18	0	<b>42</b>
% di riga	57,14%	42,86%	0,00%	100,00%
% di colonna	7,57%	11,76%	0,00%	60,00%
<b>LAZIO</b>	30	16	0	<b>46</b>
% di riga	65,22%	34,78%	0,00%	100,00%
% di colonna	9,46%	10,46%	0,00%	39,66%
<b>MARCHE</b>	21	21	5	<b>47</b>
% di riga	44,68%	44,68%	10,64%	100,00%
% di colonna	6,62%	13,73%	20,83%	28,83%
<b>P. A. DI TRENTO</b>	38	34	7	<b>79</b>
% di riga	48,10%	43,04%	8,86%	100,00%
% di colonna	11,99%	22,22%	29,17%	32,64%
<b>SICILIA</b>	134	38	10	<b>182</b>
% di riga	73,63%	20,88%	5,49%	100,00%
% di colonna	42,27%	24,84%	41,67%	42,92%
<b>TOSCANA</b>	45	25	0	<b>70</b>
% di riga	64,29%	35,71%	0,00%	100,00%
% di colonna	14,20%	16,34%	0,00%	14,17%
<b>TOTALE</b>	<b>317</b>	<b>153</b>	<b>24</b>	<b>494</b>
% di riga	64,17%	30,97%	4,86%	100,00%
% di colonna	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

I questionari di valutazione complessivamente raccolti sono 1.083 (il numero è superiore a quello dei partecipanti perché in alcuni eventi, quali quelli svolti a Palermo ed Agrigento nel 2015 che prevedevano diverse giornate formative, i questionari sono stati compilati da parte dei partecipanti per singole giornate).

Rispetto all'*organizzazione complessiva* dell'evento, l'87,0% dei rispondenti ha riferito di giudicarla tra 'molto soddisfacente' (43,0%) e 'ottima' (44,0%); solo il 12,5% l'ha giudicata 'abbastanza soddisfacente'.

Riguardo la *valutazione del corpo docente*, il 93,3% dei partecipanti ha percepito la sua *preparazione* di livello elevato, avendogli attribuito un giudizio compreso tra 'molto soddisfacente' (33,9%) e 'ottimo' (59,4%); il 6,4% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'.



Tabella 2 – segue

Anno 2015	TIPOLOGIA PARTECIPANTE			
	REGIONE	Partecipante ECM	Partecipante NON ECM	Uditore
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	63	34	0	<b>97</b>
% di riga	64,95%	35,05%	0,00%	100,00%
% di colonna	23,68%	19,43%	0,00%	100,00%
<b>LAZIO</b>	49	39	0	<b>88</b>
% di riga	55,68%	44,32%	0,00%	100,00%
% di colonna	18,42%	22,29%	0,00%	47,57%
<b>LOMBARDIA</b>	31	23	0	<b>54</b>
% di riga	57,41%	42,59%	0,00%	100,00%
% di colonna	11,65%	13,14%	0,00%	22,59%
<b>MARCHE</b>	29	50	4	<b>83</b>
% di riga	34,94%	60,24%	4,82%	100,00%
% di colonna	10,90%	28,57%	44,44%	25,78%
<b>PA DI TRENTO</b>	29	27	5	<b>61</b>
% di riga	47,54%	44,26%	8,20%	100,00%
% di colonna	10,90%	15,43%	55,56%	15,93%
<b>SICILIA</b>	65	2	0	<b>67</b>
% di riga	97,01%	2,99%	0,00%	100,00%
% di colonna	24,44%	1,14%	0,00%	14,89%
<b>TOTALE</b>	<b>266</b>	<b>175</b>	<b>9</b>	<b>450</b>
% di riga	59,11%	38,89%	2,00%	100,00%
% di colonna	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Rispetto alla *chiarezza espositiva dei docenti*, il 90,9% ha valutato che il corpo docente sia stato di livello elevato, avendogli attribuito una chiarezza espositiva tra il 'molto soddisfacente' (34,7%) e l'ottimale (56,2%); l'8,5% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'.

Valutazioni decisamente positive sono state espresse anche sulla *disponibilità dei docenti a recepire le proposte dei partecipanti*, dove l'88,6% si è diviso tra 'molto soddisfacente' (35,8%) e 'ottimo' (52,8%), mentre il 9,6% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'.

Anche riguardo alla *capacità di gestire e coordinare l'aula* i discenti hanno dato valutazioni positive: 89,4% tra 'molto soddisfacente' (38,2%) e 'ottimo' (51,2%), mentre il 9,5% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente' e circa l'1% 'poco soddisfacente'.

Rispetto alla *organicità e sequenzialità nella presentazione degli argomenti*, poco più dell'89% dei corsisti lo ha complessivamente ritenuto tra 'molto soddisfacente' (37,2%) e 'ottimo' (51,9%), mentre il 9,8% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente' e l'1,1% 'poco soddisfacente'.

**Tabella 3** – Numero e area di appartenenza delle figure professionali, distinto per anno di svolgimento

<b>FIGURE PROFESSIONALI</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Non sanitarie</b>	139	147	286
% di riga	48,60%	51,40%	100,00%
% di colonna	28,14%	32,67%	100,00%
<b>Sanitarie</b>	<b>352</b>	<b>303</b>	<b>655</b>
% di riga	53,74%	46,26%	100,00%
% di colonna	71,26%	67,33%	69,61%
<b>manca dato</b>	3	0	3
% di riga	100,00%	0,00%	100,00%
% di colonna	0,61%	0,00%	0,32%
<b>TOTALE</b>	<b>494</b>	<b>450</b>	<b>944</b>
% di riga	52,33%	47,67%	100,00%
% di colonna	100,00%	100,00%	100,00%

Con riferimento alla *rispondenza delle aspettative in relazione alle informazioni e ai contenuti*, la maggior parte dei corsisti/formandi ha ritenuto la formazione proposta dalla SIMM all'altezza delle aspettative, avendo ricevuto, sul piano dei contenuti, le indicazioni desiderate (41,4% 'molto d'accordo' e 48,8% 'assolutamente d'accordo'); il 9,2% si è detto 'abbastanza d'accordo'. Tali dati confermano e rafforzano quelli summenzionati.

Inoltre: oltre l'88% dei corsisti/formandi ha indicato di aver tratto dalla formazione proposta dalla SIMM *stimoli utili per una riflessione personale* (36,6% 'molto d'accordo' e 51,6% 'assolutamente d'accordo'); poco più del 10,0% dei partecipanti si è dichiarato 'abbastanza d'accordo'; l'87% dei partecipanti ha inoltre ritenuto che la *formazione* propositagli sia stata *utile come stimolo per una riflessione da portare sul posto di lavoro* (40,4% 'molto d'accordo' e 46,6% 'assolutamente d'accordo'); 'abbastanza d'accordo' il 10,9%. Riguardo alla qualità educativa degli eventi proposti (dimensione valutata su 910 questionari, in quanto i corsisti partecipanti ai corsi di Palermo e Agrigento sono stati chiamati a valutare questo aspetto tenendo conto del corso e non delle singole giornate di formazione) l'89,4 dei partecipanti ha ritenuto la formazione ricevuta di qualità elevata, il 41,9% l'ha valutata 'buona', il 47,7% 'eccellente', il 9,3% di discreta qualità, meno dell'1% l'ha valutata come sufficiente.

In ultimo, con riferimento alla *utilità della pluridisciplinarietà dell'aula*, l'85,2% dei partecipanti ai nostri corsi ha riferito di essere 'molto d'accordo' (36,6%) o 'assolutamente d'accordo' (48,6%) sul fatto che sia utile confrontarsi con altre figure professionali ('abbastanza d'accordo' il 12,7%; 'poco d'accordo' l'1,5%).

### Commenti e prospettive future

La 'fotografia' che abbiamo qui tentato di rappresentare vede attualmente la SIMM in attesa di riconoscimento ministeriale dello status di 'Provider standard', come previsto

**Tabella 4** – Numero e specifica tipologia delle figure professionali

FIGURA PROFESSIONALE (SANITARIA E NON)	Frequenza	Percentuale	Percent. cumulata
'Altra'	89	9,43%	9,43%
Assistente amministrativo	23	2,44%	11,86%
Assistente sanitario	28	2,97%	14,83%
Assistente sociale	38	4,03%	18,86%
Biologo	4	0,42%	19,28%
Educatore professionale (in ambito sanitario)	13	1,38%	20,66%
Educatore professionale (in ambito sociale)	21	2,22%	22,88%
Farmacista	1	0,11%	22,99%
Fisioterapista	5	0,53%	23,52%
Infermiere	156	16,53%	40,04%
Logopedista	7	0,74%	40,78%
Mediatore linguistico - culturale	35	3,71%	44,49%
Medico chirurgo	332	35,17%	79,66%
Odontoiatra	4	0,42%	80,08%
Operatore sociale	78	8,26%	88,35%
Ortottista/assistente di oftalmologia	3	0,32%	88,67%
Ostetrica/o	35	3,71%	92,37%
Psicologa/o	58	6,14%	98,52%
Tecnico della prevenzione	1	0,11%	98,62%
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	2	0,21%	98,83%
Tecnico sanitario di radiologia medica	1	0,11%	98,94%
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	2	0,21%	99,15%
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	3	0,32%	99,47%
<i>manca dato</i>	5	0,53%	100,00%
<b>TOTALE</b>	<b>944</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

dopo il primo triennio di sperimentazione. Pur non potendone anticipare l'esito, non possiamo non rilevare una complessiva crescita qualitativa della SIMM lungo il percorso intrapreso quale proponente e gestore nel campo dell'Educazione Continua in Medicina e, più in generale, della formazione.

Infatti: il numero delle iniziative, dei professionisti raggiunti e dei crediti riconosciuti sono rilevanti e consolidati; la distribuzione degli eventi sul territorio sembra mostrare una tendenza positiva ad un numero progressivamente maggiore di regioni interessate; i GrlS sembrano essere progressivamente sempre più coinvolti nella dimensione della formazione (anche come gestori diretti); le valutazioni espresse circa la qualità complessiva degli eventi sono particolarmente incoraggianti.

A ciò si aggiunge che, pur non avendo qui illustrato aspetti specifici della gestione amministrativa ed economica, le verifiche di bilancio effettuate mostrano una complessiva capacità di autofinanziamento delle attività intraprese (la cui principale spesa, si ricorda, è rappresentata dalla quota di contributo annuale al Ministero). Riprendendo quanto espresso nella relazione relativa all'anno 2013, ribadiamo l'importanza che "i soci che propongono l'evento rivestano il ruolo di referenti scientifici ma anche organizzativi, capaci di gestire il progetto nella sua completezza, fino a trasmettere alla segreteria centrale, secondo i tempi previsti, tutta la documentazione necessaria perché essa finalizzi la pratica per via informatica. A questo fine è stata predisposta, per i proponenti i corsi, una check-list con indicazioni chiare e sintetiche sulla gestione dell'intero processo".

Va anche sottolineato in positivo come la 'reingegnerizzazione' del sito della SIMM abbia inteso facilitare la gestione delle attività di formazione all'interno di un'area dedicata.

## Riferimenti bibliografici

- Marceca M., Pizzini E., Affronti M.: *Il percorso di qualità della SIMM nella formazione pre- e post-laurea in ambito sociosanitario: un investimento strategico*. In: Affronti M, Geraci S, Marceca M, Russo ML (a cura di). Atti dell'XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna, Lombard Key, 2011: 30-39.
- Pizzini E., Bonciani M., Martino A., Russo M.L., Sacchetti G., Marceca M.: *L'attività di formazione della SIMM come provider ECM: brevi considerazioni sul primo anno di attività (2013)*. In: Affronti M, Baglio G, Geraci S, Marceca M, Russo ML (a cura di). Atti del XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Agrigento, 14-17 maggio 2014. Bologna, Edizioni Pendragon, 2014: 28-32.
- Marceca M., Pizzini E., Pizzuti S., Civitelli G. (a cura di): *Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate*, Documento finale del Progetto "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) finanziato e promosso dal Ministero della Salute – disponibile on line al sito [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

# Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti

Giovanni Baglio<sup>1</sup>, Antonio Fortino<sup>1</sup>, Salvatore Geraci<sup>2</sup>, Maurizio Marceca<sup>2</sup>, Maria Elena Tosti<sup>3</sup>, Stefano Vella<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); <sup>2</sup> Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM); <sup>3</sup> Istituto Superiore di Sanità (ISS)

## Introduzione

Il fenomeno migratorio rappresenta per il sistema sanitario una sfida sempre aperta, non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi. Una risposta efficace a tale sfida risiede nella possibilità di gestire organicamente le criticità, mediante un approccio di sistema che superi la parcellizzazione e l'estemporaneità delle soluzioni, proponendo modalità assistenziali standardizzate e basate su evidenze scientifiche. Per questo diventa necessario sostenere la produzione di documenti di indirizzo e raccomandazioni di buona pratica, nell'ambito di programmi a valenza interregionale, affidati al coordinamento di istituzioni nazionali che hanno specifico mandato sugli obiettivi e competenze sul metodo.

A partire da tali premesse, l'Istituto Nazionale Salute Migrazione e Povertà (INMP), in qualità di centro di riferimento della Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, ha avviato uno specifico programma finalizzato alla produzione e disseminazione di linee guida clinico-organizzative e documenti di indirizzo sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti. Tale programma si incardina all'interno di un accordo quadro di collaborazione che l'INMP ha siglato in data 3 luglio 2015 con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), a partire dall'esperienza maturata nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), e con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), in quanto unico network scientifico specificamente rivolto alla tutela della salute degli immigrati e impegnato a sostenere le buone pratiche nell'assistenza sia a livello nazionale che locale attraverso i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS). L'attività di produzione di linee guida si alimenta, inoltre, del sostegno delle Regioni che, attraverso il diretto coinvolgimento dei propri referenti nell'ambito della Rete Nazionale, concorrono a indicare i temi prioritari, si pongono come destinatari dei documenti di indirizzo, in ordine alle scelte di programmazione sanitaria, e come intermediari presso gli operatori per la diffusione delle buone pratiche.

## Obiettivi

Il programma si pone l'obiettivo generale di promuovere la salute e la qualità dell'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, attraverso la produzione di documenti *evidence-based* quali linee guida e *consensus conference* rivolti a specifiche problematiche clinico-organizzative e di sanità pubblica.

Nello specifico, si intende:

a) concorrere alla composizione del quadro conoscitivo per la definizione delle politiche pubbliche inerenti alla salute dei migranti, mediante documenti di indirizzo a sostegno delle scelte di programmazione sanitaria rivolti ai decisori;

b) elaborare e diffondere raccomandazioni su modelli clinico-organizzativi e percorsi di presa in carico del paziente immigrato, al fine di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza alle popolazioni migranti.

## **Metodologia**

Il programma si articola in momenti di sviluppo che contemplano l'individuazione dei temi prioritari, il reperimento di linee guida e documenti di indirizzo già disponibili in letteratura, nonché la produzione di nuove raccomandazioni secondo i metodi dell'*Evidence-based Medicine* (EBM).

La pianificazione e la valutazione delle attività sono affidate a un Comitato scientifico paritetico che ha la funzione di individuare le modalità operative per lo sviluppo del programma scientifico, di promuovere la disseminazione dei documenti prodotti mediante specifiche iniziative pubbliche di carattere scientifico e/o divulgativo, e di proporre piani e strategie organiche per la traduzione operativa delle raccomandazioni in percorsi clinico-organizzativi a li vello locale.

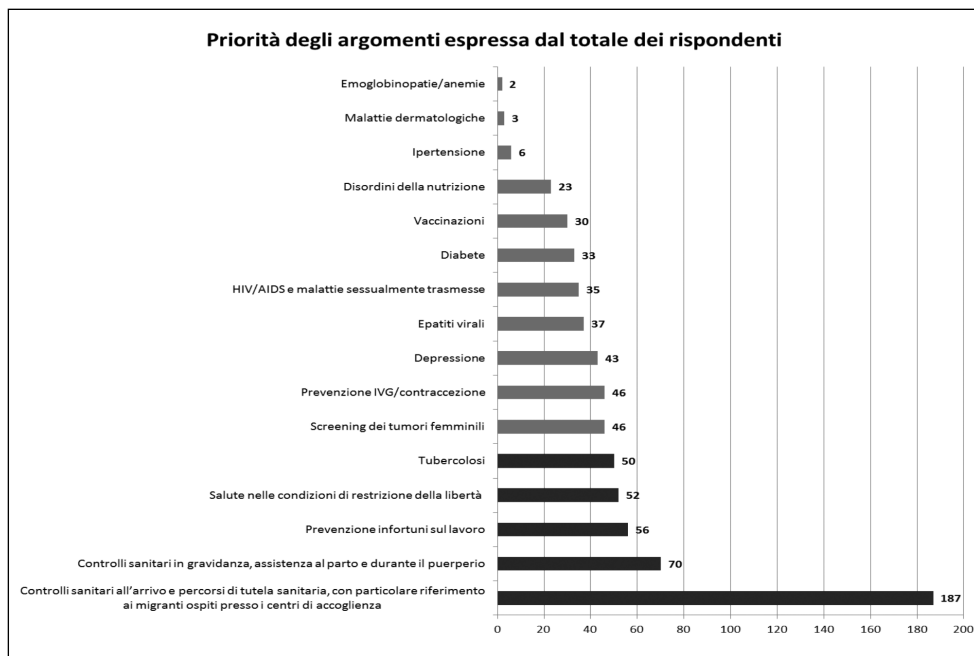
### *Individuazione dei temi prioritari*

Un'importante attività preliminare ha riguardato l'individuazione delle problematiche clinico-organizzative e degli ambiti di sanità pubblica prioritari, su cui orientare la produzione di linee guida. Questa attività di *priority setting* ha coinvolto numerosi stakeholder, attraverso una consultazione su piattaforma e-Learning dell'INMP, e in particolare: i referenti regionali della Rete Nazionale INMP, il Consiglio di Presidenza e il Comitato scientifico della SIMM, i portavoce dei Gruppi Immigrazione e Salute – GrIS (in totale 55 soggetti). Ai fini della consultazione, è stato chiesto a ciascun votante di esprimere la propria preferenza indicando, nell'ambito di una lista di 16 argomenti (precedentemente individuati mediante revisione rapida della letteratura scientifica), i primi 5 temi in ordine di priorità. La votazione si è svolta dal 28 settembre al 9 ottobre 2015 e sono state raccolte complessivamente 49 schede, di cui 39 compilate a titolo personale e 10 come espressione dei GrIS. L'esito della consultazione è riportato nella Figura 1. Gli ambiti tematici prescelti sono stati: 1) controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela sanitaria, con particolare riferimento ai migranti ospiti presso i centri di accoglienza; 2) controlli sanitari in gravidanza, assistenza al parto e durante il puerperio; 3) prevenzione degli infortuni sul lavoro; 4) salute nelle condizioni di restrizione della libertà; 5) tubercolosi.

### *Ricognizione di linee guida esistenti*

Contestualmente alla definizione dei temi prioritari, è stata avviata una revisione sistematica della letteratura per il reperimento di linee guida e raccomandazioni *evidence-based*, nonché di altra documentazione contenente linee di indirizzo rilevanti per la sanità pubblica, prodotti da istituzioni e agenzie internazionali sul tema della salute e dell'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata.

Tale processo di revisione si pone come attività propedeutica allo sviluppo del pro-

**Figura 1** – Esito della consultazione degli stakeholder per l'individuazione delle priorità

gramma che, anche sulla base delle priorità individuate, può orientarsi per l'adozione o per l'adattamento alla realtà italiana dei documenti esistenti, o ancora verso la messa in produzione di nuovi documenti di sintesi.

#### *Elaborazione di nuovi documenti evidence-based*

– Lo sviluppo di una linee guida avviene in accordo con la metodologia consolidata dell'SNLG e comprende le seguenti fasi:

– costituzione di un panel multidisciplinare e multiprofessionale di esperti, con specifiche competenze in relazione ai temi trattati, anche in rappresentanza di Società scientifiche e istituzioni sanitarie nazionali e internazionali;

– formulazione da parte del panel degli obiettivi e dei quesiti scientifici più rilevanti, con particolare attenzione alle aree di maggiore incertezza clinico-organizzativa;

– revisione della letteratura scientifica in base a strategie riproducibili di consultazione delle fonti bibliografiche;

– selezione degli articoli reperiti, previa individuazione di criteri di pertinenza (inclusione ed esclusione), e valutazione critica dei testi da parte di valutatori esperti;

– formulazione delle raccomandazioni da parte del panel, sulla base delle evidenze scientifiche reperite e graduate per la loro forza.

Prima della stesura definitiva di ciascun documento, è stata prevista una fase di revisione aperta, mediante consultazione pubblica, al fine di consentire un confronto traspa-

rente, partecipato e costruttivo tra gli stakeholder, gli operatori sanitari e la cittadinanza, volto a sollecitare osservazioni e suggerimenti. Tale prassi viene già utilizzata a livello nazionale e internazionale nell'ambito dei programmi di promozione della salute e sviluppo di linee guida, allo scopo di costruire un consenso, attraverso un processo di scambio e condivisione tra i diversi portatori di interesse che agevoli la successiva implementazione delle misure proposte.

**Risultati attesi**

Il programma nazionale si svilupperà su un arco temporale di quattro anni. Per il primo biennio si prevede, in aggiunta alla ricognizione delle linee guida esistenti, la produzione di almeno tre documenti di indirizzo sui temi di interesse prioritario.



## La SIMM in Ecuador firma la Carta di Loja

Mario Affronti, Simona La Placa, Maurizio Marceca

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

In occasione del 'Primer Congreso Ecuatoriano sobre Salud y Migracion' della 'Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migracion' (SESMI), svoltosi a Loja dal 25 al 27 febbraio 2016 con il titolo *"El dolor de un suegno"*, una delegazione della SIMM ha partecipato ai lavori congressuali ed ha attivamente collaborato alla stesura di una Carta di intenti che è integralmente riportata in allegato. 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.

L'Ecuador rappresenta, rispetto al fenomeno migratorio, un 'laboratorio' di particolare interesse, in quanto è stato ed è tuttora paese di forte emigrazione verso paesi occidentali (tra i primi, USA, Spagna e Italia) ma è anche, al contempo, paese di immigrazione.

L'evento è stato caratterizzato da un'impostazione fortemente multidisciplinare, che ha visto i contributi di sociologi, antropologi, medici, pedagogisti, filosofi e psicologi. Molto significativa è stata la presenza degli studenti universitari (anch'essi appartenenti a diverse facoltà benché con una prevalenza di studentesse e studenti in medicina), che hanno partecipato ad animare la discussione attraverso interventi e domande. Nella sessione pre-congressuale abbiamo avuto modo di partecipare ad un laboratorio con gli studenti che - attraverso simulazioni, filmati e giochi di ruolo - si è focalizzato sul tema dell'approccio al paziente migrante, con particolare riferimento alle dimensioni della comunicazione e della 'presa in carico'.

Le lingue ufficiali del Congresso sono state lo spagnolo e l'inglese. Nel corso della prima giornata, subito dopo l'inaugurazione (in cui erano presenti anche attori istituzionali, ed in particolare la delegata della Ministra della Salute e il delegato del Ministro sulla Mobilità umana), Mario Affronti ha presentato una relazione dal titolo *"La función de las sociedades de Salud y Migracion en la Salud Publica"*; nella stessa sessione sono stati affrontati dagli altri relatori i temi delle Disuguaglianze nella salute (Roberta Villalon - Argentina/USA), della Coesione sociale (Alvaro Tinajero Ecuador/USA) e delle prospettive sociologiche e antropologiche della migrazione (Gioconda Herrera e Jose Sola Villena - Ecuador); uno spazio specifico è stato inoltre dedicato ai temi dei diritti umani collegati a salute e migrazione (Gardenia Chavez - Ecuador) e della salute in una prospettiva (antropologica) psicosomatica e spirituale (Antonio Pinas Mesa - Spagna); un contributo

originale è stato portato attraverso il racconto di narrazioni di emigrazione ecuatoriana negli Stati Uniti da parte di Rodrigo Astudillo (docente liceale ed esperto di racconti popolari).

La seconda giornata si è aperta con una relazione centrata sulle metodologie di ricerca quantitativa e qualitativa (Ethel Nicdao – USA), seguita da un panel dal titolo ‘Salud publica y migracion’, animato da Maurizio Marceca e Simona La Placa con delle relazioni rispettivamente intitolate “*Salud y Migracion en una prospectiva de Salud publica*” e “*Health and assistance foreign minor’s access to health services in Italy*”, che hanno stimolato un ampio dibattito e confronto di esperienze.

Sono seguite due relazioni in collegamento Skype: la prima sulla migrazione come determinante sociale della salute (Baltica Cableles – Cile) e la seconda sulla salute collegata alla mobilità occupazionale, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari nella comunità immigrata latina negli USA (Daniel Lopez Cavallos – Ecuador/USA).

Si è quindi svolta una sessione dedicata alla innovazione nell’istruzione universitaria, attraverso i contributi di Jose Francisco Garcia Gutierrez (Spagna/Peru’), David Acurio (Ecuador) e Victo Vaca (Ecuador).

Nell’ultima parte del Congresso è stato dato spazio agli aspetti di Psicopedagogia (Maria Fannery Suarez Berrio- Ecuador), di Etnopsichiatria ed Etnopsicologia (Montserrat Lafuente- Spagna) e di Medicina di Famiglia (Johanna Montalvo-Ecuador). A questo proposito va sottolineato come la SESMI sia nata (recentemente) proprio dalla proposta e dal coordinamento di alcuni medici di ‘medicina familiar’ e come questa sia la prospettiva su cui la SESMI spinge maggiormente per favorire la tutela della salute della popolazione immigrata presente in Ecuador e proveniente, in gran parte, da altri paesi dell’America latina con particolare riferimento alla Colombia.

Una prospettiva di particolare interesse per la SIMM riguarda la possibilità di costruire, nel prossimo futuro, un coordinamento internazionale su ‘salute e migrazione’ (scegliendo tra diverse possibili forme quali quelle di ‘federazione’, di ‘network’, di ‘think tank’ od altra); rispetto a tale prospettiva la delegazione della SIMM ha espresso un orientamento favorevole e una disponibilità a partecipare attivamente al suo processo di definizione. La dimensione internazionale sembra infatti ineludibile come spazio di riflessione condivisa “per aprire nuovi spazi e costruire traiettorie” sulla salute dei migranti, come prospettiva necessaria per ampliare ulteriormente quella rete “delle reti di reti” che, come ci ricorda Salvatore Geraci, è stata motore di tante iniziative per i diritti dei migranti nel nostro Paese e che può sempre più far sentire la propria voce e quella dei cittadini stranieri se proiettata in una dimensione più ampia, europea e mondiale.

Oltre ad esprimere una valutazione particolarmente positiva rispetto all’esperienza qui riferita, ci auguriamo che nel futuro la SIMM sia in grado di promuovere o partecipare ad altre missioni, soprattutto nei paesi da cui provengono i principali flussi migratori verso l’Italia.

A latere del Congresso è stato anche promosso un Concorso internazionale di medicina narrativa su ‘salute e migrazione’.

Per maggiori informazioni e materiali si veda il sito del Congresso all’indirizzo <http://www.saludmigracion.org/>.

## La SIMM e il ‘Conflitto di interessi’: risultati preliminari di una recente ricerca sui rapporti tra Società medico-scientifiche italiane e industria

Cosima Lisi<sup>1</sup>, Alessandro Rinaldi<sup>1-2</sup>, Mario Affronti<sup>2</sup>, Maurizio Marceca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gruppo ‘Conflitto di interessi’ della Consulta Specializzandi della Società Italiana di Igiene (SItI);

<sup>2</sup> Società Italiana di medicina delle Migrazioni (SIMM)

Negli anni 2013-2015 il Gruppo di lavoro su ‘Conflitto di interessi’, attivo all’interno della Consulta degli Specializzandi della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva (SItI), ha ideato e condotto una ricerca relativa ai rapporti tra Società medico-scientifiche (SMS) italiane e industria.

Sei ricercatori suddivisi in tre gruppi da due persone, hanno esaminato la situazione delle 154 SMS iscritte alla Federazione Italiana Società Medico-scientifiche (FISM). Non esiste, infatti, un albo nazionale delle società di carattere medico e scientifico e, ad oggi, il registro della FISM è l’unico riconosciuto a livello ministeriale. Per ottenere l’affiliazione alla FISM, le società devono rispondere a determinati standard, come la presenza nel 50% delle regioni, comprese le province autonome, l’approvazione annuale del bilancio della società e almeno tre anni di attività scientifica, in maniera permanente e continuativa. Si precisa che, ad oggi, la SIMM non è formalmente iscritta alla FISM.

Si è scelto di condurre lo studio, analizzando i siti web delle società. I criteri con cui si è deciso di valutare le singole SMS e di rappresentarne il ‘profilo’ in termini di potenziale conflitto di interessi sono stati:

1. la presenza di uno Statuto o di un Regolamento che contenesse un riferimento al conflitto di interessi;
2. la presenza di un Codice etico specifico;
3. la presenza del logo di una o più case farmaceutiche nella ‘home page’ del sito internet della società;
4. la presenza di un bilancio societario consultabile dal sito;
5. la presenza di sponsor nel programma definitivo dell’ultimo Congresso nazionale tenutosi prima del 31 Marzo 2014 (la non reperibilità del Programma del Congresso ha portato all’esclusione di 21 Società medico-scientifiche dalla ricerca);
6. la presenza di simposi ‘satelliti’ sponsorizzati nel programma definitivo dell’ultimo Congresso nazionale (vedi sopra).

In una prima fase dello studio, i ricercatori di ogni coppia hanno rilevato i dati relativi alle stesse società, in maniera autonoma ed indipendente; si sono poi confrontati tra loro per trovare un accordo su eventuali discrepanze. È stato valutato statisticamente il livello di concordanza ed è stata, quindi, condotta l’elaborazione statistica dei dati. Le SMS

sono state suddivise in tre aree, conformemente alla suddivisione delle relative Scuole di specializzazione operata dal Ministero dell'Istruzione, della Sanità e della Ricerca (MIUR): area 'chirurgica', area 'clinica' ed area 'dei servizi sanitari'. Questa suddivisione ha permesso un'analisi stratificata dei dati per poter individuare eventuali differenze, tra le società afferenti a ciascuna area, nelle interazioni con l'industria farmaceutica, nell'ambito dell'Educazione continua in medicina.

Riassumendo i principali risultati emersi, un primo dato di interesse riguarda la bassa percentuale di SMS che hanno adottato un Codice etico con delle raccomandazioni sul conflitto di interessi (solo 6 SMS, pari a meno del 5% del campione); più alta è, invece, la percentuale di società che hanno uno Statuto o un Regolamento in cui vi sia almeno un riferimento al conflitto di interessi (60 SMS, pari a circa il 46% del totale). Un ulteriore parametro utilizzato dai ricercatori come indicatore di trasparenza è stato la consultabilità online, sul sito web della SMS, di un bilancio sociale: tale situazione è stata riscontrata solo per 8 società (poco più del 6% del totale), probabilmente perché, in Italia, dal punto di vista legislativo non vi è l'obbligo per le SMS di rendere pubblico il bilancio. Rispetto alle aree 'medica' e 'dei servizi', le società appartenenti all'area 'chirurgica' hanno mostrato una maggiore tendenza a rendere pubblico il proprio bilancio.

Per quel che riguarda, invece, la sponsorizzazione all'ultimo Congresso nazionale o ai simposi 'satelliti', ben 88 SMS (poco più del 67%) ha ricevuto finanziamenti dalle industrie farmaceutiche, senza differenze significative tra le diverse aree.

Tra le varie evidenze, la ricerca ha dimostrato, inaspettatamente, che la presenza di un Regolamento o di un Codice etico non sembra essere un fattore protettivo nei confronti della sponsorizzazione del Congresso nazionale o di simposi 'satelliti' ed addirittura che la presenza di un Codice etico è correlata ad una maggiore possibilità che siano presenti loghi dell'industria sul sito web delle SMS.

Per una corretta interpretazione di questi dati occorrerebbe sapere cosa, concretamente, le SMS intendono per 'conflitto di interessi': questo, infatti, viene spesso interpretato come una 'condotta', mentre si tratta piuttosto di una 'condizione'. In effetti, è sufficiente che esista anche solo la possibilità che il giudizio professionale su un interesse primario (come la salute pubblica) venga condizionato da un interesse secondario (come ad esempio il prestigio scientifico), per parlare di conflitto di interessi. Il finanziamento da parte delle industrie farmaceutiche pregiudica già in sé l'indipendenza e l'imparzialità di un evento formativo (e quindi della Società scientifica che lo ha promosso), a maggior ragione se non vengono adottate misure efficaci per assicurare la completa estraneità delle ditte nella scelta dei contenuti scientifici e dei relatori. La sponsorizzazione ai Congressi è qualcosa che, in ultima analisi, incide sulla salute della popolazione, se si parte da un assunto: i Congressi rappresentano uno strumento di aggiornamento per i membri delle SMS, le quali hanno un ruolo cruciale anche nel definire le Linee guida e, dunque, le indicazioni alla prescrizione di rimedi farmacologici o interventi chirurgici che andranno ad influire sia sulla salute delle persone che sulla spesa sanitaria.

Con riferimento alla nostra società scientifica (benché essa non sia rientrata nello studio in quanto non federata alla FISM), è da sottolineare come la ricerca citi la SIMM come l'unica Società medico-scientifica - insieme alla Associazione Culturale dei Pediatri (ACP, anch'essa non federata alla FISM e dotata di uno specifico Codice etico) - che non ammette sponsorizzazioni dei propri eventi scientifici da parte dell'industria, sulla base dei prin-

cipi formulati nel proprio Regolamento: *natura dell'eventuale sponsor; interessi dello sponsor e dello sponsee nel finanziamento specifico; attività oggetto dell'eventuale sponsorizzazione; temporalità del finanziamento; entità del finanziamento.*

Si ritiene che la ricerca qui brevemente illustrata possa rappresentare per la SIMM, oltre che un riconoscimento della sua scelta di indipendenza e trasparenza, anche uno stimolo a migliorare ulteriormente su questa strada tenendo conto dei criteri utilizzati dalla ricerca.

## Bibliografia

- Rothman D.J., McDonald W.J., Berkowitz C.D. et al.: Professional medical associations and their relationships with industry. A proposal for controlling conflict of interest. *The Journal of the American Medical Association.* 2009; 301(13): 1367-1372
- Pisacane A.: Rethinking continuing medical education. *British Medical Journal.* 2008; 337: 490-91
- Dalsing M.C.: Industry working with physicians through professional medical associations. *Journal of vascular surgery.* 2011; 54(3): 415-65
- Kassirer J.P.: Professional societies and industry support: what is the quid pro quo? *Perspective in Biology and Medicine.* 2007; 50(1): 7-17
- Associazione Culturale Pediatri (ACP): Impegno di autoregolamentazione nei rapporti con l'industria. Approvato con emendamenti nell'Assemblea dei soci dell'11/10/2013. Disponibile alla URL: [www.acp.it/codice-deontologico](http://www.acp.it/codice-deontologico) (Consultato l'8 Marzo 2016)
- Consiglio di Presidenza della SIMM: Sponsor commerciali, no grazie. In: *Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM (Agrigento, 14-17 maggio 2014)* 2014: 27
- Consiglio di Presidenza della SIMM: La SIMM e gli sponsor. In: *Atti del XII Congresso Nazionale SIMM (Viterbo, 10-12 ottobre 2012)* 2012: 30



---

# RELAZIONI

## Diritto fondamentale alla salute: principi e realtà

Vladimiro Zagrebelsky

Direttore del Laboratorio dei Diritti Fondamentali

Lo Stato sociale europeo ha ormai radici tanto forti che l'accumularsi nel tempo di diritti assicurati dalle leggi non rappresenta più soltanto un dato legislativo, contingente e mutevole nel tempo. Un alto livello di sicurezza sociale è ormai acquisito come naturale e irretrattabile. In particolare per la salute, ogni insufficienza e ogni arretramento nel servizio pubblico sono vissuti come diniego di un diritto. Ma la natura del diritto alla salute pone qualche problema di definizione dei limiti. Il fondamento costituzionale del diritto alla salute, nelle Costituzioni degli Stati europei che non lo menzionano espressamente è solitamente legato al rispetto della dignità della persona. Nella nostra Costituzione, accanto all'articolo 2 che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, l'articolo 32 espressamente riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della società. E la Costituzione garantisce cure gratuite agli indigenti. Si tratta dell'unico diritto della persona che la Costituzione qualifica come fondamentale.

Il contenuto del diritto costituzionale alla salute comprende nei confronti dello

Stato una pretesa negativa (astensione da comportamenti pregiudizievoli per la salute, come per esempio in materia ambientale) e una pretesa positiva di prestazioni:

- diritto a ricevere le cure necessarie da parte di strutture pubbliche o private (a pagamento) senza discriminazioni.

- diritto di accesso alle strutture pubbliche gratuito o secondo legge.

- diritto a cure gratuite nelle strutture pubbliche in caso di indigenza (l'indigenza di cui si tratta non corrisponde alla povertà e ancor meno alla povertà assoluta; la Corte costituzionale ha elaborato la nozione di "indigenza medica", per indicare la condizione economica che impedisce l'accesso a specifiche cure mediche a pagamento).

- diritto di accesso e cura anche in strutture private se siano le sole che dispongono delle attrezzature necessarie (Corte cost. n. 992/1988).

- diritto di scelta del medico e del luogo di cura, compatibilmente con le esigenze di organizzazione del servizio pubblico.

In Italia la materia corrispondente al diritto alla salute è oggetto di competenza

concorrente dello Stato e delle Regioni (art.117/2 Cost.): spetta allo Stato la competenza esclusiva per legiferare nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Si tratta dei c.d. LEA, in ordine ai quali va precisato ch'essi non esauriscono il contenuto del diritto alla salute, così che questa o quella regione potrebbe limitarsi ad assicurarli. Fuori del campo strettamente medico, una serie di condizioni (determinanti sociali) hanno infatti un forte impatto sul concreto godimento del diritto alla salute.

Tra i trattati internazionali che interessano gli Stati europei in tema di diritto alla salute va menzionata la Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d'Europa (1997), che impegna gli Stati a *"garantire un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità adeguata, in base alle esigenze mediche della persona"*. L'articolo 3 della Convenzione afferma che *"le parti, tenendo conto dei bisogni relativi alla salute e delle risorse disponibili, adottano gli opportuni provvedimenti al fine di fornire, nell'ambito della loro giurisdizione, un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità appropriata"*.

L'Unione europea non ha competenza esclusiva in materia di salute, potendo soltanto intervenire completando e incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri (art. 168 TFUE). Tuttavia l'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali della UE, sotto il titolo *"Protezione della salute"*, afferma che *"Ogni individuo ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"*.

A livello globale va prima di tutto

richiamato il preambolo della Costituzione del 1946 dell'Organizzazione mondiale della sanità, che definisce la salute come *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"* - e non quale semplice assenza di malattia o infermità - e afferma che *"il godimento delle migliori condizioni di salute raggiungibili costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale"*<sup>1</sup>.

Ha fatto seguito l'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo del 1948, che non è in sé giuridicamente vincolante, ma molte delle sue disposizioni hanno assunto ormai lo status di *diritto internazionale consuetudinario* e così vincola tutti gli Stati<sup>2</sup>.

Ha una particolare importanza il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966, con il suo art.12, che è stato oggetto di interpretazione con il Commento generale n. 14 del Comitato per i diritti economici sociali e culturali delle Nazioni Unite (2000). Il Commento ha richiamato il *"diritto alle migliori condizioni raggiungibili di salute fisica e mentale"* e ha illustrato il contenuto del diritto alla salute che gli Stati devono assicurare, attraverso i concetti di Rispetto, Protezione, Attuazione.

Il *Rispetto* implica che la legislazione e le politiche degli Stati devono evitare azioni che impediscano alle persone di godere del diritto alla salute e che pongano in essere politiche pericolose. La *Protezione* richiama il dovere degli stati di minimizzare i rischi per la salute e di adottare le misure necessarie per tutelare le persone da violazioni del diritto alla salute da parte di terzi (soggetti singoli o organizzazioni, nazionali o estere). La *Attuazione* riguarda le misure positive che le autorità di governo sono tenute ad adottare per consentire ai singoli e alle comunità di godere effetti-



vamente del diritto alla salute. Si tratta di misure legislative, amministrative, finanziarie, ecc. necessarie ad assicurare la sua piena realizzazione. Priorità va data ai soggetti più vulnerabili (bambini, anziani, donne, migranti, indigenti, ecc.).

Il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha dichiarato che esistono quattro criteri fondamentali, che gli Stati devono rispettare affinché il diritto alla salute sia realizzato. Si tratta dei criteri della disponibilità, accessibilità, accettabilità, e qualità.

Le strutture, i beni e i servizi, così come i programmi sanitari e di assistenza sanitaria pubblica, devono essere presenti in quantità sufficiente all'interno dello Stato. Le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere accessibili a tutti, con accessibilità fisica ed economica, senza discriminazioni e con accessibilità alle necessarie informazioni.

Le strutture, i beni e i servizi sanitari devono rispettare l'etica medica ed essere appropriati dal punto di vista culturale, assicurando il rispetto della cultura degli individui e delle minoranze.

Le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere scientificamente e clinicamente adatte e di buona qualità.

Il Commento generale n.14 ha sviluppato l'esame dei c.d. "Determinanti sociali" del diritto alla salute. Si tratta delle condizioni, di natura non direttamente sanitaria, ma indispensabili perché la salute sia garantita. È questo un aspetto del diritto alla salute di particolare importanza, poiché riguarda il tema della corrispondenza in concreto delle enunciazioni generali legislative con la realtà della vita vissuta dalle persone. Tra i determinanti della salute va ricordato l'accesso ad acqua potabile sicura e a servizi igienici adeguati, la disponibilità di cibo e di nutrimento sufficiente, la sicurezza e la qualità dell'abitazione, la

salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro, l'accesso alle informazioni relative alla salute, e il divieto di discriminazione.

La consapevolezza del nesso tra diritto alla salute e diritti sociali diversi da quello era già nella bella frase di Montesquieu<sup>3</sup>: *«Quelques aumônes que l'on fait à un homme nu dans les rues ne remplissent point les obligations de l'État, qui doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable, et un genre de vie qui ne soit point contraire à la santé»*<sup>3</sup>.

Un richiamo specifico va fatto al divieto di discriminazione. Esso non vieta soltanto le dirette esclusioni di parte della popolazione dall'accesso ai servizi di prevenzione e di cura (per ragioni di razza, sesso, religione, origine, condizione economica o sociale, ecc.). Esso riguarda anche la più insidiosa discriminazione indiretta, quella che fa pesare di fatto su gruppi della popolazione le loro caratteristiche o debolezze, che non riguardano lo stato di salute, ma che incidono sulla possibilità di avvalersi dei benefici che sono a disposizione della generalità. Gli esempi sono facili e si collegano al tema dei determinanti sociali. Il più evidente è quello che riguarda la c.d. accessibilità economica del servizio sanitario, legata alla sostenibilità del relativo costo, ma hanno rilevanti effetti di esclusione anche altri fattori di emarginazione sociale, come l'integrazione culturale. L'elenco degli esempi è lungo. Se il luogo in cui è fornito il servizio sanitario viene allontanato, senza prevedere mezzi di trasporto adatti a chi, per salute, età o altro non ne dispone, una misura che sembra neutra e puramente organizzativa si traduce in una discriminazione indiretta. E ancora: la complessità delle procedure amministrative da seguire per accedere al servizio (si pensi alla combinazione delle normative concernenti i migranti con quelle specifiche del servizio sanitario), se

non accompagnata da una sufficiente e capillare informazione, finisce con l'escludere chi, per la non conoscenza della lingua o per altro, si perde tra gli uffici e gli sportelli, che pure – apparentemente – gli sono aperti.

Sul punto specifico del divieto di discriminazione e in particolare della posizione dello straniero in Italia, la Corte costituzionale ha affermato che lo straniero è «titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona» (sentenza n. 148/2008). Inoltre, esiste «un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto». Quest'ultimo diritto deve perciò essere riconosciuto «anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso» (sentenze n. 252/2001, 299/2010).

Il diritto alla salute ha contenuti in certa misura indefiniti e mobili (in generale e nel suo nucleo minimo comunque da assicurare). Essi si arricchiscono con lo sviluppo della ricerca medica e l'aumento delle terapie a disposizione dell'umanità; essi però si riducono quando le risorse economiche pubbliche scarseggiano. Si tratta di un diritto sociale che richiede allo Stato prestazioni positive, economicamente onerose. Così in un sistema di servizio sanitario pubblico generale, come quello italiano, la Corte costituzionale, che l'ha definito come inalienabile, intrasmissibile, indisponibile, irrinunciabile, ha però anche affermato che «il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da

raggiungere, è garantito a ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento» (Corte cost. n.455/1990 e successive).

Il diritto alla salute è quindi un diritto assoluto nel senso che vieta discriminazioni ed esclusioni, ma i cui contenuti sono relativi, poiché dipendono dalle possibilità economiche e dalle relative scelte politiche. Le risorse economiche infatti non mancano, ma sono destinate (anche) altrove. Sul riparto delle destinazioni e sulle priorità è aperto il dibattito politico, che dovrebbe considerare la priorità che spetta a un diritto fondamentale.

## Note

<sup>1</sup> Organizzazione mondiale della sanità, *Constitution of the World Health Organization* firmata il 22 luglio 1946, in *Official Records of the World Health Organization*, n. 2, p. 100, 1948.

<sup>2</sup> Altri trattati internazionali in materia di salute sono la Convenzione internazionale sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale del 1965, la Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne del 1979, la Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità del 2006, la Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie del 1990. Per la protezione della salute sul lavoro, le Convenzioni dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro, n. 155 sulla sicurezza e la salute sul lavoro (1981) e n. 161 sui Servizi di salute al lavoro (1985).

<sup>3</sup> «Lo Stato non ottempera ai propri obblighi semplicemente offrendo qualche elemosina a un uomo nudo per le strade, ma al contrario deve garantire a tutti i cittadini la sussistenza, il nutrimento, un abbigliamento decente, e un genere di vita che non sia dannoso alla salute». (Montesquieu, *Lo spirito delle leggi*, libro XXIII, cap. 29; 1748).

## Governance possibile? Ambiguità ed ipocrisie

Patrizia Carletti

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute, Agenzia Regionale Sanitaria Marche – Coordinatrice del Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi sanitari" del Coordinamento della Commissione Salute

Il corpo giuridico su cui si incardina il diritto alla salute per gli immigrati non appartenenti all'Unione Europea (UE) e appartenenti all'UE, presenti a vario titolo in Italia, si basa su due pilastri fondamentali:

- la Carta costituzionale italiana (1948) secondo cui il diritto alla salute è compreso in quel *nucleo irriducibile di diritti della persona umana*, esercitato attraverso un sistema organico, pubblico di istituti e provvidenze dello Stato; la Repubblica ha infatti l'obbligo di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona e, dunque, tutto ciò che ne può compromettere l'integrità psico-fisica. Il fine primario della tutela della salute dunque è direttamente affidato allo Stato in una concezione di stato sociale di diritto (Artt. 32, 2, 3, 10 della Costituzione);

- il Diritto Comunitario dell'Unione che include tra i principi i diritti fondamentali dell'uomo: "L'Unione riconosce i diritti, le libertà e i principi sanciti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 7 dicembre 2000, adattata il 12 dicembre 2007 a Strasburgo, che ha lo stesso valore giuridico dei trattati". "L'Unione aderisce alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali" (1).

L'Italia, primo tra i paesi dell'UE, dal 1995 ha indicato per gli immigrati "politiche sanitarie inclusive" in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni (Legge 6 marzo 1998 n. 40, D.Lgs. 25 luglio 1998 n. 286 – Testo Unico, Accordo Stato-Regioni CSR n. 255 del 12 dicembre 2012), riconoscendo il diritto alle cure essenziali a tutti gli immigrati, anche a quelli non in regola con il permesso/titolo di soggiorno.

In sintesi ad oggi:

- Gli immigrati provenienti da paesi al di fuori dell'Unione Europea (UE) - definiti nelle norme citate "stranieri" - possono soggiornare in Italia solo se in possesso di un permesso di soggiorno che può essere concesso per motivi di lavoro, per ricongiungimento familiare, per studio, per motivi religiosi, per "minore età", per richiesta di protezione internazionale. Solamente se si è in possesso di regolare permesso di soggiorno si ha diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e quindi all'assistenza sanitaria, al pari degli italiani. Coloro che hanno perso il permesso di soggiorno (a causa per esempio della perdita del lavoro) o chi non l'ha mai avuto (in quanto entrato "irregolarmente" in Italia) non possono iscriversi al SSN. Per costoro è prevista comunque la possibilità di avere le cure urgenti ed essenziali.

*Cure Urgenti: cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.*

*Cure Essenziali: prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)*

Per questi immigrati "irregolari" la Azienda Sanitaria Locale rilascia, a seguito di una dichiarazione dei propri dati anagrafici e di una dichiarazione di indigenza, un "tesserino STP" (Straniero Temporaneamente Presente), valido su tutto il territorio nazionale, utilizzato per ricevere le prestazioni sanitarie e farmaceutiche essenziali, a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda le quote di partecipazione alla spesa (ticket).

Resta insoluta la questione della "presa in carico" di queste persone in quanto il "tesserino STP" non consente la scelta del medico di medicina generale, nonostante il DPR 394/1999 avesse dato indicazioni alle Regioni e P.A. di organizzare una risposta di primo livello analoga alla funzione della medicina generale<sup>1</sup>.

Gli immigrati che provengono da paesi appartenenti all'UE in base al diritto alla libera circolazione<sup>2</sup> (2) non sono tenuti a richiedere alcun titolo di soggiorno presso le Questure.

Il cittadino comunitario in possesso dei requisiti che determinano il diritto di soggiorno (3) per periodi superiori ai tre mesi, è tenuto a provvedere all'iscrizione all'anagrafe della popolazione residente.

Una volta iscritto all'anagrafe dei residenti può iscriversi al SSN.

È anche possibile che il cittadino comunitario mantenga la residenza all'estero e, in questo caso riceve l'assistenza sanitaria, al pari di quella a cui hanno

diritto i cittadini del paese ospite, in questo caso l'Italia, attraverso la TEAM (tessera di assistenza medica). Le istituzioni italiane verranno poi rimborsate per le prestazioni erogate dall'istituzione estera del paese di appartenenza del cittadino comunitario.

Nel 2012, il Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari" (4) composto da tecnici degli Assessorati alla Salute delle Regioni e P.A. ed esperti (a cui sono costantemente invitati a partecipare anche rappresentanti del Ministero della Salute e, per specifiche questioni i Ministeri Interno, Giustizia, Lavoro/Politiche Sociali), operante in seno alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e P.A. e coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute della Regione Marche, ha completato il documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome", oggetto dell'Accordo Stato - Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012 (5).

L'Accordo rimanda ai principi ispiratori delle norme primarie dello Stato e ai principi del Diritto

Comunitario (Trattati, Regolamenti e Direttive dell'UE). Raccoglie, sistematizza ed esplicita con un linguaggio chiaro le numerose indicazioni emanate negli anni da vari Ministeri, in particolare quelli della Salute e dell'Interno, indicazioni che, stratificandosi nel tempo, hanno ingenerato una certa confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni, delle Province Autonome e delle Aziende Sanitarie.

L'Accordo ha l'obiettivo di fornire indirizzi operativi per favorire l'applicazione omogenea della normativa su tutto il territorio nazionale, di ridurre le difficoltà di accesso ai servizi e le discrezionalità interpretative delle norme che di fatto minano

la garanzia dei livelli essenziali di assistenza; esso, consente inoltre, attraverso una serie di indicatori, un monitoraggio delle criticità ed un confronto tra "territori".

A seguito dell'Accordo è possibile garantire l'assistenza sanitaria urgente o essenziale ai cittadini comunitari indigeni che non avrebbero diritto al soggiorno per più di tre mesi, ma che in quanto cittadini dell'Unione non sono espellibili.

Tale possibilità, già praticata da alcune Regioni prima dell'Accordo, è stata introdotta in quanto:

– ai cittadini dell'UE va garantito il diritto di libera circolazione da cui deriva che va attuata la parità di trattamento tra cittadini comunitari e cittadini italiani applicando loro, in linea di principio, le stesse garanzie giuridiche e costituzionali dello stato membro in cui il cittadino dell'UE si trova;

– non può essere violato il "principio di non discriminazione" (previsto nel Trattato dell'UE) secondo cui il cittadino comunitario non può avere un trattamento di sfavore rispetto al cittadino italiano (sono altrimenti previste sanzioni amministrative da parte della Commissione UE);

– non può esserci discriminazione tra cittadini indigeni extra-UE (STP) a cui vengono garantite le cure essenziali e cittadini indigeni dell'UE.

Tra le altre importanti novità l'Accordo prevede l'iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri indipendentemente dal possesso del permesso di soggiorno.

A distanza di quattro anni il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo a livello delle Regioni condotto dalla SIMM (6) in collaborazione con i Tavolo mostra che ci sono ancora forti disomogeneità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza con una costante tendenza alla restrizione del diritto. A fronte di questo oggi la que-

stione potrebbe non essere se l'Accordo sia un diritto compiuto o un'occasione mancata in quanto sicuramente l'Accordo rappresenta un punto fermo a garanzia della tutela della salute degli immigrati ed uno strumento importante per la valutazione delle scelte del Ministero della Salute e dei Servizi Sanitari regionali.

I drammatici eventi che si stanno susseguendo in Europa con una incredibile accelerazione (eufemisticamente si parla di "crisi dei migranti"), suggeriscono un'altra domanda: quali ambiguità e ipocrisie ostacolano l'esercizio del diritto alla salute per i cittadini dell'Unione e per quelli italiani? Questo perché gli immigrati (extracomunitari e comunitari) rappresentano la cartina al tornasole di una forte erosione dei diritti fondamentali, e tra i primi quello alla salute, che si sta verificando nell'UE. Essi sono l'anello debole della catena, e come altri gruppi vulnerabili, i primi a farne le spese.

Per quanto riguarda l'Unione risulta evidente l'inadeguatezza degli strumenti forniti dal diritto al fine di una coerente ed efficace disciplina del fenomeno dell'immigrazione, oggi più che mai fenomeno globale ed espressione sociale della stessa globalizzazione. Gli stati industrializzati, attori e fruitori della globalizzazione cercano di ottimizzare gli effetti economici delle migrazioni cercando di non pagarne i relativi "costi" sociali. Il tutto attraverso una politica settoriale e diretta, nella gran parte dei casi, ad un mera tutela degli ambiti di sovranità nazionale (7). Accanto alla libera circolazione delle persone, una delle quattro libertà fondamentali del diritto comunitario insieme alla libera circolazione delle merci e dei capitali, non esiste un consolidato corpus normativo per la disciplina del fenomeno migratorio extracomunitario sostanzialmente a causa delle persistenti resistenze di molti Stati

membri. È tragicamente evidente che la mancanza di un "comune sentire" degli Stati in materia non ha consentito e non consente un governo del fenomeno e ha portato oggi alla cancellazione proprio del diritto alla libera circolazione, al ripristino di frontiere interne e di fatto alla negazione dell'identità della stessa Europa.

Inoltre a ben guardare, nonostante l'UE si fondi sui principi di libertà, democrazia, rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali<sup>3</sup> da cui si dedurrebbe anche il diritto alla salute; quest'ultimo è citato solamente nella Carta sociale europea, ratificata in gradi variabili dai Paesi Membri (8).

Quindi ambiguità perché nonostante nei Trattati non venga mai esplicitata l'esclusione dei cittadini extracomunitari dal diritto di libera circolazione, di fatto questa è stata riservata solamente ai cittadini dell'Unione e ipocrisia perché comunque si è fatto e si fa riferimento ad una Unione di Stati fondata su principi di rispetto delle libertà dell'uomo ma il diritto alla salute, fondamentale per l'esercizio della libertà, non compare con chiarezza come un diritto esplicito.

Per quanto riguarda l'Italia una rilevante questione di fondo che tende a minare la salute degli immigrati sta nel fatto che mentre per gli italiani l'erogazione dell'assistenza sanitaria dipende dal Ministero della Salute e dalle Regioni, per gli immigrati essa dipende dal Ministero dell'Interno, dalle Regioni e, in minor grado, dal Ministero della Salute. Le leggi in materia di "sicurezza" in cui gli immigrati sono ingabbiati sono spesso discriminatorie e, come è noto la discriminazione, sia diretta che indiretta, è un fattore di rischio per la salute.

Inoltre ulteriori elementi di ambiguità sono stati introdotti dalla riforma del Titolo V della Costituzione, derivante da una

serie di modifiche iniziate negli anni Settanta e terminate nel 2001 dal governo di centrosinistra. A seguito di tale modifica costituzionale lo Stato non è più soggetto responsabile diretto della "gestione" della Sanità; questa funzione viene infatti demandata alle Regioni, per cui l'intervento del legislatore regionale può incidere sui criteri e modi in cui l'individuo e, quindi anche lo straniero, può godere di diritti di prestazione.

L'art. 117 (lettera m) della Costituzione stabilisce tuttavia che lo Stato rimane responsabile esclusivo della "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", quindi dei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Questa modifica costituzionale, che si caratterizza per una suddivisione della potestà legislativa tra Stato e Regioni nel rispetto della Costituzione nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali, comporta consistenti elementi di ambiguità. Sono infatti emerse numerose problematiche (come rilevato anche da un notevole aumento del contenzioso tra Stato e Regioni) in quanto l'espansione abnorme dei livelli decisionali e legislativi delle Regioni ha fatto sì che le normative sanitarie regionali, con notevole disomogeneità territoriale, tendono a restringere il diritto alla salute agli immigrati minando pesantemente l'accesso all'assistenza sanitaria, nonostante che la Corte Costituzionale si sia espressa in più occasioni escludendo che le Regioni possano usare la loro potestà legislativa per rendere inapplicabile sul proprio territorio una legge primaria dello Stato.

L'ipocrisia sta nel fatto che, nonostante allo Stato spetti la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concer-

menti i diritti civili e sociali e la verifica che questi siano garantiti su tutto il territorio nazionale”, il sistema di valutazione relativa alla effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte dei Servizi Sanitari Regionali è molto debole e centrata prevalentemente su aspetti di efficienza più che su aspetti relativi agli esiti di salute e, per di più, tale valutazione, colpevolmente, non rileva alcun dato/indicatore relativo all'erogazione dei LEA alla popolazione immigrata.

Infine, non secondarie, ci sono altre condizioni che causano una forte restrizione del diritto alla salute degli immigrati tra cui:

- presenza in Italia e non solo di una cultura generale discriminatoria: l'immigrazione rappresenta un argomento utilizzato in modo ideologico e propagandistico per raccogliere consenso politico;

- resistenze ideologiche e pregiudiziali e frequentemente incompetenza specifica ai vari livelli decisionali;

- assunzione di prassi e interpretazioni soggettive da parte di singole direzioni sanitarie e/o di singoli operatori amministrativi che discriminano gli immigrati per pre-giudizio e scarsa professionalità;

- mancanza di investimento nella formazione interculturale degli operatori e assenza della mediazione interculturale nei servizi sanitari, quest'ultima uno strumento potente per favorire l'esercizio del diritto da parte degli immigrati e la loro inclusione sociale;

- assunzione di obiettivi finalizzati alla “spending review” piuttosto che alla salute: l'equilibrio finanziario appare oggi come il fattore condizionante più problematico per quanto riguarda i diritti sociali. Tuttavia non dovrebbe sfuggire che questo determinismo contabile, particolarmente feroce con i gruppi più vulnerabili, si dimostra incapace di valutare gli inter-

venti veramente utili per tutelare il “bene salute”.

Ecco dunque che nel contesto generale attuale di grandi violazioni dei diritti umani è difficile dire se l'Accordo sia un diritto compiuto o una occasione mancata perché la sua frammentata applicazione scaturisce dalle ambiguità e delle ipocrisie sopra elencate che colpiscono i gruppi vulnerabili e tra questi gli immigrati,

È chiaro che è urgente e necessario richiamare i Paesi a rispettare i vincoli sottoscritti dai governi e i Decisori ad assumersi la responsabilità di contrastare le crescenti disuguaglianze che decostruiscono la collettività e ad operare nel rispetto di una vera efficienza, smettendo di operare scelte inique in nome di un pregiudizio “razziale” che compromettono la convivenza pacifica e lo sviluppo.

## Note

<sup>1</sup> DPR 394/1999: “le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa”.

<sup>2</sup> La libera circolazione dei lavoratori è un principio fondamentale dell'UE, sancito dall'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea e ulteriormente precisato dal diritto derivato e dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia europea

<sup>3</sup> Trattato sull'Unione Europea (versione consolidata), Articolo 6: “L'Unione riconosce i diritti, le libertà e i principi sanciti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 7 dicembre 2000, adattata il 12 dicembre 2007 a Strasburgo, che ha lo stesso valore giuridico dei trattati”. “L'Unione aderisce alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fonda-

mentali". Gazzetta ufficiale n. C 326 del 26/10/2012 pag. 0001 – 0390. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A12012M%2FTXT>

## Bibliografia

- 1) Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, Nizza 7 dicembre 2000, Strasburgo 12 dicembre 2007. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea C 326, 26 ottobre 2012. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=OJ:C:2012:326:TOC>
- 2) Trattato sull'Unione europea e Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (versione consolidata). Gazzetta ufficiale dell'Unione europea C 326 del 26.10.2012. [https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/c\\_32620121026it.pdf](https://www.ecb.europa.eu/ecb/legal/pdf/c_32620121026it.pdf)
- 3) Decreto Legislativo 6 febbraio 2007, n. 30: "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri". <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/07030dl.htm>
- 4) Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari". [http://ods.ars.marche.it/\\_\\_\\_TavoloTecnicoInterregionale.aspx](http://ods.ars.marche.it/___TavoloTecnicoInterregionale.aspx)
- 5) Accordo Stato Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome". G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9. [http://www.statoregioni.it/Lista\\_Documenti.asp?Pag=2&DATA=20/12/2012&CONF=CSR](http://www.statoregioni.it/Lista_Documenti.asp?Pag=2&DATA=20/12/2012&CONF=CSR)
- 6) SIMM: monitoraggio dell'Accordo. <http://www.simmweb.it>
- 7) L. Garofalo. Alcune considerazioni sul diritto comunitario delle migrazioni. Sun in europa, anno IX, Bari genn/febb. 2006
- 8) Carta sociale del Consiglio d'Europa, Strasburgo, 3 Maggio 1996, in vigore dal 1 luglio 1999. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168047e179>



## Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza!

Salvatore Geraci

Area sanitaria Caritas, Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

### **Premessa “storica”**

Dalla fine del 2009 la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è stata chiamata a partecipare ai lavori del Tavolo tecnico interregionale “Immigrazione e servizi sanitari” presso il Coordinamento interregionale in sanità della Commissione salute, coordinato dalla Regione Marche. Il tavolo è stato istituito nel 2008 *“a seguito dei risultati di una indagine nazionale che ha evidenziato che sono poche le Regioni che hanno attuato pienamente la normativa nazionale relativa al diritto all’assistenza sanitaria, il che comporta, per gli immigrati, specialmente per gli stranieri temporaneamente presenti (STP), diverse e in molti casi scarse possibilità di accedere alle cure di primo livello ed una differente fruizione del diritto previsto dalla normativa nazionale; esistono inoltre, nell’ambito di uno stesso territorio regionale e tra le Regioni, differenti interpretazioni delle regole per l’accesso alle prestazioni sanitarie e differenti condizioni di partecipazione alla spesa, situazioni che minano il principio di livelli minimi di assistenza e di equità.”*<sup>1</sup>

L’indagine a cui si fa riferimento è stata condotta tra il 2007 e 2008 dalla Regione Marche con il titolo “Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali”<sup>2</sup> nell’ambito di un progetto CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero

della salute); specificamente la ricerca era orientata al monitoraggio dell’applicazione delle normative nazionali ed alle scelte organizzative per garantire l’accesso ai servizi sanitari con particolare riferimento agli immigrati senza permesso di soggiorno (STP). Manifestandosi grossolane differenze nei vari ambiti territoriali, nelle conclusioni dell’indagine, citando un auspicio della SIMM emerso dai lavori del Congresso nazionale di Palermo del 2006<sup>3</sup>, si afferma che, *“si ritiene importante che vengano attivate forme stabili di confronto e collaborazione tra le Regioni e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale. Lo scambio di informazione tra le Regioni potrà consentire agli organi della programmazione sanitaria regionale di conoscere e, quindi di applicare le soluzioni più agevoli già sperimentate in altri contesti oltre che agevolare il lavoro dei vari referenti regionali. Nel contempo potrà essere raggiunto l’obiettivo di rendere uniforme sul territorio nazionale l’accesso alle cure e alla salute da parte della popolazione immigrata, così come previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, a partire da quanto previsto dal DPR n. 394/99 e dalle raccomandazioni scientifiche nazionali e sovranazionali sulle migliori strategie da adottare per la tutela della salute dei gruppi vulnerabili. Lo strumento di lavoro potrebbe essere un Tavolo Tecnico Interregionale il cui mandato sarà quello di realizzare un con-*

fronto tra le Regioni e Province Autonome (PA) sulla base dei risultati dell'indagine, elaborare e proporre un set di requisiti minimi relativi all'organizzazione di servizi sanitari per l'assistenza di base agli immigrati non iscrivibili al SSN, monitorare il funzionamento degli stessi e la corretta ed omogenea applicazione delle regole per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e relativi percorsi di accesso."

L'anno successivo, una più ampia indagine voluta dal Ministero della salute e condotta, con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'Area sanitaria della Caritas romana che da tempo ha avviato un osservatorio sulle politiche sanitarie locali in collaborazione con i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), conferma quanto già visto relativamente agli STP e amplia l'analisi con un set di indicatori di politiche a vario livello. Viene fuori un'Italia a macchia di leopardo, con Regioni fortemente arretrate nella garanzia di diritti e altre, almeno sulla carta, particolarmente sensibili. La differenziazione non è, come spesso accade su indicatori di *performance* del Sistema sanitario, tra nord, virtuoso, e il sud, carente, ma ci sono Regioni significativamente arretrate proprio nel nord con un ambito di virtuosità nel sud, in Puglia<sup>4</sup>. Ciò genera forte disagio in alcune amministrazioni regionali ma nel contempo alimenta la consapevolezza di avere ampi margini di miglioramento del sistema, sia attraverso una *governance* istituzionale attraverso, ad esempio, i lavori del Tavolo interregionale della Conferenza delle Regioni ormai istituito ed operante, sia con una azione di *advocacy* puntuale e documentata, campo d'azione tradizionale della SIMM e dei GrIS che sono in via di consolidamento.

### **I lavori del Tavolo interregionale e l'Accordo**

Come abbiamo descritto in altri contributi nei precedenti Congressi SIMM, al Tavolo partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione tra cui la SIMM. 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 realizza una *rete* istituzionale in *rete* con altre *reti* e si rappresenta 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 opera per creare sinergie positive, è aperto al contributo di competenze esterne, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; svolge un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni.

L'Accordo sancito 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 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"<sup>5</sup> prodotto proprio dal tavolo interregionale.

Come sappiamo non è un Accordo casuale o inaspettato, è il frutto di oltre 3 anni di lavoro tecnico ma anche di mediazione, di ricerca ed analisi, di pressione politica e professionale. È il frutto di un lavoro di rete istituzionale e non, che segna, a nostro avviso, un modello di relazioni e rapporti tra gli attori coinvolti (settore pubblico, privato sociale e volontariato, istituzioni) nel garantire operatività al

mandato costituzionale dell'articolo 32 e della legge 833/78.

Rimandiamo a contributi tecnici l'analisi dettagliata dei contenuti del documento ma vogliamo qui ricordare come tale Accordo, pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano applicativo delle norme esistenti: è l'autentica interpretazione condivisa delle norme in essere e quindi non dovrebbe presentare dubbi o resistenze.

Dalla fine del 2012 abbiamo monitorato attraverso i GrIS il recepimento e l'applicazione dell'Accordo segnalando criticità persistenti, solo alcune superate grazie ad azioni di advocacy, ed in alcuni casi anche con la minaccia di denuncia da parte della società civile<sup>6</sup>.

### **I GrIS: luoghi di condivisione e di strategia locale**

Attualmente la SIMM ha oltre 500 soci attivi in tutta Italia, e, tra le altre cose, «promuove, collega e coordina attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione; 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»<sup>7</sup>.

La storia della SIMM si intreccia alla fine degli anni '90 con il percorso conosciuto come "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 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 ambigualmente 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". La devoluzione, 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.

A tale scenario la SIMM ha risposto con la creazione di gruppi locali su base territoriale (Regioni e Province Autonome): i Gruppi Immigrazione e Salute, i GrIS.

In realtà il primo (e più strutturato) GrIS, quello del Lazio, nasce nel 1995, quasi parallelamente alla SIMM, e si configura subito come gruppo di collegamento tra operatori delle strutture pubbliche e gruppi del privato sociale, in grado di accreditarsi come interlocutore autorevole per le istituzioni regionali. Sul modello del Lazio nascono numerosi altri gruppi in Trentino, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Sardegna, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia e Marche.

I GrIS sono realtà diverse, per storia, longevità, 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.

I GrIS per molti versi sono luoghi anomali: presuppongono una cessione di sovranità delle singole associazioni, gruppi, enti che li compongono, perché sia più forte l'azione collettiva. Mescolano operatori del terzo settore e delle Aziende sanitarie pubbliche, che raramente hanno occasione di incontrarsi e di scambiarsi opinioni su un'utenza che è la stessa per entrambi. Sono gruppi del tutto informali, aperti a chiunque condivida spirito e principi della SIMM. Portano avanti la loro azione di lobby verso le istituzioni e di advocacy per i diritti degli immigrati senza chiedere finanziamenti, basandosi sull'impegno volontario dei propri membri. Soprattutto, non cercano di sostituirsi a realtà associative già presenti sul territorio, e ancor meno alle istituzioni pubbliche, ma funzionano come recettore di bisogni inascoltati e da stimolo critico verso chi deve fornire una risposta.

Ci piace sottolineare come i GrIS abbiano tre elementi fondanti:

- essere rete a partire dal basso, quindi non istituzionale ma le istituzioni ne possono far parte; sono reti aperte dove si possono intrecciare alleanze e attivare sinergie, hanno una struttura organizzativa ma ciò che unisce sono motivazioni e obiettivi comuni;

- sperimentare la "cessione di sovranità" come elemento di unità e di forza: è forse questa la parte più delicata e difficile e non sempre agita dai GrIS ma è forse la reale forza del GrIS stesso. Solo così la rete

è libera da condizionamenti ed è meno "ricattabile" dalle Istituzioni e nel contempo può essere realmente credibile dalle Istituzioni stesse: non si difende un interesse di parte, di un gruppo, di una associazione; non c'è necessità di cercare visibilità più o meno interessata ma il contenuto dell'azione è esso stesso l'identità del gruppo;

- essere una "comunità di pratica", un gruppo che nella condivisione di esperienze, del definire obiettivi comuni, nell'affrontare problematiche specifiche aumenta le proprie competenze sia come collettività, sia come associazioni/istituzioni che ne fanno parte, sia come singoli partecipanti. C'è un trasferimento di competenze ma anche una costruzione di competenze stesse basate sulle evidenze di una quotidianità agita, sul confronto argomentato, sulla disponibilità a mettersi in gioco nella relazione tra pari.

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. Ovviamente i risultati sono differenti, legati al radicamento del gruppo sul territorio, ai diversi contesti politici e amministrativi, alla difficoltà maggiore o minore delle sfide affrontate. Resta un dato fondamentale sullo sfondo: la creazione di laboratori di partecipazione, dove si raccolgono bisogni e problemi, si individuano strategie possibili, si negoziano, a volte anche con fatica, soluzioni. I GrIS, e la SIMM nella sua funzione di indirizzo e coordinamento, sono dunque luoghi dove si fa politica, nel senso più puro del termine: dove si cerca di mettersi a servizio della polis, della comunità, nella sua accezione più piena, appunto, globale.

Non è un caso che nell'organizzazione della SIMM, che rimane una società scientifica basata sull'azione volontaria di tutte

le sue componenti e quindi "rallentata" dalla quotidianità del lavoro di ciascuno, i GrIS abbiano sempre più spazio: tra un Congresso Nazionale e l'altro, ogni due anni, c'è il Workshop dei GrIS, sempre più partecipati, i cui temi sono ripresi dal successivo Congresso Nazionale; i gruppi locali esprimono rappresentanza negli organi nazionali della SIMM; alcune strategie, pur essendo portate avanti su base locale, possono avere supporti o amplificazioni a livello nazionale e viceversa con un "condizionamento reciproco" certamente virtuoso. Si sta costruendo un modello organizzativo di cui ancora non ne conosciamo a pieno le potenzialità e la portata proprio perché è a partenza dal basso, da singole persone che si confrontano magari con incertezze e difficoltà ma con l'obiettivo di fare passi avanti non tanto per se stessi o per la propria organizzazione ma nei diritti e nelle tutele.

L'Accordo 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 tutti una 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. Per questo a livello nazionale la SIMM ma soprattutto a livello locale i GrIS si sono attivati con azioni di advocacy in alcuni casi molto difficili per diffidenze da parte delle Istituzioni e per tentazioni troppo "movimentiste" da parte di componenti della rete o per la voglia di dare visibilità ad un gruppo o ad un altro ma in ogni caso sono state sempre portate avanti con tutto l'impegno possibile.

Di seguito tre esperienze vissute in quest'ultimo periodo: quella del GrIS Emilia-Romagna che si è trovato di fronte ad inspiegabili e pretestuose resistenze da parte degli organi regionali, un vero "un muro istituzionale", e che con pazienza e con grande spirito di gruppo sta cercando di superare, accreditando il proprio stile di lavoro e alcune istanze tecniche. Esperienza analoga del GrIS Toscana che però è riuscito con tenacia a raggiungere un obiettivo importante nella garanzia dei diritti assistenziali per gli STP. Infine il GrIS Puglia che partendo da una normativa estremamente favorevole, anche se in parte inapplicata, ha prima cercato di far conoscere le indicazioni e farle rendere operative e si trova adesso di fronte ad una interpretazione restrittiva di alcune norme a cui sta reagendo con pacatezza, competenza e fermezza.

Solo qualche esempio di questa straordinaria azione di advocacy in qualche modo obbligata dai fatti ma che non deve far perdere di vista il grande obiettivo della nostra società scientifica nelle sue diverse articolazioni organizzative che è soprattutto sul piano culturale per sostenere dignità e diritti di ogni persona, soprattutto se in condizione di malattia o fragilità sociale.

## Note

<sup>1</sup> Dalla lettera di richiesta partecipazione SIMM al tavolo Interregionale, prot. ARS n. 1605 del 30 ottobre 2009

<sup>2</sup> [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_Immigrati\\_report.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_report.pdf)

<sup>3</sup> [http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Consensus/\\_finale\\_consensus\\_simm\\_2006.pdf](http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Consensus/_finale_consensus_simm_2006.pdf)

<sup>4</sup> [http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO\\_ALLA\\_SALUTE.pdf](http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO_ALLA_SALUTE.pdf)

<sup>5</sup> [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_038879\\_255%20csr%20-%205%20quater.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf)

Per aggiornamenti sull'applicazione, note e commenti vedi anche [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it).

- <sup>6</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2013/07/politica-migrazioni-e-salute-a-farne-le-speso-sono-i-piu-piccoli/>
- <sup>7</sup> Testo tratto dallo statuto della SIMM.

## Bibliografia essenziale

Bonciani M., Geraci S., Martinelli B.: *Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze?* In *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Lombar Key, Bologna, 2011; 71:83

Bonciani M., Martinelli B., Geraci S.: *Politiche regionali come specchio della garanzia del diritto alla salute dei migranti*. Atti della X Consensus Conference sull'immigrazione. VIII Congresso Nazionale SIMM: "Guadi e ponti per una sanità transculturale ...". Trapani, 5/7 febbraio 2009; 379:385

Capitani G., Geraci S.: *Immigrazione, politiche sanitarie e partecipazione. L'esperienza dei GrIS. Salute e territorio*. Anno XXXV, settembre 2014. N. 202. Formas, laboratorio regionale per la formazione sanitaria. 421:423

Carletti P., Geraci S.: *Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati*. In *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*, Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM. Pendargon, Bologna, 2012; 142:146

Geraci S. (a cura di): *Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*. Roma. Nuova Anterem, 2007

Geraci S., Bodini C.: *Rete di reti per la salute degli immigrati*. In *La sanità dei cittadini* (a cura di Altieri L., Nicoli M.A., Sturlese V.). *Salute e società*, anno X, n. 2/2011. FrancoAngeli, Milano, 129:140

Geraci S.: *La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni?* In Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM: "Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere". Agrigento, 14/17 maggio 2014. Pendargon, Bologna, 2014; 95:109

Geraci S.: *Un accordo per ridurre le disuguaglianze d'accesso degli immigrati al servizio sanitario*. In *Immigrazione Dossier Statistico 2013. Rapporto UNAR: dalle discriminazioni ai diritti*. Idos, 2013; 258:259

Marceca M., Geraci S., Martinelli B.: *Politiche regionali per la salute degli immigrati*. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006; 37:43

Pitzalis G.: *Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS*. In *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso nazionale SIMM, Palermo 19-21 maggio 2011. Bologna. Lombar Key srl. 2011. 84-87

## **Emilia-Romagna: dal “muro istituzionale” a prove di dialogo**

*a cura del GrIS Emilia-Romagna*

Il GrIS-ER ha avvertito un aumento di discriminazioni, di disuguaglianze e di esclusione dall'accesso alle cure dei migranti, dovute al non totale recepimento dell'Accordo Stato-Regioni, all'ambiguità delle norme che permettono interpretazioni dove prevale l'aspetto economico-amministrativo rispetto a quello dei bisogni sanitari, alla mancanza di dati che facciano emergere le esclusioni; pertanto si è posto l'obiettivo di fare advocacy presso il muro istituzionale per le suddette situazioni.

Abbiamo lavorato per un passo molto importante: ottenere il riconoscimento formale da parte dell'Assessorato alle politiche sanitarie regionali come Gruppo regionale immigrazione e salute Emilia-Romagna, cioè come rete di associazioni che operano con un'unica mission.

Il primo incontro c'è stato nel novembre 2013, seguito da altri nel 2014 come tavolo di lavoro ma, nonostante le premesse di tavolo di ascolto e condivisione reciproca, l'Assessorato è stato sordo ad ogni tentativo di far emergere le situazioni di discriminazione, di disuguaglianza di accesso alle cure, ritenendo l'Accordo S-R “superato”.

Quindi abbiamo inviato una lettera-denuncia al Presidente della Regione ed all'Assessore della sanità regionale (nel frattempo cambiati) in cui chiedevamo un incontro, esponendo le criticità e mettendo in evidenza le problematiche di tipo etico e di messa in discussione del nostro agire a fianco del SSR: *“abbiamo scelto di operare gratuitamente e volontariamente con e per il Servizio Sanitario in nome del diritto all'universalità delle cure, collaborando o gestendo integralmente ambulatori STP/ENI. Il nostro lavoro non può sollevare il SSR dal suo compito di garante dell'universalità del diritto alla salute e in questo contesto, le associazioni che assumono deleghe per attuare interventi sanitari, rischiano di rafforzare e perpetuare disuguaglianze nell'accesso alla salute. Il nostro agire, a fianco del SSR, deve rafforzare il diritto, non indebolirlo”*.

Dal 2015 abbiamo iniziato un importante monitoraggio presso gli ambulatori STP e non, con schede di raccolta di esclusione dal SSR da portare al prossimo incontro regionale per dimostrare le situazioni che non vengono rilevate dai report istituzionali dove risultano persone che hanno “diritto”. Riteniamo che ciò sia molto importante per fare emergere le esclusioni “nascoste”. E' iniziata, inoltre, un'opera di sensibilizzazione su questi temi della Chiesa Emiliana-Romagnola con la richiesta di una presa di posizione della conferenza episcopale regionale.

Risultati: riconoscimento formale da parte della Regione del GrIS con invito ad un tavolo di lavoro per condividere strategie future, raccogliere osservazioni e criticità, e l'impegno da parte dell'Assessore regionale alla Sanità di interessarsi del problema a seguito di un incontro informale con due membri del GrIS.

Conclusioni: siamo determinati ad andare avanti per fare emergere le situazioni “nascoste”, per ottenere il totale riconoscimento dell'Accordo S-R, in particolare nelle situazioni di vera e propria discriminazione tra diverse “categorie” di cittadini: disuguaglianza di assistenza tra titolari di codice STP/ENI; negazione del MMG per i minori stranieri (STP/ENI) di età compresa tra 14 e 18 anni; negazione del pediatra per i bambini (0-14 anni) figli di genitori ENI; negazione della tessera ENI ai cittadini comunitari senza reddito, senza TEAM, che non siano rumeni o bulgari o che, pur essendolo, risultano iscritti all'anagrafe dei residenti; negazione dell'esenzione X01 per gli STP.

## **Toscana: inaspettate interpretazioni e la tenacia del gruppo**

*a cura del GrIS Toscana*

Il GrIS Toscana ha sempre cercato di operare in una logica di collaborazione con la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale (ex Assessorato alla Sanità) della Regione. Il nostro GrIS è composto principalmente da realtà del Terzo Settore, variamente impegnate in attività di assistenza ed accompagnamento all'integrazione della popolazione migrante: in quest'ottica, già nel 2013 ci siamo presentati ai funzionari regionali competenti come un attore in grado di fungere da antenna sul territorio, segnalare criticità e ambiguità nell'applicazione della normativa e nella prassi quotidiana dei servizi, e sollecitare cambiamenti. Per questo, quando la Regione Toscana ha emanato la Delibera n°1139, nel dicembre 2014, il GrIS si è immediatamente attivato.

La Delibera infatti da una parte recepiva, con due anni di ritardo, l'Accordo Stato Regioni; ma dall'altra emanava contestualmente delle Linee Guida Regionali sull'assistenza sanitaria agli stranieri, che in più punti contraddicevano gravemente quanto previsto dall'Accordo. Al di là della palese inutilità di tali Linee Guida, ovviamente secondarie all'Accordo in termini di gerarchia delle fonti, il disallineamento con quanto stabilito dalla normativa nazionale, inaccettabile da un punto di vista giuridico, rischiava inoltre di ingenerare enorme confusione tra gli operatori. Oltre ad una lunga serie di imprecisioni, si registravano nelle Linee Guida alcune criticità allarmanti, tra cui il fatto che il rilascio del codice STP fosse vincolato al possesso di un certificato medico attestante l'urgenza o l'essenzialità delle prestazioni.

In data 24 febbraio 2015 il GrIS Toscana – insieme ad un rappresentante di ASGI – Sezione Toscana, ha ottenuto un incontro con la funzionaria regionale responsabile della redazione delle suddette Linee Guida, per far presente le criticità riscontrate. In seguito a tale incontro un elenco di modifiche era stato concordato e annotato in apposito verbale, ma nella successiva circolare esplicativa delle LLGG (Circolare n°1/2015) non ve ne era traccia; al contrario, si aggiungevano ulteriori ambiguità, come quella di includere nelle categorie che hanno possibilità di iscriversi volontariamente al SSR gli stranieri non comunitari in attesa di primo permesso di soggiorno o di rinnovo del permesso scaduto.

Il 20 maggio, vista anche la prossimità delle elezioni regionali, il GrIS ha inviato una lettera al Presidente uscente Enrico Rossi (ex Assessore alla Sanità), agli assessori competenti e ai dirigenti di riferimento. Nella lettera, oltre al disallineamento tra Accordo e Linee Guida, si puntualizzava anche che la sostanziale mancanza di governo regionale sul tema generava da molto tempo diverse criticità e minacciava, più in generale, il concetto stesso di equità in salute: da codici STP emanati al posto di codici ENI e con durata settimanale, ai trapianti negati agli stranieri irregolari.

Non avendo ottenuto risposta, la lettera è stata re-inviata, il 12 ottobre, al Presidente riconfermato e ai nuovi assessori/dirigenti nominati. Un'interlocuzione è poi stata cercata direttamente, tramite mail, con il nuovo dirigente competente in materia, fatto che ha portato a un incontro in Regione (26 ottobre) alla presenza del Responsabile del Settore Organizzazione delle cure e percorsi cronicità e del Responsabile del Settore Innovazione sociale.

In quella sede fu finalmente concordato che la Regione avrebbe provveduto all'emanazione di una circolare emendativa, alla cui redazione il GrIS Toscana ha attivamente contribuito e che, pur non comprendendo tutte le migliorie che avremmo voluto inserire, riallinea decisamente la disciplina relativa agli STP alla normativa nazionale, e che è stata inoltrata ai direttori generali delle ASL il 14 gennaio 2016.



## **Puglia: confronto per il diritto**

*a cura del GrIS Puglia*

La Deliberazione della giunta della regione Puglia n. 2102 del 30.11.2015 *“Disposizioni in merito alla attribuzione del codice ENI”* prevede che gli addetti alla anagrafe ASL non procedano all’attribuzione di codici ENI per l’assistenza continuativa e generalizzata ai cittadini comunitari privi di copertura da parte del paese comunitario competente pur tuttavia il codice ENI può essere rilasciato per *“prestazioni urgenti ed essenziali ancorché continuative per malattia e infortunio e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”* e qui c’è un evidente richiamo all’Accordo Stato–Regioni del 2012 ed alle normative di riferimento.

Per cui evidentemente la Delibera in oggetto subordina il rilascio del codice ENI alla presentazione di documentazione sanitaria che attesti la necessità di cure urgenti ed indifferibili e soprattutto il relativo periodo, questa volta in netto contrasto con quanto previsto dall’accordo Stato-Regioni e della L.R. 32/2009 della Regione Puglia che parlano di validità semestrale anche se poi il codice ENI dovrebbe essere usato solo per prestazioni urgenti: per cui il dubbio e la domanda che si pone al legislatore che ha redatto tale Delibera è se non è da considerarsi eccessiva la discrezionalità di un periodo inferiore ai sei mesi per la validità del codice ENI senza poter prescindere dalle cure urgenti.

Esistono molteplici casi in cui il richiedente il codice ENI si reca agli sportelli ASL con certificazione spesso del pronto soccorso o comunque che abbiano una diagnosi di prestazioni mediche urgenti ma senza alcuna prognosi, la domanda è come può l’operatore amministrativo decidere se assegnare il codice ENI e il congruo periodo e molto spesso o sempre viene, poi, negato il beneficio e quindi il diritto alla cura.

Sembra ovvio l’impegno del GrIS nel chiedere mantenere in vigore quanto previsto dall’Accordo Stato – Regioni e dalla L.R. 32/2009 che prevedono una giusta validità semestrale in assenza di prognosi e per ovviare al persistere di rifiuti protratti.

Poiché il senso unico della Deliberazione del 30/11/2015 n. 2012 è imperniato sull’elemento discriminante della possibile concessione e per periodi brevi del codice ENI rispetto alla sola prerogativa di cure urgenti e indifferibili, viene ad essere negato il diritto alle cure, come sancito dall’articolo 32 della Costituzione; basti pensare alle innumerevoli persone con patologie neoplastiche e senza, ormai, più accesso alla chemioterapia o poniamo attenzione alla assenza di possibilità di qualsivoglia forma di prevenzione in particolare per malattie con elevata probabilità di contagio trattandosi di categorie vulnerabili.

Probabilmente la ratio unica di questa delibera appare nel voler limitare in maniera drastica alcune prassi del passato che hanno portato ad rilascio e uso smodato del codice ENI non come misura di assistenza sanitaria straordinaria.

Ma alla fine l’unico risultato di questa Delibera sono rigidi paletti che limitano gravemente l’accesso al codice ENI da parte di chi ne avrebbe diritto e soprattutto discrimina i cittadini comunitari da quelli STP.

Per questi motivi e con queste preoccupazioni, il GrIS Puglia ha inviato un’apposita nota alla Regione Puglia per evidenziare le incongruenze contenute in tale Delibera, dando seguito a quella azione di advocacy che è compito prioritario del GrIS stesso.

---

# I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: linea guida sui controlli sanitari all'arrivo e i percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza

Giovanni Baglio<sup>1</sup>, Maria Elena Tosti<sup>2</sup>, Rosalia Marrone<sup>1</sup>, Chiara Pajno<sup>1</sup>, Annalisa Rosso<sup>1-3</sup>, Franca D'Angelo<sup>2</sup>, Luigina Ferrigno<sup>2</sup>, Salvatore Geraci<sup>4</sup>, Maurizio Marceca<sup>3-4</sup>

<sup>1</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); <sup>2</sup> Istituto Superiore di Sanità (ISS); <sup>3</sup> Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; <sup>4</sup> Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Uno dei temi prioritari 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 con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), riguarda i controlli sanitari e i percorsi di tutela della salute per i migranti in arrivo in Italia con i recenti flussi migratori.

La linea guida, attualmente in fase di elaborazione, intende offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sociosanitari, raccomandazioni *evidence-based* circa la pratica dei controlli, a fronte dell'incertezza e della discrezionalità nei comportamenti adottati sul territorio nazionale. A tale riguardo, è infatti emersa, a seguito di un'ampia consultazione degli *stakeholder* per la definizione delle priorità del Programma nazionale, la necessità di uniformare misure e modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria rispetto a condizioni patologiche giudicate rilevanti per la sanità pubblica, anche nell'ottica di un ridimensionamento dell'allarmismo sociale sui rischi di potenziali epidemie.

## Costituzione del panel

Alla realizzazione della linea guida sta lavorando un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di esperti (*guideline panel*), scelti in rappresentanza delle principali società scientifiche interessate e di istituzioni nazionali e internazionali (vedi Scheda 1). Sono anche entrati a far parte del panel rappresentanti dei mediatori interculturale e degli immigranti. Ai componenti è stato chiesto di condividere la metodologia di elaborazione della linea guida, basata su un approccio EBM, e di sottoscrivere un modulo per la dichiarazione dell'eventuale conflitto di interesse; nel caso specifico, nessuno degli esperti ha segnalato cointeressenze finanziarie e/o professionali potenzialmente in grado di condizionare la formulazione delle raccomandazioni.

Inoltre, in ragione della particolare rilevanza assunta dal tema dei controlli sanitari e della opportunità di condividere le linee generali di *policy* tra le diverse istituzioni nazionali e regionali coinvolte nell'accoglienza ai migranti, si è deciso di costituire un *policy panel* cui è affidato il compito di accompagnare il percorso di elaborazione della linea guida, attraverso

una valutazione critica del documento nelle diverse fasi del suo sviluppo, e di condividere strategie e modalità implementative a stesura ultimata (Scheda 1).

### **Percorso metodologico**

Per l'elaborazione delle raccomandazioni viene seguita la metodologia *evidence-based* già consolidata nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS<sup>1</sup>, di cui si richiamano sinteticamente le fasi principali:

- formulazione dei quesiti sulle aree di maggiore incertezza clinico-organizzativa;
- revisione sistematica della letteratura scientifica;
- selezione degli articoli pertinenti e valutazione critica dei testi da parte di valutatori appositamente formati (vedi Scheda 1);
- formulazione delle raccomandazioni da parte del panel sulla base delle evidenze emerse;
- revisione del documento da parte di *referee* esterni al panel, con il compito di valutare la leggibilità e la chiarezza del documento, nonché la rilevanza clinica e l'applicabilità delle raccomandazioni.

### **Definizione dei quesiti e sviluppo del documento**

Nel corso della prima riunione, che si è tenuta in data 9 febbraio 2016 a Roma presso la sede dell'INMP, il panel ha individuato una lista di malattie (infettive e croniche) e condizioni di particolare fragilità (gravidanza) giudicate rilevanti ai fini del controllo sanitario. Sono stati quindi formulati i quesiti scientifici verso cui orientare la revisione sistematica della letteratura scientifica (Scheda 2).

Per ciascuna delle condizione individuate, sarà possibile alla luce dalle evidenze emerse indicare le strategie di sanità pubblica (approccio sindromico, screening

degli asintomatici) e le modalità operative più idonee a favorire l'emersione precoce del bisogno e la successiva presa in carico. Il documento proporrà anche un modello di percorso sanitario in cui, per ogni fase del percorso di accoglienza (sbarco, HOT-SPOT, centri di primo soccorso, HUB, centri SPRAR ecc.), saranno indicati gli esami raccomandati in relazione al *timing* e ai diversi *setting* di accoglienza.

### **Risultati attesi**

La sintesi delle evidenze reperite e le indicazioni di tipo clinico-organizzativo contenute nella linea guida potranno fornire un'utile base conoscitiva per lo sviluppo di protocolli standardizzati da implementare a livello locale. Prima della stesura finale del documento, verrà avviata una fase di revisione aperta, mediante consultazione pubblica via *web*, al fine di favorire un confronto trasparente, partecipato e costruttivo tra gli *stakeholder* e gli operatori sociosanitari e costruire un ampio consenso intorno alle raccomandazioni, che agevoli la successiva fase implementativa.

### **Note**

<sup>1</sup> Programma nazionale per le linee guida-Istituto Superiore di Sanità. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Manuale metodologico. PNLG, Roma, 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.snlg-iss.it/manuale\\_metodologico\\_SNLG](http://www.snlg-iss.it/manuale_metodologico_SNLG).

## Scheda 1 – Istituzioni e professionisti coinvolti nella linea guida

### Policy panel

- Ministero dell'Interno (Mario Morcone)
- Ministero della Salute (Ranieri Guerra)
- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (Federico Soda)
- Referenti regionali Rete nazionale INMP
- UNHCR (Laurens Jolies)

### Guideline panel

*Coordinatori:* Giovanni Baglio (INMP), Antonio Fortino (INMP), Salvatore Geraci (SIMM), Maurizio Marceca (SIMM), Maria Elena Tosti (ISS), Stefano Vella (ISS)

*Membri:* • ASL RMB Coordinamento Tavolo migranti in transito Regione Lazio (Pier Angela Napoli) • Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani (Antonio Cristaudo) • Associazione Multietnica Mediatori Interculturali – AMMI Piemonte (Belnti Shehaj), in qualità di rappresentante dei mediatori • Associazione Italiana Studio Fegato (Lorenzo Nosotti) • Azienda ospedaliero-universitaria Meyer (Salvatore De Masi) • Croce Rossa Italiana (Alessandra Diodati) • Gruppo di lavoro bambino migrante (Rosalia Maria Da Riol) • Idea Donna onlus (Etleva Zenuni), in qualità di rappresentante dei migranti • Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani (Enrico Girardi) • Istituto Superiore di Sanità (Silvia Declich) • Medici Senza Frontiere (Vittoria Gherardi) • Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar, Centro Salute Globale (Zeno Bisoffi) • Organizzazione Mondiale della Sanità – Ufficio Europeo per gli Investimenti e la Salute (Matteo Denbech) • Rappresentante Centri di accoglienza (Mario Cuccia) • Save the Children (Viviana Valastro) • Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Paolo Villani) • Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Gioacchino Angarano) • Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Mario Affronti) • Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale (Alessandro Bartoloni)

*Gruppo tecnico:* Franca D'Angelo (ISS), Emilio Di Maria (SIMM), Luigina Ferrigno (ISS), Rosalia Marrone (INMP), Chiara Pajno (INMP), Annalisa Rosso (INMP, Sapienza Università di Roma)

*Valutatori della letteratura:* Emilia De Vita (Sapienza Università di Roma), Loredana Falzano (ISS), Giorgia Mazzarini (INMP), Lorenzo Paglione (Sapienza Università di Roma), Adolfo Marco Perrotta (Sapienza Università di Roma), Erica Pitini (Sapienza Università di Roma), Annalisa Rosso (INMP, Sapienza Università di Roma)

*Comitato di scrittura:* Giovanni Baglio (INMP), Maria Elena Tosti (ISS), Franca D'Angelo (ISS), Emilio Di Maria (SIMM), Luigina Ferrigno (ISS), Rosalia Marrone (INMP), Chiara Pajno (INMP), Annalisa Rosso (INMP), Salvatore De Masi (AO Meyer)

*Segreteria organizzativa:* Esmeralda Tyli (INMP)

*Segreteria editoriale:* Laura Carletti (INMP), Stefano Schiaroli (INMP)

**Scheda 2** – Quesiti su cui orientare la revisione sistematica della letteratura scientifica**Quesito 1** (trriage all'arrivo)

Quali strumenti di triage (ad esempio SIEVE, START, SORT, CESIRA, MIMMS, SATS ecc...) sono indicati per identificare nei migranti al momento dell'arrivo condizioni che necessitano di interventi sanitari urgenti?

**Quesito 2** (visita medica)

È indicata una visita medica generale cui sottoporre tutti i migranti all'inizio del percorso di accoglienza? Esistono strumenti (protocolli e check-list) per la valutazione dello stato di salute dei migranti attraverso una visita medica generale, anche in riferimento a esiti di traumi fisici?

**Quesito 3** (tubercolosi)

Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce della malattia tubercolare e dell'infezione tubercolare latente nei migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 4** (malaria)

Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce della malaria nei migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 5** (HIVC)

È indicato un programma di screening dell'HIV rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 6** (HBV)

È indicato un programma di screening dell'HBV rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 7** (HCV)

È indicato un programma di screening dell'HCV rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 8** (Infezioni sessualmente trasmissibili – IST)

Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce delle IST nei migranti durante il percorso di accoglienza? È indicato un programma di screening della sifilide?

**Quesito 9** (parassitosi intestinale)

È indicata l'esecuzione di un esame paratossicologico delle feci come screening delle parassitosi intestinali nei migranti durante il percorso di accoglienza? È indicato un programma di screening dello strongylides? È indicato un programma di screening dello schistosoma?

**Quesito 10** (diabete)

È indicato un programma di screening del diabete rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 11** (anemie)

È indicato un programma di screening di anemia rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 12** (ipertensione)

È indicato lo screening dell'ipertensione arteriosa mediante misurazione della pressione nei migranti durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 13** (gravidanza)

È indicata l'offerta di un test di gravidanza a tutte le donne migranti in età fertile al momento dell'arrivo in Italia?

**Quesito 14** (Carcinoma cervice uterina)

È indicata l'offerta precoce dello screening per il carcinoma della cervice uterina alle donne immigrate durante il percorso di accoglienza?

**Quesito 15** (vaccinazioni)

È indicata l'offerta attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate ai migranti durante il periodo di accoglienza?

## Identificazione e trattamento delle vittime di violenza intenzionale: le linee di indirizzo del Ministero della Salute

Massimiliano Aragona

SIMM, Coordinamento gruppo "Salute Mentale e Migrazioni"  
Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Come disposto dal d.lgs 21 febbraio 2014, n.18, presso il Ministero della Salute è in fase avanzata l'elaborazione 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". Esse si rivolgono ai *richiedenti e titolari* di protezione internazionale e umanitaria, riconoscendovi una popolazione a elevato rischio di sviluppare patologie mediche e psichiche a causa della frequente incidenza, nel loro percorso di vita, di esperienze stressanti e/o traumatiche.

Si tratta di linee d'indirizzo, il cui obiettivo primario è sollecitare interventi *appropriati ed uniformi* su tutto il territorio nazionale. Pur nell'autonomia dei territori rispetto ai dettagli dell'implementazione pratica, la cornice organizzativa consente di fissare degli standard da rispettare. Il documento sottolinea l'importanza dell'*approccio multidisciplinare* e di un *percorso di assistenza* che accompagni la persona nelle varie fasi, dall'identificazione precoce delle problematiche sanitarie, attraverso la loro definizione diagnostica e medico-legale, sino alla riabilitazione (nel senso più ampio che include le terapie mediche

e psicologiche). Un'attenzione speciale è dedicata alla certificazione, essenziale nell'iter della richiesta di asilo, alla mediazione, il cui ruolo è indispensabile per la costruzione della relazione, e alle peculiarità relative a donne e minori, che rappresentano due sottogruppi particolarmente vulnerabili. Infine, è stato dedicato spazio agli operatori coinvolti nell'accoglienza e presa in carico delle vittime, sottolineando l'importanza della loro formazione e della tutela della loro salute (gli operatori sono infatti esposti a racconti di vita molto duri, e quindi sono a rischio di possibile traumatizzazione vicaria e burnout).

Il documento è strutturato con una introduzione sugli obiettivi e la visione strategica, seguita da una sezione sui riferimenti normativi, nazionali e internazionali, nel cui contesto esso si iscrive. Ciò è importante anche perché il percorso legale dei richiedenti protezione fa parte degli eventi vitali a forte incidenza sul benessere psicofisico (per cui gli attori che a vario titolo si occuperanno della protezione della loro salute devono conoscere questi aspetti anche riguardo le ricadute per la salute). In relazione a ciò, una parte importante del documento è dedicata alla certificazione, che non è solo atto medico a fini legali, ma in senso più ampio è parte del

processo terapeutico. Infatti, l'esito della richiesta di asilo influirà anche sul percorso di buon inserimento nella società ospitante, oppure al contrario su una possibile marginalizzazione sociale che aumenta il rischio medico e psicopatologico.

Una parte centrale riguarderà l'organizzazione del percorso di assistenza. Esso è pensato in ottica transculturale e multidisciplinare e articolato per seguire le esigenze di salute nelle varie fasi (funzionalmente e temporalmente distinte) del percorso. Si parte quindi dalla prima fase di individuazione precoce dei bisogni di salute più urgenti, fisici e psicologici. Se le problematiche mediche più urgenti non hanno, di solito, grosse difficoltà ad emergere, ciò è più problematico per gli aspetti psicopatologici: usualmente nell'immediato non si osservano quadri psichiatrici acuti e/o floridi (ad es. scompensi psicotici gravi), mentre ci sono spesso quadri di sofferenza non immediatamente visibili e che trovano difficoltà ad essere espressi. Si parla infatti di "ferite invisibili" per sottolineare che mentre le ferite corporee si vedono, i segni che le violenze lasciano nella psiche possono rimanere sottotraccia. C'è insomma la questione di come far emergere quest'ambito di sofferenza, che si intreccia al problema anche etico dell'opportunità o meno di farlo a seconda dei contesti. Una parte del documento, quindi, riguarda individuazione precoce e prevenzione della sofferenza psicopatologica. Rispetto alla prevenzione, viene data enfasi alla *ritraumatizzazione secondaria*. Infatti, le esperienze traumatiche esperite nei paesi di origine si associano ad esperienze di assoggettamento alle organizzazioni dei trafficanti che usualmente adottano pratiche crudeli e degradanti, con vessazioni che a volte si protraggono nel paese di accoglienza (come la tratta a scopi sessuali o lavorativi e la schiavitù).

C'è ampia letteratura scientifica che evidenzia che esposizione a gravi difficoltà nella fase migratoria e post-migratoria, tra cui le modalità e i vissuti traumatici del viaggio, il mancato accesso all'accoglienza, o un'accoglienza tardiva, precaria o nella quale sono fortemente carenti i servizi di orientamento e sostegno psico-sociale, costituiscono una ritraumatizzazione secondaria. Essa va evitata e prevenuta anche curando le modalità di accoglienza (luoghi, modalità, strutturazione degli spazi e dei tempi). Occorre anche definire come deve essere la relazione per poter essere d'aiuto. L'atteggiamento dell'operatore deve essere empatico e supportivo, non giudicante e rispettoso dei tempi della persona (soprattutto nella raccolta della storia traumatica), occorre creare un clima di fiducia tale che la persona possa sentire di poter comunicare anche le sue esperienze più problematiche, e, in ambito clinico, possa liberamente utilizzare propri modelli esplicativi (anche culturalmente determinati) della sofferenza e del sintomo. È importante inoltre che ci sia continuità nelle figure di riferimento (il personale non deve cambiare di continuo) e che l'organizzazione tenga conto della sensibilità di genere, per cui nel caso di donne e ragazze si dovrebbe rendere disponibile (in ogni fase) personale femminile appositamente formato. In generale, il fine di questi accorgimenti è di instaurare un clima di fiducia e collaborazione, in ambito clinico facendo sentire la persona parte attiva del processo terapeutico, avendo gli stessi operatori un approccio attivo (perché come noto spesso le persone traumatizzate non chiedono aiuto spontaneamente) e flessibile (perché sia per problemi psicopatologici intrinseci, sia per altri motivi, il setting deve potersi adattare alle esigenze specifiche). Una parte rilevante è quindi dedicata alla organizzazione del-

l'équipe multidisciplinare, da organizzare sui territori, per la riabilitazione delle vittime di violenze intenzionali. L'équipe dovrà essere multidisciplinare e integrata, nel senso che dovranno farne parte tutte le figure professionali a vario titolo coinvolte nel processo di cura e riabilitazione. Inoltre, sarà molto importante che l'équipe sia in rete perché la persona traumatizzata è portatrice di bisogni che in parte significativa vanno al di là dell'ambito sanitario ma che tutti insieme determinano il suo stato di salute. Nello specifico dell'équipe multidisciplinare territoriale, il documento le assegna varie funzioni tra cui la programmazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria (con attenzione anche alle tematiche della salute degli operatori, a rischio di traumatizzazione secondaria e burnout); la predisposizione e realizzazione di programmi di formazione rivolti al personale medico, paramedico e sociale dell'azienda sanitaria, nonché al personale degli enti pubblici e degli enti gestori dei servizi e ai mediatori linguistico-culturali; la valutazione delle situazioni vulnerabili che vengono segnalate da strutture sanitarie, enti pubblici e associazioni, con la predisposizione di percorsi specifici di presa in carico socio-sanitaria ed assistenziale; l'esame delle richieste di certificazione degli esiti fisici e psichici delle torture o delle violenze gravi subite dai richiedenti asilo (da effettuarsi attraverso le professionalità presenti nell'équipe ovvero tramite invio in rete alle strutture idonee); l'elaborazione di un rapporto annuale sulle attività e le criticità a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi.

Infine, una parte del documento è specificamente rivolta ai mediatori, il cui ruolo è fondamentale. Il tema viene qui declinato tenendo conto della mediazione di sistema e linguistico-culturale.

### **Specificità terapeutiche e criticità**

Occorre ricordare che i richiedenti protezione vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura (prolungate prigionie in isolamento e/o in condizioni disumane e degradanti, naufragi, testimoni di morti violente, etc.) sono "ad alta vulnerabilità" e occorre mettere in atto procedure specifiche per l'individuazione precoce. Infatti, non sempre i loro bisogni sanitari emergono in modo netto al primo contatto sanitario. Ad esempio, i quadri psicopatologici post-traumatici possono essere latenti o sub-clinici e pertanto occorre una formazione capillare degli operatori, i quali devono sviluppare le competenze nel riconoscimento dei "sintomi sentinella" che orientano verso la richiesta di una consulenza psichiatrica/psicologica. L'individuazione della problematica rappresenta infatti il presupposto indispensabile per garantire una corretta valutazione clinica che indirizzi verso un'appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.

Inoltre, i sintomi psicopatologici post-traumatici non sono solo quelli elencati nel PTSD, perché soprattutto in casi di violenza estrema il quadro è più grave (in Letteratura si parla di PTSD complesso), comprendendo una maggior componente dissociativa di coscienza, iperarousal con rabbia e agitazione che possono arrivare a crisi pantoclastiche, comportamenti d'abuso, somatizzazioni, screzi psicotici. Inoltre, va considerato il ruolo patoplastico della cultura d'origine, per cui i sintomi possono acquisire particolari sfumature e interpretazioni culturali.

Schematicamente, la pratica clinica si articola in tre fasi, nella pratica ampiamente sovrapposte:

1. Comprensione e superamento dei sintomi maggiormente invalidanti: disturbi del sonno con ripetuti incubi notturni, crisi impulsive e/o disforiche, condotte di



evitamento, sintomi somatici e dissociativi. Qui il ruolo della prima accoglienza, la legittimazione della sofferenza, la chiara indicazione che si conosce bene il quadro clinico, che si comprende la sofferenza del paziente ma anche che si è molto fiduciosi del buon esito del trattamento, sono primi passi terapeutici. Possono essere utili tecniche di respirazione, di rilassamento, etc. In questa prima fase anche il ruolo dei farmaci è importante, per ottenere una prima “stabilizzazione” del quadro.

2. Lavoro sulle memorie traumatiche: ricostruzione degli eventi traumatici in ambiente protetto. Questa fase mette la vittima in condizione di sentirsi creduta e riconosciuta, di elaborare il vissuto e di integrarlo costruttivamente nella propria identità. Può inoltre avere una funzione preparatoria per l’audizione in commissione.

3. Ricostruzione dei legami: migliorare le capacità relazionali, accedere a nuove esperienze interpersonali. È molto importante, sfruttando i miglioramenti sintomatici che consentono maggiore concentrazione (uno dei punti più problematici per l’inserimento dei pazienti post-traumatici nelle attività riabilitative e risocializzanti), aumentare il loro empowerment (ad es. con corsi di lingua e professionali, informazioni sui diritti e su come usufruirne, etc.). Un punto fondamentale riguarda anche i familiari rimasti a casa o dispersi, perché questo è fonte di angoscia. In questo senso, aiuti per rintracciare i familiari superstiti, supporto e informazioni realistiche sulle procedure di ricongiungimento familiare, etc., sono parte del processo terapeutico.

Infine, qualche parola su alcuni punti ancora caldi e su cui la commissione dovrà dibattere e decidere.

1. Identificazione. È condivisa la strategia di formare gli operatori per cogliere

precocemente i sintomi sentinella e poter così indirizzare la persona verso una consulenza clinica. Anche l’organizzazione multidisciplinare dell’équipe sin dalle primissime fasi dell’accoglienza è una raccomandazione condivisa (fornendo da subito le professionalità capaci di valutare i bisogni di cura anche sul piano psicologico). Più problematica è l’idea di veri e propri screening psicopatologici all’arrivo, per vari motivi: spesso tempi e luoghi non sono idonei e/o sufficienti; c’è il rischio di creare aspettative che in quella fase non sempre possono essere soddisfatte; c’è il rischio che chi risulta positivo al test diventi automaticamente “vulnerabile” ma che ciò, anziché esser d’aiuto, lo possa portare ad esser inidoneo ai centri d’accoglienza ed essere inserito in lunghe liste d’attesa per i pochi centri specifici per vulnerabili; c’è infine, il rischio sempre attuale della stigmatizzazione della sofferenza psichica.

2. Rapporto pubblico-privato sociale. Il documento spinge, a nostro avviso giustamente, affinché il servizio pubblico si attrezzi per prendersi adeguatamente cura di queste situazioni. Però in quest’ambito molte delle esperienze più ricche sono nel privato sociale, per cui occorre prevedere forme di collaborazione che consentano di non disperderle. Ciò è soprattutto importante per la certificazione, perché se passasse l’idea che valgono solo quelle del Sistema Sanitario Nazionale, il rischio sarebbe sia di intasare le strutture solo con questa attività (e i tempi d’attesa sono fondamentali, visto che la documentazione va prodotta in tempo utile per la commissione), sia soprattutto di creare gravi disparità per chi, non potendo pagare il ticket, si vedrebbe costretto a rinunciarvi.

**Conclusioni**

La creazione di queste linee d'indirizzo ministeriale rappresenta un'opportunità eccezionale per garantire la salute di un numero alto e crescente di migranti vittime di violenza intenzionale. A regime, tutti i territori si doterebbero di strutture adeguate, mentre ora la situazione è a macchia di leopardo, con forti disparità tra ter-

ritori già operanti al meglio e altri in cui esiste poco o nulla. A regime, i GrIS avranno un ruolo fondamentale nello stimolare e monitorare l'implementazione pratica di ciò che sarà disposto. Come visto vi sono ancora punti dibattuti, ma la prospettiva è che, anche grazie al contributo della SIMM, essi possano essere rapidamente risolti.

## L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma

Pier Angela Napoli<sup>1</sup>, Filippo Gnolfo<sup>2</sup>, Simone Renzi<sup>2</sup>, Giorgia Mazzarini<sup>3</sup>, Chiara Pajno<sup>3</sup> e Giovanni Baglio<sup>3</sup> per la Rete di assistenza sociosanitaria ai migranti in transito a Roma (anni 2014 e 2015)\*

<sup>1</sup> ASL Roma A; <sup>2</sup> ASL Roma B; <sup>3</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

### Introduzione

Il fenomeno degli sbarchi di migranti in fuga da gravi situazioni di guerra e miseria ha assunto negli ultimi anni i tratti di una vera e propria emergenza umanitaria. Secondo i dati del Ministero dell'Interno, 170 mila persone sono approdate sulle coste italiane nel corso del 2014 (con una media mensile di 14.200 arrivi). Tale numero è superiore alla somma dei tre anni precedenti e quasi triplo rispetto al 2011, anno dell'emergenza in Nord Africa seguita alle "primavere arabe". Si è trattato prevalentemente di profughi provenienti da Siria, Afghanistan, Somalia, Eritrea e, più in

generale, da Paesi africani e del Medio Oriente. Il 15% era costituito da minori, di cui oltre la metà non accompagnati. Tra gli adulti, le donne hanno rappresentato circa il 13%. Nello stesso anno, sono state presentate alle Commissioni Territoriali circa 63 mila richieste di protezione internazionale. È dunque possibile stimare intorno alle 100 mila unità la quota di migranti che hanno attraversato l'Italia diretti in altri Paesi UE e che, per non restare intrappolati nella condizione di dublinanti, hanno voluto rendersi invisibili. Gli sbarchi sono continuati anche nel 2015 con circa 154 mila nuovi arrivi (9% in meno rispetto all'anno precedente).

\* Gruppo di lavoro anno 2014 - *Coordinamento*: P.A. Napoli (ASL RMB), G. Baglio (INMP). *Componenti* ASL RMB: G. Alcaro, F. Ciaralli, M. Di Marzio, A. Di Vincenzo, M. Maio; INMP: A. Fortino, C. Pajno; Croce Rossa Italiana: M. Bonizzi, G. De Acutis, E. Gati; Associazione Cittadini del Mondo: D. D'Angelo, A. Patriarca; Medici Senza Frontiere: A. Al Rousan, S. Di Carlo; Medici per i Diritti Umani: A. Barbieri; Caritas Diocesana di Roma: S. Geraci, F. Motta; Delegato del Sindaco: M. Moscatelli.

Gruppo di lavoro anno 2015 - *Coordinamento*: G. Baglio (INMP), F. Gnolfo (ASL RMA), P.A. Napoli (ASL RMB). *Componenti* ASL RMA: R. Boggi, S. De Luca, A. Iannace, G. Santone, S. Tonetti, A. Zampa; ASL RMB: A. Castellitto, R. Cirilli, D. De Angelis, G. De Angelis, M. Di Marzio, A. Di Vincenzo, C. Paffetti, S. Renzi, D. Ricci, A. Sedda, V. Salerno, M. Tamberlani; INMP: G. Mazzarini, C. Pajno, M.C. Schillirò, E. Troiani; Policlinico Umberto I: S. Maiolo, S. Guidi, P. Massetti; Assessorato Politiche Sociali, Salute, Casa ed Emergenza Abitativa Comune di Roma: R. Ferreri; Croce Rossa italiana Comitato provinciale di Roma: M. Bonizzi, G. De Acutis, S. Piscitelli; Medici Senza Frontiere: A. Al Rousan, S. Di Carlo; Medici per i Diritti Umani: A. Barbieri, A. Corsaro, I. Pallone; Civicozero-Save the Children: M. Cappuccino, R. Mesaroli; INTERSOS: C. Fermi, V. Murino; Caritas Diocesana di Roma: F. Arrivi, S. Geraci; Associazione Pediatria per Emergenza: T. Rongai, A. Masetti, A. Palma, M. Taucci; Associazione Nazionale Medici di Famiglia Volontari per le Emergenze: F. Meli; Fondazione Albero della Vita: A. Rositto; Associazione Comboniana Servizio Emigranti: M. De Feo, G. Teofili; Istituto di Medicina Solidale Onlus: E. Tuga, F. Russo, L. Ercoli; Centro Baobab (per il gruppo dei volontari): F. Calò, F.R. Pampani.

Si tratta di persone che fuggono dal proprio contesto di vita e, per quanto vi sia una selezione determinata dall'effetto migrante sano, il loro stato di salute risente gravemente della precarietà e dell'instabilità dei contesti di provenienza, e soprattutto delle condizioni di viaggio. Inoltre, queste persone che transitano per brevi periodi (di solito alcuni giorni) sfuggono all'identificazione, non vengono inserite all'interno di programmi di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, non godono di copertura sanitaria e non si rivolgono spontaneamente ai servizi per gli STP. Per tali ragioni, il fenomeno dei migranti in transito ha finito per assumere un impatto rilevante sulle strategie di sanità pubblica e sui modelli socio-sanitari di presa in carico.

Roma è stata tra le città italiane maggiormente interessate. A seguito dell'intensificarsi degli arrivi, si è infatti registrato, già a partire dai primi mesi del 2014, un cospicuo aumento delle presenze immigrate all'interno di insediamenti spontanei o edifici spesso in stato di abbandono, già occupati da altri stranieri presenti stabilmente e organizzati secondo modalità minime di autogestione. Le condizioni generali di vita in questi insediamenti si sono ulteriormente aggravate per l'aumentata densità abitativa e la carenza di servizi igienici, cui si aggiunge lo stato di salute spesso compromesso dei migranti in transito.

### **Il piano di intervento**

Per far fronte a tale emergenza, nella primavera 2014 su iniziativa della Direzione Generale della ASL RMB si è costituito un Gruppo di lavoro inter-istituzionale, aperto alla partecipazione di diversi enti sociosanitari pubblici e del privato sociale. Tale Gruppo di lavoro, coordinato dal

Dipartimento di Prevenzione della ASL RMB e dall'INMP, ha definito le modalità operative e gli strumenti più idonei a garantire l'assistenza sociosanitaria di base e il supporto sociale ai migranti in transito. L'intervento si è svolto dal 18 giugno al 6 novembre 2014 e ha interessato due edifici occupati (via Collatina e Selam Palace) e un insediamento spontaneo (via delle Messi d'Oro) nell'area sud-est di Roma.

Nella primavera 2015, in risposta alla nuova ondata di sbarchi e all'incremento delle presenze a Roma, la ASL RMB e l'INMP hanno disposto (con nota congiunta del 23 marzo 2015) la ripresa delle attività. Successivamente, a seguito dello smantellamento di via delle Messi d'Oro, una parte dei migranti è stata accolta nel centro di accoglienza Baobab (sul territorio della ASL RMA) e all'interno di una tendopoli allestita dalla Croce Rossa nei pressi della Stazione Tiburtina (sul territorio della ASL RMB). Questa nuova situazione ha portato dunque al coinvolgimento della ASL RMA e all'ingresso nella rete assistenziale di altre organizzazioni umanitarie (per un totale di 16 tra istituzioni pubbliche e associazioni non profit). Infine, nell'autunno 2015, con la chiusura della tendopoli, è stato istituito ufficialmente – per la prima volta a Roma – un centro dedicato all'accoglienza dei migranti in transito, presso via del Frantoio. Tutti gli insediamenti suddetti sono stati interessati dal piano di intervento sociosanitario, fino alla naturale cessazione delle attività, in data 13 novembre 2015, per esaurimento del flusso.

### *Il modello operativo*

In considerazione delle caratteristiche della popolazione in transito, dell'urgenza dei bisogni emergenti e della particolarità del contesto, il modello adottato è stato quello della prossimità dell'offerta assi-

stenziale, attraverso attività articolate su più livelli operativi, previo coinvolgimento dei comitati locali di autogestione per concordare modalità e tempistica degli interventi. Sono state pertanto garantite prestazioni sanitarie di primo livello direttamente presso gli insediamenti, mediante équipe composte da medici, infermieri, specialisti dermatologi, operatori sociali e mediatori culturali. Le équipe hanno operato all'interno di unità mobili adibite ad ambulatorio o in spazi dedicati presso gli insediamenti, garantendo visite di medicina generale e dermatologiche, medicazioni e somministrazione di farmaci.

Per la permanenza estremamente ridotta negli edifici da parte degli immigrati in transito, non sono state previste prestazioni di secondo livello da erogare presso i servizi sociosanitari territoriali. Tuttavia, in casi particolari in cui sussistevano le condizioni di programmabilità di visite specialistiche o approfondimenti diagnostici, è stato garantito l'accesso facilitato alle strutture ambulatoriali del territorio, prevedendo anche l'accompagnamento dei pazienti mediante automezzo dedicato. Inoltre, l'INMP ha messo a disposizione un servizio di teleconsulto dermatologico, con la possibilità per gli operatori delle équipe di inviare immagini su piattaforma dedicata e richiedere pareri su specifici quesiti diagnostici.

In caso di pazienti che necessitavano di trattamenti urgenti in ambito ospedaliero, è stata utilizzata la modalità ordinaria di attivazione dell'Ares 118.

L'assistenza di tipo sociale, condotta

parallelamente all'azione sanitaria, ha riguardato la raccolta e la distribuzione di beni di prima necessità (vestiario, cibo e kit per l'igiene personale), secondo le disponibilità, grazie anche al supporto delle parrocchie di zona.

Al fine di documentare le prestazioni sanitarie e i trattamenti erogati presso gli insediamenti, è stata effettuata una raccolta dati mediante apposita scheda compilata per ciascun contatto sanitario dagli operatori delle équipe. Successivamente, i dati sono stati inseriti su supporto informatico e analizzati utilizzando il software Stata (versione 11).

#### *I risultati*

Le visite effettuate dalle équipe sanitarie operanti sulle unità mobili sono state 3.870 nel 2014 e 8.439 nel 2015. Si è trattato in gran parte di primi contatti di tipo sanitario (intorno al 90% in entrambi gli anni), seguiti da un numero limitato di visite di controllo.

La distribuzione delle visite per singolo insediamento è riportata nella Tabella 1. Nel 2014 le attività si sono distribuite in modo omogeneo sui tre insediamenti presenti sul territorio della RMB. Diversamente nel 2015, sono state le strutture di accoglienza Baobab e tendopoli a intercettare maggiormente il flusso dei migranti a Roma (si stima che solo nel periodo estivo siano transitate per il centro Baobab più di 30 mila persone) e conseguentemente a richiedere più impegno da parte delle équipe sanitarie.

**Tabella 1** – Numero di visite effettuate, per insediamento Anni 2014 e 2015.

Insediamenti	Anno 2014		Anno 2015	
	N	%	N	%
Collatina	1.178	30,4	178	2,1
Messi d'Oro (Ponte Mammolo)	1.510	39,0	498	5,9
Selam Palace	1.182	30,6	819	9,7
Baobab	-		4.421	52,4
Tendopoli (Stazione Tiburtina)	-		2.431	28,8
Frantoio	-		92	1,1
<b>Totale</b>	<b>3.870</b>	<b>100,0</b>	<b>8.439</b>	<b>100,0</b>

La Tabella 2 riporta le principali caratteristiche dei pazienti visitati: in larga prevalenza maschi, con età mediana di poco superiore ai 20 anni. Il numero totale di minori è risultato pari al 14% nel 2014 e al 20% nel 2015, mentre la quota di ultracinquantenni si è attestata intorno all'1%. Per quanto riguarda il Paese di origine, la quasi totalità dei pazienti proveniva dall'Eritrea (85%); a seguire, Somalia, Etiopia e Sudan.

Per quanto riguarda l'arrivo in Italia, la maggior parte delle persone è approdata in Sicilia; ulteriori punti di sbarco sono stati segnalati in Puglia, Calabria e Campania. Il tempo mediano intercorrente tra l'approdo sulle coste italiane e l'arrivo a Roma è stato di 4 giorni. La quasi totalità ha dichiarato di fermarsi negli insediamenti solo pochi giorni o al massimo qualche settimana.

Le patologie prevalentemente riscontrate durante le visite mediche sono state quelle dermatologiche (55-60%), soprattutto scabbia, pediculosi e impetigine. A seguire le malattie del sistema respiratorio (13-20%), quali infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, e le patologie dell'apparato digerente (8-9%), con diarrea, dolori addominali e gastriti (Tabella 3). Tra le malattie infettive sistemiche, nel 2014 sono stati segnalati 21 casi (pari allo 0,5% della casistica totale): 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, per nessuna delle quali è stata poi confermata la diagnosi; 8 casi di malaria e 6 di varicella. Nel 2015 le segnalazioni di sospetta malattia infettiva (in tutto 108) hanno riguardato prevalentemente casi di varicella (70) e malaria (27); i casi sospetti di tubercolosi sono stati 7 e solo per 2 di questi è stata confermata la diagnosi.

**Tabella 2** – Distribuzione delle visite effettuate, per caratteristiche dei pazienti. Anni 2014 e 2015.

<b>Caratteristiche</b>	<b>Anno 2014</b>	<b>Anno 2015</b>
	(18 giugno-6 novembre) N=3.870	(23 marzo-11 novembre) N=8.439
Età (anni)	(%)	(%)
<18	14,3	21,2
18-29	65,8	64,2
30-49 anni	18,6	14,0
50+ anni	1,3	0,6
<i>età mediana</i>	<i>23 anni</i>	<i>21 anni</i>
Sesso		
maschi	84,4	87,5
femmine	15,6	12,5
Paese di provenienza		
Eritrea	85,7	85,1
Somalia	7,9	4,5
Etiopia	2,2	3,9
Sudan	1,6	3,6
altri Paesi africani	0,8	1,7
Paesi asiatici	0,3	1,1
Paesi Est Europa	1,5	0,1
Porto di sbarco		
Sicilia	76,0	88,7
Puglia	8,1	2,0
Calabria	7,0	5,0
Campania	6,4	1,9
altri porti	2,5	2,4
Tempo mediano intercorso tra lo sbarco e l'arrivo a Roma	<i>4 giorni</i>	<i>4 giorni</i>
"Pensa di fermarsi?"		
pochi giorni	80,3	92,2
qualche settimana	12,9	6,6
per un periodo più lungo	6,8	1,2

**Tabella 3** – Distribuzione delle visite effettuate, per diagnosi o sospetto diagnostico. Anni 2014 e 2015.

Diagnosi <sup>1</sup>	Anno 2014		Anno 2015	
	N	%	N	%
Condizioni generali/sistemiche	176	4,7	519	6,4
di cui <i>sintomi/disturbi</i>	113	3,0	256	3,2
<i>malattie infettive</i>	21	0,5	108	1,3
Sangue/organi emopoietici e sist. immunitario	3	0,1	10	0,1
Apparato digerente	329	8,8	641	7,9
Occhio	72	1,9	122	1,5
Orecchio	54	1,4	88	1,1
Sistema cardiocircolatorio	25	0,7	47	0,5
Apparato muscolo-scheletrico	93	2,5	301	3,7
Sistema nervoso	114	3,1	250	3,1
Problemi psicologici	5	0,1	8	0,1
Apparato respiratorio	734	19,6	1.040	12,8
di cui <i>sintomi/disturbi</i>	252	6,7	371	4,6
<i>infezioni</i>	468	12,5	643	7,9
Cute	2.038	54,5	4.912	60,4
di cui <i>infezioni</i>	1.341	35,9	3.894	47,9
<i>lesioni traumatiche</i>	236	6,3	432	5,3
Endocrino/metabolico/nutrizionale	34	0,9	94	1,2
Sistema urinario	22	0,6	27	0,3
Gravidanza/parto	19	0,5	34	0,4
Apparato genitale femminile	12	0,3	15	0,2
Apparato genitale maschile	7	0,2	24	0,3
Z-problemi sociali	2	0,1		
<b>Totale*</b>	<b>3.739</b>	<b>100,0</b>	<b>8.132</b>	<b>100,0</b>

\*dati mancanti 2014: 131; 2015: 307

<sup>1</sup> Per la codifica delle diagnosi è stata utilizzata la Classificazione internazionale delle cure primarie ICPC-2R (traduzione italiana: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-Italian.pdf>), modificata dall'INMP.

## Conclusioni

L'esperienza maturata a Roma con i migranti in transito si presenta particolarmente significativa, sia in termini di assistenza sociosanitaria garantita che di sviluppo di una "rete di prossimità", intesa

come sistema sinergico e dialogante di una pluralità di attori, in grado di assicurare complessivamente copertura territoriale e tempestività di risposta.

La modalità operativa che esce rafforzata è quella dell'offerta proattiva, in cui emerge la centralità del Sistema sanitario



pubblico nel governare le azioni di tutela della salute delle persone e il ruolo determinante delle associazioni del privato sociale nel rendere accessibili i percorsi di presa in carico, anche in situazioni di particolare marginalità e distanza dai servizi.

## Bibliografia

- 1) Rapporto INMP/ASL Roma B. Salute e prevenzione tra i migranti invisibili. Roma, 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili>
- 2) Baglio G, Fortino A. I migranti invisibili nelle città-ragnatela. Salute Internazionale.info – 17/6/2015. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/06/i-migranti-invisibili-nelle-citta-ragnatela/>
- 3) Luque JS, Castaneda H. Delivery of mobile clinic services to migrant and seasonal farmworkers: a review of practice models for community-academic partnerships. *J Community Health*, 2013; 38(2): 397-407.
- 4) Geraci S. Oltre gli sbarchi. Per un Piano nazionale dell'accoglienza. SaluteInternazionale.info, 17 luglio 2014. Disponibile su sito: <http://www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza/>
- 5) Baglio G, Pajno C, Napoli PA, Mazzarini G, Fortino A per il Gruppo di Lavoro sul piano di intervento "Selam Palace e insediamenti via delle Messi d'oro e via Collatina". L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. In: Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed (in corso di pubblicazione).
- 6) AA.VV. Una rete per la salute degli immigrati: il GrIS Lazio tra riflessione e operatività. In: Osservatorio Romano sulle Migrazioni - Rapporto 2015. Roma: Edizioni IDOS (in corso di pubblicazione).
- 7) Baglio G. Tuberculosis and immigration: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende). *Epidemiol Prev* 2015; 39 (2): 73-4.

## Dal mare al nord Europa: profughi in transito a Milano

Daniela Panizzut

Naga, Milano; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

L'esordio del flusso di profughi in transito a Milano, nell'ottobre 2013, è stato abbastanza improvviso. Si trattava di una popolazione principalmente costituita da siriani ed eritrei, proveniente dagli sbarchi in sud Italia e che sostava a Milano per 2-5 giorni in attesa di organizzare il viaggio per gli Stati del Nord Europa, loro meta finale. Questi profughi, non avendo come obiettivo la richiesta di Asilo in Italia, non volevano essere identificati per non dover sottostare al regolamento di Dublino.

La popolazione siriana, inizialmente in maggioranza, era prevalentemente di ceto borghese, con un buon livello di scolarità, conoscenza della lingua inglese, molti laureati, numerosi i nuclei familiari con prole (anche di pochi mesi). Per questa popolazione il Comune di Milano, in collaborazione con City Angels e Save the Children, ha creato un punto di accoglienza presso il mezzanino della Stazione Centrale. Qui veniva organizzato lo smistamento di queste persone verso i dormitori e le mense. Veniva inoltre fornito un primo ristoro ed era stato attivato, con pediatri volontari e medici della Asl, un rudimentale presidio sanitario.

Nella primavera del 2014 si è assistito ad un progressivo e rapido incremento della popolazione eritrea che presentava caratteristiche diverse rispetto ai Siriani. Erano prevalentemente di sesso maschile,

molto giovani, pochi bambini ma molti minori tra i 15 e i 18 anni; scolarità bassa, quasi nessuno che parlava una lingua diversa dal tigrino. Per loro non era stato predisposto un livello di accoglienza analogo a quello per i siriani. Si concentravano nell'area di Porta Venezia, di fianco o nei giardini pubblici, quartiere che costituisce il punto di riferimento storico per gli Eritrei nella nostra città. Molti di loro dormivano accampati ai margini dei giardini. Anche per loro, con molto ritardo, il Comune ha poi organizzato la possibilità d'accesso alle mense e ai dormitori.

Su questi presupposti, alcune associazioni del GrIS si sono attivate. Naga e Medici Volontari Italiani, con le loro unità mobili, hanno organizzato un presidio sanitario in zona, accessibile nel pomeriggio, Opera San Francesco si è attivata principalmente per i pasti (circa 500 al giorno) e il servizio docce. Dal punto di vista sanitario non si sono presentate particolari problematiche se si esclude la scabbia, spesso impetiginizzata, riscontrata in oltre il 50% della popolazione da noi visitata e una normale incidenza di sindromi respiratorie superiori (25%). L'elevata presenza di scabbia ha rappresentato un grave problema, spesso ripreso in termini scandalistici anche dai media. La difficoltà nel trattamento era principalmente dovuta all'impossibilità di una corretta igiene (docce e cambio vesti-

ti). Fondamentale è stata la collaborazione con alcuni giovani della comunità eritrea che si sono organizzati in una associazione (Cambio Passo) per fornire mediazione linguistica e supporto organizzativo verso le mense e i dormitori.

Più volte le associazioni hanno sollecitato le istituzioni pubbliche perché dedicassero maggiore attenzione alle problematiche della popolazione eritrea nettamente trascurata. Nella primavera del 2015, probabilmente anche in concomitanza dell'apertura di Expo, la Asl ha attivato un ambulatorio mobile di fianco alla Stazione Centrale e nelle settimane successive il Comune di Milano ha ristrutturato un ampio spazio (Hub) nel contesto della stazione stessa dedicandolo all'acco-

glienza diurna e all'organizzazione logistica per tutti i profughi. Tale popolazione era in quel momento costituita da una maggioranza di eritrei rispetto a siriani, nigeriani e somali. L'Hub milanese è una struttura particolarmente accogliente. Lo spazio è ampio, i profughi usufruiscono di un servizio mensa, spazi di socializzazione con computer e un ambulatorio gestito dalla Asl con medici che parlano arabo. Uno spazio particolare è riservato ai pur pochi bambini. L'Hub è ora sicuramente una buona risposta al problema; bisogna però rilevare che le istituzioni hanno risposto con notevole ritardo, lasciando per un lungo periodo i profughi in evidenti condizioni di degrado.

## I profughi ambientali, vittime invisibili del cambiamento climatico

Maurizio Cossa Majno Di Capriglio

Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI)

Le migrazioni di persone avvengono da sempre e sono spesso motivate da fattori legati all'ambiente, nel senso che le persone cercano un territorio migliore o semplicemente meno povero di risorse o meno soggetto a disastri o fenomeni estremi. La migrazione rappresenta essa stessa una forma di adattamento e di resilienza di fronte ai problemi di carattere ambientale.

In generale le migrazioni sono causate da una molteplicità di fattori: economici, politici e ambientali. E' spesso molto difficile distinguere tra questi fattori e comprendere quale fra di essi è stato maggiormente determinante nella migrazione.

*I migranti ambientali o rifugiati ambientali* sono coloro per i quali la causa principale, se non esclusiva, della migrazione è legata a fattori ambientali.

Questi potranno essere a lenta insorgenza (ad es. la progressiva desertificazione o la carenza idrica), ovvero a rapida insorgenza (es. tifoni devastanti).

Ma è importante distinguere, quando è possibile, tra fattori totalmente naturali (ad es. i terremoti) da quelli, in tutto o in parte causati dall'attività umana (le dighe che allagano un territorio o un'attività estrattiva devastante). Quasi sempre anche i fattori naturali sono amplificati o mitigati dall'attività umana (come si vede nel caso delle frane o delle esondazioni).

I problemi ambientali possono poi risultare transitori, e dunque destinati ad essere mitigati o contenuti o superati dopo un certo tempo, ovvero definitivi.

Il cambiamento del clima sulla Terra, studiato da pochi anni ed oggetto delle attenzioni scientifiche in particolare dell'IPCC, è un fattore di mutamento drammatico degli ambienti dove vive l'uomo, in quanto genera eventi climatici estremi e influisce sullo scioglimento dei ghiacci, sia terrestri che marini, che producono e ancor più produrranno un significativo innalzamento del livello dei mari e la liberazione in atmosfera di ulteriori gas ad effetto serra.

Oggi sappiamo che il mutamento climatico in atto si è fatto estremamente rapido e tale da non essere compatibile con un adattamento da parte dell'uomo e dell'ambiente.

Come altri fattori ambientali, anche il mutamento climatico tende ad ingigantire turbolenze ed instabilità già esistenti. Aggrava le tensioni sociali e politiche e riduce le risorse disponibili. Ciò può portare a veri e propri conflitti, interni o internazionali (basti pensare alle risorse idriche e ai sempre più numerosi conflitti per l'accesso all'acqua).

*I migranti climatici* appaiono coloro che sono spinti a spostarsi dal proprio territo-

rio a causa del radicale mutamento in peggior di esso, dovuto principalmente, anche se non esclusivamente, al mutamento climatico globale che ha effetti profondamente locali.

Ad oggi le migrazioni originate dai cambiamenti climatici sono ancora limitate e per lo più il problema ambientale va a sommarsi ad altri, ma è molto probabile che nel corso dei prossimi anni il numero dei profughi climatici aumenterà. Tanto più se l'aumento della temperatura terrestre non sarà contenuto entro un margine accettabile.

Talune stime ipotizzano che entro il 2050 si potranno raggiungere e superare i 200 milioni di rifugiati ambientali in totale.

Molto spesso queste migrazioni inducono una popolazione a spostarsi all'interno della medesima nazione, senza che vi sia un passaggio di confine.

Ma anche in questi casi la pressione migratoria interna produce tensioni sociali o etniche forti e scatena conflitti, o comunque determina la disgregazione degli organi statali, ciò che rende ancor più difficile fronteggiare il problema ambientale.

Le migrazioni ambientali e climatiche presentano una molteplicità di problematiche.

Anzitutto la comunità internazionale accetta con difficoltà l'esistenza stessa del

concetto di mutamento climatico, tanto più come prodotto dalle attività umane (e particolarmente dei paesi più industrializzati), e ciò può essere in parte dovuto al fatto che nella attuale fase i cambiamenti climatici sono difficilmente percepibili.

Ma anche perché l'origine antropogenica di essi dovrebbe porre domande drammatiche sulle responsabilità dei Paesi più ricchi e sul necessario ripensamento del modello economico mondiale, ed anche perché l'urgenza di intervenire sottende la necessità di forti stanziamenti economici.

Vi è poi la difficoltà di individuare con sufficiente chiarezza il concetto stesso di migrante "ambientale o climatico" che incide sulla possibilità di prevedere misure di protezione specifiche.

I migranti che fuggono a causa dei cambiamenti climatici non riescono ad essere inquadrati nelle categorie attualmente in uso internazionalmente per la protezione dei profughi. Quasi che il loro spostarsi fosse semplicemente volontario.

Anzi, paradossalmente, poiché il numero di tali migranti è in probabile aumento, essi contenderanno sempre più qualche forma di protezione ai rifugiati "tradizionali", quelli per i quali la migrazione è piuttosto legata a fattori squisitamente politici.

## Gli “ospiti” dei centri di identificazione ed espulsione e degli hotspot, la salute di rifugiati e richiedenti asilo

Valentina Calderone

A Buon Diritto. Associazione per le libertà, Roma

Sappiamo bene come, all'interno di tutti i luoghi di privazione della libertà, il tema della salute sia particolarmente delicato e importante. La detenzione porta con sé tutta una serie di questioni relative alla soggettività della condizione della persona, inevitabilmente sommata a problemi che possono riguardare la promiscuità forzata e la condivisione di spazi vitali. I migranti, in qualunque luogo detenuti, spesso scontano l'assenza di una rete sociale esterna che possa supportarli, ma coloro i quali vivono il trattenimento senza aver commesso alcun reato sono, se possibile, ancor più svantaggiati. Si tratta delle persone rinchiusi all'interno dei centri di identificazione ed espulsione (Cie) e nei nuovi centri per il rilevamento delle impronte denominati hotspot. Il rapporto<sup>1</sup> della Commissione straordinaria per la promozione e la tutela dei diritti umani del Senato ci offre la seguente fotografia: nel corso del 2015 sono transitate all'interno dei Cie d'Italia (Caltanissetta, Crotone, Brindisi, Roma, Torino, Bari e Trapani) 5.242 persone; per quanto riguarda l'hotspot di Lampedusa (il primo a essere entrato in funzione), i dati relativi al periodo di tempo dal 1 settembre 2015 al 13 gennaio 2016, ci dicono che gli arrivi nell'isola sono stati 4.597 e di queste persone, 3.234 sono state registrate e identificate. I minori, sia accompagnati che non, sono stati 612.

Durante tutto il 2015, le persone transitate nell'hotspot di Lampedusa, poi trasferite all'interno di Cie sul territorio nazionale, sono state 397. La procedura per le persone transitanti dagli hotspot è la seguente: screening sanitario di primo arrivo; procedura di pre-identificazione; foto segnalamento; accesso alla richiesta d'asilo, al ricollocamento o a provvedimenti di espulsione, respingimento differito e trattenimento nei Cie. Nei primi mesi di funzionamento di questi nuovi centri, possono essere già evidenziate alcune criticità. La procedura di pre-identificazione viene svolta contestualmente allo sbarco, ed è facilmente intuibile come il momento dell'arrivo non sia certo il migliore per avere informazioni dal migrante sul motivo del suo viaggio. Assumendo la pre-identificazione valore vincolante rispetto alle decisioni sulla sorte futura della persona intervistata, questo momento così delicato dovrebbe essere svolto garantendo la massima tutela della persona, che deve essere informata dei suoi diritti, comprendere al meglio le possibilità che gli vengono prospettate e avere la lucidità necessaria per affrontare un momento così fondamentale del proprio percorso migratorio. La standardizzazione della procedura, inoltre, non consente di avere un approccio che tenga conto della specificità di ogni situazione e, quindi, di ogni persona

o nucleo familiare, pregiudicando così fin da subito la possibilità di permanenza in Europa. I risultati di questi primi mesi di sperimentazione del funzionamento degli hotspot devono suggerire un ripensamento di tutta la procedura. I dati disponibili, infatti, ci dicono che lo scopo per il quale gli hotspot sono nati, favorire i ricollocamenti e i rimpatri, non è stato raggiunto: a fronte dell'80% di persone identificate, la maggior parte è stata oggetto di provvedimenti di respingimento differito, con l'obbligo di lasciare autonomamente il territorio italiano entro 7 giorni. Come è facilmente intuibile, questi provvedimenti hanno il solo risultato di creare una popolazione irregolare, che in nessun modo riuscirà, o avrà la volontà, di ottemperare all'ordine del Questore di allontanamento dal territorio nazionale. Lo stesso ragionamento è valido per i Cie, la cui inefficacia, rispetto agli scopi che si propone, è stata più volte evidenziata e denunciata. Nel corso dei lunghi anni in cui questi luoghi sono stati attivi (con il nome di centri di permanenza temporanea, istituiti nel 1998), la media dei rimpatri effettuati tramite il sistema della detenzione amministrativa non ha superato il 50%, provocando situazioni in cui persone venivano tratteneute per mesi e più volte a distanza di anni, per poi essere rilasciate con un ordine di allontanamento dal territorio nazionale. Secondo i dati del ministero dell'Interno, delle 30.906 persone trovate prive di regolari documenti sul territorio nel 2015, ne sono state effettivamente rimpatriate 15.726<sup>2</sup>.

Andando invece ad analizzare nello specifico le problematiche relative all'assistenza sanitaria all'interno dei luoghi di detenzione amministrativa, ci rendiamo conto di quanto ancora non sia possibile avere una situazione uniforme a livello

nazionale. Nonostante il ministero dell'Interno nel 2013 abbia elaborato un documento programmatico in cui viene rilevata l'esigenza di armonizzare i trattamenti sanitari all'interno dei centri, questo è rimasto in gran parte disatteso, e si assiste a una preoccupante arbitrarietà e difformità sul territorio nazionale nell'assistenza sanitaria ai trattenuti. Tra i provvedimenti più importanti, troviamo quello recepito nel decreto del 20 ottobre 2014, contenente il Regolamento dei "Criteri per l'organizzazione e la gestione dei centri di identificazione ed espulsione", il cui articolo 3 si occupa degli aspetti sanitari, e in cui viene prevista la possibilità di stipulare protocolli d'intesa con strutture sanitarie pubbliche per garantire la prestazione di cure e di servizi specialistici. Molte organizzazioni umanitarie, che hanno svolto lavoro di ricerca, mediazione e assistenza all'interno dei Cie, evidenziano le gravi carenze e le forti preoccupazioni circa la presa in carico complessiva delle persone trattenute<sup>3</sup>. Non si può sottacere il fatto che all'interno dei luoghi di trattenimento dei migranti le pratiche di autolesionismo siano spesso utilizzate per manifestare un disagio, formulare delle richieste e "farsi ascoltare". Alle pratiche di autolesionismo si accompagna sovente un utilizzo massiccio di psicofarmaci, senza che questo sia accompagnato dalla prescrizione da parte di medici specializzati, figure che spesso non sono presenti all'interno delle strutture cui facciamo riferimento. L'evidenza più problematica, però, continua a essere rappresentata dall'assenza di un rapporto di fiducia medico-paziente all'interno dei Cie. Se da un lato i trattenuti lamentano spesso una scarsa considerazione delle loro condizioni di salute, dovuta anche al fatto di percepire il personale sanitario della struttura come agenti di custodia più che come medici e infer-

mieri, dall'altro lato gli incaricati della parte sanitaria hanno spesso un atteggiamento diffidente, essendo portati a valutare come "simulati" i malesseri degli ospiti (così sono definiti i trattenuti dal ministero dell'Interno), i quali avrebbero più probabilità di darsi alla fuga grazie al trasferimento in ospedale. Visite all'interno dei Cie effettuate da organizzazioni umanitarie o associazioni che si occupano del tema, hanno più volte riscontrato la presenza di persone trattenute con uno stato di salute non compatibile con la detenzione, pur se questo non era stato riconosciuto ufficialmente dal personale della struttura.

Un'altra questione che nell'ultimo anno ha destato particolare preoccupazione riguarda il fenomeno delle donne vittime di tratta. La nazionalità maggiormente colpita da questa odiosa tipologia di sfruttamento è quella nigeriana, e le donne provenienti da questo Stato arrivate nei primi nove mesi nel 2015 sono state 4.371<sup>4</sup> con un incremento, rispetto ai dati dello scorso anno, di 3.363 persone. Alcune di queste donne vengono trattenute all'interno dei Cie, senza che sia loro offerta la possibilità di accedere alle garanzie previste dal sistema di protezione per le donne vittime di tratta. È istruttivo, per comprendere questo fenomeno, parlare di una vicenda accaduta all'interno del Cie romano di Ponte Galeria, dove nel luglio del 2015 sono state trasferite 68 donne nigeriane, provenienti direttamente da Lampedusa e Augusta. Non sempre è facile stabilire con queste donne un rapporto di fiducia tale da consentire loro di raccontare, una volta sbarcate, la loro reale situazione. L'incertezza relativa al futuro, la paura di mettere in pericolo i familiari rimasti nel paese d'origine e la scarsa informazione riguardante i percorsi di accoglienza e protezione esistenti in Italia, sono tutti ele-

menti che pregiudicano il loro accesso alle varie forme di protezione. I destini delle 68 donne trattenute a Ponte Galeria sono stati diversi: quattro di loro sono riuscite a uscire in virtù del loro stato di gravidanza, venti donne sono state rimpatriate e le restanti sono state rilasciate per vari motivi, la maggior parte in attesa della risposta alla loro domanda di protezione internazionale. Non si può negare l'evidente difficoltà nel far emergere questo fenomeno, e spesso purtroppo l'informativa garantita al momento dello sbarco non è sufficiente a creare quel clima di fiducia necessario a far sì che queste donne decidano di denunciare la propria condizione di sfruttamento. D'altro canto, non è nemmeno immaginabile che al momento dello sbarco vengano presi dei provvedimenti di tutela collettivi, mentre si è rivelata una risorsa l'attenzione che le Commissioni territoriali stanno dedicando al tema, riuscendo a far emergere in sede di colloquio per il riconoscimento della protezione alcune delle situazioni più critiche. In ogni caso, il potenziamento della rete di accoglienza destinata esclusivamente alle donne vittime di tratta dovrebbe essere sostenuto e incoraggiato su tutto il territorio nazionale, permettendo l'accesso anche a quelle donne che non vogliono immediatamente denunciare i loro sfruttatori. Si rivela molto efficace, infatti, prendere in carico queste donne e seguirle in un percorso che le porti gradualmente ad avere consapevolezza di sé e di ciò che hanno vissuto. In quest'ottica, quella di un percorso condiviso e partecipato, il momento della denuncia formale alle autorità dovrebbe essere visto come un punto di arrivo per le donne stesse, e non come il criterio unico con il quale determinare la possibilità di accesso alla protezione. Per rendere effettivo un procedimento che riesca davvero a tutelare queste donne, è necessario inoltre inve-



stire sulla formazione delle varie figure professionali che entrano in contatto con le stesse. Solo attraverso la capacità di riconoscere immediatamente le fragilità, e sapere in che modo prendersene carico, è possibile evitare trattenimenti di massa come quelli avvenuti a luglio scorso nel Cie di Ponte Galeria. Per concludere, pur essendo assolutamente contrari all'esistenza di quei luoghi che privano della libertà persone "colpevoli" di non essere regolarmente presenti sul territorio, dobbiamo ispirarci a un principio di realtà ed essere consapevoli che nei prossimi mesi, e anni, la situazione non diventerà affatto più semplice. La politica europea su questo tema diventa ogni giorno più rigida, e sembra essere tutta volta a disincentivare le partenze tramite azioni deterrenti, pensando così di poter risolvere la questione dei migranti in arrivo in questo continente. La storia ci insegna che i flussi di quanti

lasciano la propria terra per fuggire da condizioni di vita inumane sono inarrestabili, e privare i migranti dei loro diritti significa non solo infrangere garanzie tutelate a livello nazionale e internazionale, ma addirittura mettere in pericolo lo stato della nostra democrazia.

## Note

- <sup>1</sup> Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. Senato della Repubblica. Rapporto sui centri di identificazione ed espulsione in Italia (febbraio 2016) consultabile a questo link [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/diritiumaniXVII/rapporto\\_cie.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/diritiumaniXVII/rapporto_cie.pdf).
- <sup>2</sup> Dossier Statistico Immigrazione, Idos 2015.
- <sup>3</sup> Un'associazione tra tutte è Medici per i diritti umani, che ha pubblicato nel 2013 il rapporto Arcipelago Cie – Indagine sui centri di identificazione ed espulsione italiani.
- <sup>4</sup> Fonte del ministero dell'Interno.

## Migranti detenuti e tutela della salute

Daniela Ronco

Osservatorio Antigone, Università degli Studi di Torino

### **L'immigrazione come "problema sociale"**

La questione dell'immigrazione è diventata un "problema sociale" a partire dagli anni '90, quando l'intreccio tra campagne mediatiche e interventi normativi ha dato espressione ad un'ondata di populismo penale che ha visto nello straniero il nemico pubblico contro cui indirizzare campagne securitarie che tuttora tornano periodicamente a produrre i loro effetti. Al momento in cui si scrive, in particolare, siamo in una fase di forte stigmatizzazione della figura dello straniero che bussava alle porte della fortezza Europa nel pieno di quella che da più parti viene definita come la più grande "crisi dei migranti" o "crisi dei rifugiati" che l'Europa abbia vissuto.

Il fenomeno della criminalizzazione dei migranti abbraccia due aspetti: quello culturale e quello giuridico. Per quanto riguarda il primo, è stato messo in luce come le retoriche politiche e mediatiche degli ultimi vent'anni abbiano identificato nei migranti quella "classe pericolosa" responsabile di una serie di questioni problematiche che affliggono la nostra società: la disoccupazione, il degrado, l'insicurezza sociale e, soprattutto, l'aumento della criminalità. Il "governo della paura", felice espressione che designa la strumentalizzazione dell'insicurezza da parte dell'opinione pubblica al fine di veicolare il consenso, si è affermato come strategia

politica di successo soprattutto in fase di campagna elettorale. Alla presunta e asserita maggiore propensione alla devianza dei migranti si è dunque risposto, da un punto di vista legislativo, con il progressivo inasprimento della normativa sull'immigrazione. A partire dalla metà degli anni '90, con l'entrata in vigore del Testo Unico sull'Immigrazione, si è avviato quel processo di criminalizzazione del migrante che si è manifestato in particolare con l'introduzione di fattispecie penali intrinsecamente legate alla condizione dello straniero. Il reato di immigrazione clandestina, l'espulsione giudiziaria o amministrativa automatica a fine pena per il detenuto straniero, l'espulsione come misura di sicurezza, sono tutti provvedimenti che puniscono la condizione del reo, anziché la commissione del reato, in violazione di quel garantismo penale che è alla base dello stato di diritto e delle moderne democrazie. E quel che è ancora più preoccupante è che l'incremento del controllo penale nei confronti dei migranti sia sempre più spesso intrecciato a produzioni normative di carattere amministrativo (si pensi all'aberrazione dei CIE) che producono limitazioni della libertà, privazione dei diritti fondamentali e violazione della dignità spesso più drammatiche di quanto non faccia la sanzione penale.

Occorre rilevare, inoltre, come all'esi-

stenza di norme amministrative e penali specificatamente rivolte alla condizione di straniero, si affianchi spesso un'applicazione di fatto selettivamente più punitiva nei confronti del migrante, a partire dalla fase dei controlli da parte della polizia (più frequenti nei confronti degli stranieri che degli italiani), per arrivare agli strumenti di tutela in sede giudiziaria (si pensi ai processi di *routine*, cui in genere sono sottoposti gli stranieri, caratterizzati dall'assenza di gran parte dei dispositivi di garanzia per l'imputato), fino all'accesso alle misure alternative al carcere (alle quali uno straniero accede con più difficoltà per via dell'assenza di quei requisiti di affidabilità identificati nella disponibilità di una casa, di un lavoro e di una rete familiare regolarmente integrata nel territorio).

### **La sovra-rappresentazione degli stranieri in carcere**

Lo scenario fin qui sinteticamente delineato ha contribuito a determinare, sul piano dell'esecuzione penale, una sovra-rappresentazione degli stranieri nelle carceri italiane. In base ai dati più recenti pubblicati dal Ministero della Giustizia, dei 52.846 detenuti presenti al 29 febbraio 2016 nelle carceri italiane, 17.679 erano stranieri, pari al 33,45%. Se tale percentuale è in calo rispetto ai picchi raggiunti negli anni passati (il 37% a cavallo del 2010), continua tuttavia ad essere significativamente più alta rispetto alla media europea (dove si è attestata negli ultimi anni intorno al 21%), paragonandola anche all'incidenza della popolazione straniera presente in Italia (intorno all'8%).

Accurate ricerche socio-giuridiche sul tema hanno dimostrato come la sovra-rappresentazione della popolazione straniera detenuta non corrisponda ad una maggiore criminalità e, in particolare, come un'aumentata presenza di stranieri sul territorio

non abbia determinato un aumento dei crimini commessi. Inoltre, i dati ci dicono da tempo che le condotte delinquenziali degli stranieri sono mediamente meno gravi rispetto a quelle degli italiani: a dimostrazione di tale affermazione occorre considerare la durata delle pene inflitte e delle pene residue, oltre che la posizione giuridica della popolazione detenuta.

Per quanto riguarda le pene inflitte, il numero di stranieri presenti in carcere al 31 dicembre 2015 con una pena inferiore ai 3 anni era pari al 35,15%, a fronte di una percentuale complessiva (italiani più stranieri) pari al 23,72%. Questo dato ci dà la misura di come gli stranieri vengano condannati al carcere più spesso rispetto agli italiani e per reati meno gravi. Se consideriamo le pene residue, invece, al 31 dicembre 2015 i detenuti stranieri presenti in carcere per scontare un residuo pena inferiore ai 3 anni erano il 69,89%, a fronte di una percentuale complessiva (italiani più stranieri) pari al 56,16%. Questo dato ci dà la misura di come gli stranieri riescano più difficilmente, una volta condannati al carcere, ad accedere ad una misura alternativa.

A questo occorre aggiungere il dato sulla posizione giuridica della popolazione detenuta: i dati più recenti (29 febbraio 2016) ci dicono che gli stranieri condannati in via definitiva costituiscono il 57,18%, a fronte di una percentuale complessiva (italiani più stranieri) pari al 64,65%. Questo significa che il ricorso alla custodia cautelare in carcere è più probabile e frequente in caso di imputati stranieri che italiani.

Tutti e tre i dati sono espressione del processo di discriminazione cui sono sottoposti gli stranieri nella fase dell'esecuzione penale, sia attraverso i dispositivi normativi, che attraverso quei requisiti sociali di affidabilità, su cui i giudici fondano le loro decisioni, che sono necessari per spo-

stare l'asse dell'esecuzione penale fuori dal carcere. Per accedere alla detenzione domiciliare, all'affidamento in prova al servizio sociale, alla semi-libertà, occorre dimostrare la disponibilità di una dimora stabile, di un lavoro e di una rete familiare o amicale regolarmente integrata sul territorio, pena la presupposizione di una maggiore probabilità di incorrere nella commissione di ulteriori reati. Analoghi ragionamenti stanno alla base della concessione di provvedimenti cautelari non custodialistici.

### **Condizioni di detenzione e salute dei migranti**

È noto come il carcere sia un ambiente in sé patogeno. Se ci fermiamo agli aspetti strutturali, sono molti gli aspetti di questa istituzione totale che la connotano come insalubre sotto vari punti di vista: il sovraffollamento, il degrado delle strutture, le precarie condizioni igieniche, la scarsa areazione, la forte limitazione dell'accesso all'aria aperta, sono tutte criticità osservabili nella maggior parte degli istituti penitenziari. A ciò si aggiunga che abbracciando un concetto ampio di salute, quale quello proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e fatto proprio da gran parte delle disposizioni che regolamentano le condizioni di vita all'interno del carcere (si vedano in particolare le *European Prison Rules* - Raccomandazione R(2006) del Comitato dei Ministri agli Stati membri), questo risulta significativamente compromesso all'interno del carcere. In questo senso le condizioni detentive paiono quanto mai lontane dal garantire l'applicazione di un concetto di salute che tenga conto del benessere psico-fisico-sociale.

Tra gli aspetti maggiormente compromessi vi è innanzitutto quello della prevenzione. Raramente vengono realizzati

percorsi di formazione e di educazione sanitaria, sia nei confronti della popolazione detenuta che del personale. La diffusione di patologie infettive è agevolata peraltro dalla totale assenza di politiche di riduzione del danno, in un contesto caratterizzato da un'altissima incidenza di tossicodipendenze (dato difficilmente calcolabile con precisione, ma che negli ultimi anni si è aggirato intorno al 30%).

Un altro dato che occorre segnalare è l'altissima incidenza di patologie psichiatriche e la sostanziale incapacità dell'istituzione di affrontare il problema con strumenti differenti dall'aumentata sorveglianza nei casi più estremi di manifestazione di disagio (autolesionismo, tentativi di suicidio, ecc.) o dalla prescrizione di psicofarmaci molto più frequentemente che all'esterno.

Il trattamento sanitario, inoltre, a distanza di quasi dieci anni dall'entrata in vigore della riforma della sanità penitenziaria, (che con il DPCM 1 aprile 2008 ha segnato il passaggio di competenze dal Ministero della Salute a quello della Giustizia) continua a presentare varie criticità riconducibili in una qualche misura alla prevalenza delle istanze di sicurezza rispetto alla tutela del diritto alla salute. Il tuttora frequente problematico accesso alle visite esterne, le criticità evidenziate in termini di continuità delle cure, così come in riferimento alla tutela della privacy, non sono che alcuni tra i più evidenti esempi in tal senso.

Se tali considerazioni sono riconducibili alla generalità della popolazione detenuta, le persone straniere possono trovarsi a sperimentare condizioni di detenzione e, nello specifico, di tutela del diritto alla salute, relativamente più sfavorevoli rispetto agli italiani. Questo deriva principalmente da una condizione complessivamente svantaggiata, che, se consideriamo un concetto

allargato di salute, determina differenze nella tutela del diritto alla salute. Ancora una volta occorre partire da considerazioni di carattere strutturale: il monitoraggio del sistema penitenziario italiano evidenzia come il sovraffollamento non affligga nella stessa misura tutti gli istituti penitenziari e che di regola gli istituti più sovraffollati sono gli stessi in cui la percentuale di stranieri è più alta. Inoltre, è frequente rilevare negli istituti penitenziari l'esistenza di specifiche forme di segregazione rappresentate dalle cosiddette "sezioni etniche": se, per un certo verso, la distribuzione delle persone detenute per etnia di appartenenza risponde a specifiche richieste di poter condividere la cella e la sezione con soggetti più vicini dal punto di vista della cultura, delle abitudini, degli stili di vita, ecc., al contempo è stato dimostrato come la concentrazione degli svantaggi, soprattutto economici (e la popolazione detenuta straniera è per molti versi rappresentativa di tali svantaggi), determini condizioni di detenzione complessivamente più afflittive per il singolo, soprattutto in relazione agli aspetti psico-fisici-sociali della detenzione vissuta. Come noto, infatti, le risorse, sia personali che sociali, di cui il soggetto dispone incidono notevolmente sulla qualità del periodo vissuto in un contesto carcerario. Vivere in contesti sociali "tossici" è di per sé una variabile che impatta sulle disegualianze di salute. Se a questo aggiungiamo il fatto che la probabilità di vivere esperienze stressanti cresce man mano che ci si avvicina alla base della scala sociale, diventa evidente come le fasce più emarginate siano quelle meno tutelate all'interno del carcere.

Alle questioni più marcatamente strutturali, inoltre, occorre aggiungere considerazioni di carattere culturale: l'attenzione espressa dall'etno-psichiatria e dalla medicina delle migrazioni stenta a prender

piede negli istituti di pena, dove la cura tendenzialmente prevale sulla prevenzione, così come, più in generale, la logica dell'emergenza tende a prevalere sulla pianificazione e programmazione di una politica penitenziaria di lungo respiro. A questo proposito gli operatori sanitari che talvolta lamentano particolari difficoltà nel rapporto medico-paziente, sottolineano una certa ritrosia a fidarsi del personale medico da parte degli stranieri. Per risolvere simile difficoltà, da molti viene auspicato l'intervento di mediatori culturali, figure troppo spesso assenti negli istituti anche dopo il passaggio di competenze conseguente alla riforma. Al contempo, paradossalmente un breve periodo di detenzione rappresenta spesso un'occasione di cura nei confronti di persone che sul territorio manifestano maggiori resistenze a presentarsi ai presidi medici per via della condizione di irregolarità sul territorio italiano. Ma tale occasione raramente viene sfruttata nell'ottica di perseguire il duplice obiettivo di tutela della salute pubblica e di garanzia dei diritti umani e della dignità personale.

In conclusione, quindi, il mancato accesso alla tutela del diritto alla salute da parte dei migranti si configura come uno degli aspetti della discriminazione subita all'interno del sistema della giustizia penale e per affrontarlo in un'ottica garantista occorre inserire il problema nella più ampia cornice del processo di emarginazione e criminalizzazione dei migranti.

### Riferimenti bibliografici

- Benigni B. (2009), *La salute in carcere: una riforma da applicare*, in "Antigone", IV, 1, pp. 130-148
- Berzano L. (1994), *La pena del non lavoro*, FrancoAngeli, Milano
- Buffa P. (2013), *Prigioni. Amministrare la sofferenza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino

- Cardano M. (2013), *Diseguaglianze sociali di salute*, in G. Vicarelli (a cura di), "Cura e salute. Prospettive sociologiche", Carocci, Roma, pp. 25-50
- Dal Lago A. (1999), *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano
- Esposito M. (2007), a cura di, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano
- Ferrajoli L. (1989), *Diritto e ragione. Teoria del garantismo penale*, Laterza, Roma-Bari
- Ferraris V. (2010), *Immigrazione e criminalità*, Carocci, Roma
- Gonin D. (1994), *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino
- Manconi L., Torrente G. (2015), *La pena e i diritti. Il carcere nella crisi italiana*, Carocci, Roma
- Maneri M. (2001), *Il panico morale come dispositivo di trasformazione dell'insicurezza*, in "Rassegna italiana di sociologia", I, pp. 5-40
- Melossi D. (2003), *In a peaceful life: Migration and the crime of modernity in Europe/Italy*, in "Punishment & Society", V, 4, pp. 371-397
- Mosconi G., (2005), *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in G. Concato, S. Rigione, (a cura di), *Per non morire di carcere*, FrancoAngeli, Milano
- Mosconi G., Padovan D. (2004), *La fabbrica dei delinquenti. Processo penale e meccanismi sociali di costruzione del condannato*, L'Harmattan Italia, Torino
- Palidda S. (a cura di) (2009), *Razzismo democratico. La persecuzione degli stranieri in Europa*, Agenzia X, Milano
- Pavarini M. (2006), *La neutralizzazione degli uomini inaffidabili. La nuova disciplina della recidiva e altro ancora sulla guerra alle unpersonen*, in "Studi sulla questione criminale", I, 2, pp. 7-29
- Pepino L. (2002), *La legge Bossi-Fini. Appunti su immigrazione e democrazia*, in "Diritto, Immigrazione e Cittadinanza", 3, pp. 9-23
- Pratt J. (2007), *Penal populism*, Routledge, Londra
- Quassoli F. (1999), *Immigrazione uguale criminalità. Rappresentazioni di senso comune e pratiche organizzative degli operatori del diritto*, in "Rassegna italiana di sociologia", I, 43-75
- Ronco D. (2013), *La percezione della salute in carcere*, in C. Mirisola (a cura di), "Salute libera tutti", EuroLit, Roma, pp. 55-118
- Ronco D. (2011), *La riforma della sanità penitenziaria. Verso una maggior tutela della salute in carcere?*, in D. Ronco, A. Scandurra, G. Torrente (a cura di), "Le prigionie malate", Edizioni degli Asini, Roma, pp. 92-97
- Sarzotti C. (2007), *Processi di selezione del crimine. Procure della Repubblica e organizzazione giudiziaria*, Giuffrè, Milano
- Sbraccia A. (2011), *Migranti detenuti, nemici interni riprodotti*, in D. Ronco, A. Scandurra, G. Torrente (a cura di), "Le prigionie malate", Edizioni dell'Asino, Roma, pp. 30-38
- Sbraccia A. (2007), *Migranti tra mobilità e carcere. Storie di vita e processi di criminalizzazione*, FrancoAngeli, Milano
- Simon L. (2008), *Il governo della paura. Guerra alla criminalità e democrazia in America*, Raffaello Cortina, Milano
- Spector M, Kitsuse J.I. (1987), *Constructing social problems*, Andine, Chicago
- Wacquant L. (2006), *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, DeriveApprodi, Roma

# Pubblico e privato sociale: tra delega e autoreferenzialità, c'è posto per una terza via?

## Riflessioni e proposte per/con i GrIS e la SIMM

a cura di Chiara Bodini<sup>1</sup>, Gabriella Cavagna<sup>2</sup>, Filippo Gnolfo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> GrIS Emilia-Romagna; <sup>2</sup> GrIS Lombardia; <sup>3</sup> GrIS Lazio

### Premessa

Nel III Workshop Nazionale dei GrIS (Firenze, maggio 2015), attraverso un confronto vivace, era emersa una attenzione particolare al rapporto pubblico-privato sociale, al tema delle reti solidali, alla riforma del terzo settore.

La storia della SIMM e dei GrIS è stata fin dall'inizio (1990-1995) una *storia al plurale*: più attori, più discipline, più culture. In particolare, i GrIS sono luoghi d'incontro e confronto tra operatori e operatrici dei servizi sociosanitari pubblici e del "terzo settore".

Per questo abbiamo voluto che la riflessione continui a Torino, durante il XIV Congresso Nazionale SIMM, in uno spazio aperto di confronto e discussione, anche per valorizzare le diverse sensibilità e specificità delle reti GrIS. L'idea è di andare insieme verso la definizione di principi comuni che possano orientare la SIMM e i GrIS nel quotidiano sforzo di agire in un'ottica pubblica per il diritto alla salute di tutti.

### Spunti di analisi del contesto

A Firenze, i diversi contributi<sup>1</sup> hanno permesso di descrivere i profondi cambiamenti in atto a livello culturale, economico, sociale, di delineare una realtà in trasformazione, che suscita contraddizioni e polemiche, ma anche aspettative.

Abbiamo un patrimonio normativo,

dalla legge di riforma sanitaria al testo unico sull'immigrazione, che riposa sui principi costituzionali, sul pensiero che la salute è un diritto universale da garantire a tutti, senza esclusioni.

Se abbiamo definito la *sanità pubblica* come un *bene comune* irrinunciabile da preservare e migliorare, in questi anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito un costante logoramento a causa di precise politiche istituzionali ed economiche (devolution, spending review, utilizzo distorto del principio di sussidiarietà<sup>2</sup>).

In realtà il problema è principalmente culturale e politico, più che economico-finanziario: in molti casi il servizio pubblico non svolge il suo ruolo istituzionale, manca la capacità di analisi e di risposta ai bisogni emergenti della popolazione. Se il privato sociale ha spesso una visione più precisa dei bisogni del territorio, e rivendica una *funzione pubblica* di fronte ai troppi ritardi delle istituzioni, il terzo settore è un complesso eterogeneo di organizzazioni, che sta andando incontro ad una ridefinizione del suo ruolo e del suo profilo<sup>3</sup>.

Altresì in questi mesi abbiamo avuto segnali interessanti, il volontariato italiano si è autoconvocato per incidere sul processo di riforma del terzo settore, ha sviluppato riflessioni sui valori, sulla dimensione culturale, sul welfare<sup>4</sup>; mentre ancora una volta l'arrivo dei profughi è stato gestito con un approccio emergenziale dalle isti-

tuzioni, senza una strategia in grado di assicurare condizioni di accoglienza dignitose, aziende sanitarie e associazioni hanno messo in opera interventi socio-sanitari rivolti ai migranti transitanti, attraverso reti territoriali di prossimità, che hanno funzionato grazie anche all'impegno della gente e della comunità civile<sup>5</sup>.

### **Invito al confronto e alla discussione**

Invitiamo tutte le persone socie della SIMM, e in particolare chi partecipa ai GrIS, a riflettere su alcune domande in vista della sessione dedicata che ci sarà al Congresso. Non è necessario rispondere a tutte le domande, e ogni forma di contributo sarà importante per alimentare la discussione collettiva.

*1) Quali sono gli elementi di unione o di conflitto tra pubblico e privato sociale all'interno dei GrIS, e più in generale nei territori che abitiamo?*

*2) Come si articolano le relazioni tra pubblico e privato sociale intorno a questi elementi: centralità del SSN come bene comune, valore della rete, visione politica comune (universalità del diritto alla salute, società solidale), centralità della persona, responsabilità del servizio pubblico, collaborazione nella chiarezza e rispetto dei ruoli.*

*3) Quali sono le domande da porsi per riflettere criticamente all'interno di partenariati tra pubblico e privato sociale (ovvero,*

*come discernere tra interessi pubblici, privati e particolari)?*

*4) Oltre il pubblico e il privato sociale, siamo capaci di coinvolgere altri attori allo sviluppo dei GrIS come rete rappresentativa del territorio?*

*5) Oltre l'azione di advocacy, ci sono tentativi o esperienze di trasferimento della cultura di rete (dei GrIS) nei territori?*

E... grazie a tutti!

### **Note**

<sup>1</sup> Vedi documento di discussione e restituzione del gruppo di lavoro sul rapporto tra pubblico e privato sociale, III Workshop nazionale dei GrIS, Firenze maggio 2015.

<sup>2</sup> Sul nodo non risolto della sussidiarietà, si veda: Boninsegna Maria Chiara "Il principio di sussidiarietà tra teoria e prassi: considerazioni a partire da un GrIS" in Atti del XIII Congresso nazionale SIMM: 147-152, Pendragon Editore, Bologna.

<sup>3</sup> Disegno di legge: "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale".

<sup>4</sup> I report dei gruppi di lavoro sono contenuti nel sito <https://autoconvocazionevolontariato.wordpress.com/gruppi-di-lavoro>.

<sup>5</sup> Una rete per la salute degli immigrati: il GrIS Lazio tra riflessione e operatività (A cura del Gruppo Immigrazione e Salute del Lazio) nell'Undicesimo Rapporto dell'Osservatorio Romano sulle Migrazioni (a cura di Centro Studi e Ricerca IDOS), Roma 2016.



---

# ABSTRACT

**Nota**

Questa parte del volume riporta gli abstract delle comunicazioni e dei poster presentati al XIV Congresso Nazionale SIMM. Gli abstract sono divisi per ambiti tematici (le testatine riportano i titoli delle sessioni) mentre le lettere (C) o (P) accanto al titolo indicano che si tratta di una comunicazione o di un poster.

## **Minori stranieri non accompagnati e l'esperienza della malattia: tra bisogni ed opportunità (P)**

TICCONI D., MORELLI D., SPERA O., GHERARDINI F., CELESTI L.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

### **Obiettivi**

Analisi di tre casi di minori stranieri non accompagnati seguiti dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Lo studio è finalizzato ad analizzare il ruolo dell'assistente sociale ospedaliero ed evidenziare le criticità sul piano sociale, sanitario e giuridico che i minori si trovano a dover affrontare in presenza della drammatica esperienza della malattia senza il sostegno essenziale delle figure genitoriali.

### **Metodi**

Il metodo usato è la storia di vita raccolta ed elaborata attraverso colloqui sociali con i minori ed i servizi e con l'acquisizione di opportuna documentazione. Per ogni storia si descrivono gli interventi professionali attuati, tenendo conto della normativa e dei relativi diritti legati alla condizione clinica ed allo status giuridico-sociale del minore.

### **Risultati**

H. O. 14 anni: minore eritrea sbarcata a Lampedusa e "sfuggita" alla rete giuridico-istituzionale. Giunta a Roma, è vittima di un grave incidente stradale e per questo ricoverata in ospedale. È stato possibile, da parte del servizio sociale ospedaliero, reintegrare la ragazza nel circuito di aiuto attraverso la rete degli enti preposti: Tribunale per i Minorenni, Ufficio Tutela del Comune di Roma, Questura, casa famiglia, volontariato. La malattia diventa opportunità di cambiamento.

H. B. 17 anni: minore egiziano sbarcato in Sicilia e ricoverato per problemi psichiatrici, rischiava di essere, di fatto, "abbandonato" dai servizi perché prossimo alla maggiore età. Si trova "intrappolato" nel dover proseguire le cure, ma la condizione sociale e giuridica non gli permette di fruire di diritti fondamentali. Con l'attivazione del Tribunale per i Minorenni, della Questura e del Tribunale Ordinario si è giunti alla nomina di un amministratore di sostegno. Dalla nuova situazione giuridica si è partiti per la ri-costruzione della persona con un progetto di presa in carico dei servizi socio-sanitari in risposta alle problematiche del ragazzo.

M. S. 17 anni: minore arrivato in Italia dal Bangladesh per lavorare e inviare soldi nel proprio Paese. Inserito in casa famiglia gli viene diagnosticato un linfoma che riesce a debellare solo dopo il compimento della maggiore età. Grazie alla Questura ed all'attivazione dell'Ufficio Immigrazione del Comune, da parte del servizio sociale ospedaliero, unico referente per il ragazzo, si è riusciti a trovare una soluzione alloggiativa e contestualmente costruire un progetto di inserimento lavorativo, garanzia di autonomia della persona "a lungo termine".

### **Conclusioni**

Da quanto sopra esposto si evidenziano alcuni aspetti: il ruolo del servizio sociale ospedaliero come referente (a volte unico) per garantire la tutela della persona malata; l'importanza dei servizi nella definizione di un progetto di aiuto che "accompagni" il minore al passaggio alla maggiore età; la possibilità di trasformare un evento traumatico e doloroso come la malattia in una occasione per far emergere risorse personali, sociali e/o istituzionali che devono mirare a restituire dignità alla persona nella definizione del suo progetto di vita.

Contatto: Davide Ticconi ([davide.ticconi@opbg.net](mailto:davide.ticconi@opbg.net))

## **La vulnerabilità sociale dei pazienti stranieri ricoverati: prime evidenze da una ricerca effettuata nel Lazio tramite 'trriage sociale ospedaliero' nel 2014 (C)**

PAGLIONE L.<sup>1</sup>, RUSSO ML.<sup>1-3</sup>, PIZZUTI S.<sup>10</sup>, BUONCRISTIANO M.<sup>1-3</sup>, PIZZINI E.<sup>1</sup>, FAVALI MP.<sup>2</sup>, CECI GALANOS R.<sup>1</sup>, DE BLASIO E.<sup>1</sup>, INTINI M.<sup>1</sup>, MILANO G.<sup>1</sup>, MOROZZO G.<sup>1</sup>, SOUSA E.<sup>1</sup>, MARCECA M.<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup> Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; <sup>2</sup> ASL RM/B; <sup>3</sup> Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

### **Obiettivi**

La ricerca è stata effettuata all'interno di una delle linee di azione del Progetto "Salute senza esclusioni. Per un Sistema sanitario attivo contro le disuguaglianze", finanziato dalla Regione Lazio, che ha coinvolto 18 strutture ospedaliere. Obiettivo principale è stato quello di identificare precocemente una condizione di vulnerabilità sociale della persona ricoverata e, attraverso un anticipato coinvolgimento del servizio sociale ospedaliero (SSO), di verificarne la necessità di tutela in fase post-dimissione. Obiettivo indiretto è stato quello di evitare il prolungamento della degenza ed eventuali ricoveri ripetuti. Il metodo del 'trriage sociale' (TS) adottato non è stato orientato ad individuare specifiche categorie di soggetti a rischio, quanto una fragilità sociale che può toccare trasversalmente gruppi e sottopopolazioni.

### **Metodi**

Il TS è stato effettuato tramite somministrazione, proposta nelle prime 24 ore dal ricovero, di un breve questionario (sul cui utilizzo il personale infermieristico è stato formato ad hoc), che consentisse, attraverso l'emergere di una o più dimensioni di vulnerabilità sociale, di attivare il servizio sociale ospedaliero per la verifica e l'eventuale presa in carico. La scheda si compone di due parti: la prima raccoglie i dati anagrafici e ha consentito la disaggregazione dei dati relativi agli stranieri attraverso la voce 'luogo di nascita' (Italia, UE o extra-UE); la seconda indaga diverse dimensioni di condizione sociale: la risposta negativa ad almeno una delle prime tre dimensioni indagate (alloggio, risorse economiche e rete di supporto sociale), prevedeva la segnalazione tramite fax al SSO e la sua successiva consulenza in reparto.

### **Risultati**

Sulle oltre 11.000 schede eleggibili complessivamente compilate, quasi il 10% hanno riguardato pazienti stranieri; di questi, circa il 60% sono extra-UE. Considerando il triage nelle sue diverse possibili fasi: 1) compilazione; 2) emersione ipotesi di vulnerabilità sociale; 3) conferma e presa in carico, è interessante notare come il numero di pazienti extra-UE aumenti con l'avanzare del processo. In altri termini, mentre le schede somministrate a questa componente straniera sono pari a circa il 6% del totale, se consideriamo le schede risultate positive al triage gli extra-UE salgono ad oltre il 14% del totale, mentre arrivano a rappresentare il 16% di tutti i casi confermati come positivi dopo la consulenza sociale.

### **Conclusioni**

Pur con i limiti metodologici della ricerca (luogo di nascita come unica variabile discriminativa della popolazione migrante senza distinguere lo status giuridico) e la parzialità dei dati disponibili (presenza di dati mancanti e non piena operatività di alcune strutture ospedaliere nell'attivazione del SSO), è di estremo interesse rilevare come i dati emersi confermino una maggiore vulnerabilità sociale della componente straniera ricoverata, a riprova di una percezione diffusa della carenza di adeguate politiche di protezione sociale.

Contatto: Lorenzo Paglione ([lorenzo.paglione@uniroma1.it](mailto:lorenzo.paglione@uniroma1.it))

## ***Il Piano Salute Migranti della nuova ASL Roma 1: sensibilità culturale ed equità in salute al centro delle politiche di una azienda sanitaria pubblica (P)***

GNOLFO F.<sup>1</sup>, CONFALONI E.<sup>2</sup>, DE GREGORIO G. C.<sup>2</sup>, GOLETTI M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ASL Roma 1 UOS Assistenza Immigrati ex ASL RM/A; <sup>2</sup> ASL Roma 1 Staff Direzione Sanitaria; <sup>3</sup> ASL Roma 1 Direttore Sanitario

### **Obiettivi**

Il 1° gennaio 2016 la ASL RMA e la ASL RME si sono unificate nella nuova ASL Roma 1, secondo le disposizioni della Regione Lazio, in attuazione ai Programmi Operativi 2013-2015. Tra i progetti del Piano strategico aziendale, il Piano Salute Migranti è stato individuato come un percorso virtuoso di programmazione integrata, con gli obiettivi di: 1) Ricostituire le capacità e le pratiche consolidate di presa in carico di migranti e vulnerabili delle due aziende in una cultura organizzativa di sistema per la nuova ASL Roma 1; 2) Integrare nella policy aziendale la risposta ai bisogni emergenti di migranti e vulnerabili come obiettivo di equità di tutto il sistema integrato dei servizi; 3) Coniugare il cambiamento organizzativo con lo sviluppo della sensibilità culturale verso la specificità delle persone.

### **Metodi**

Nel semestre precedente l'unificazione, è stato istituito un gruppo interaziendale rappresentativo delle diverse specificità e competenze, con il compito di sviluppare il Piano Salute Migranti. Il gruppo di lavoro ha realizzato le attività con metodo partecipativo, in forma complementare, con l'implorazione di più livelli. a) Sono stati sviluppati strumenti di monitoraggio quali-quantitativo per la mappatura del territorio e della comunità locale. b) È stata avviata l'analisi organizzativa dei servizi, in un'ottica di mediazione culturale integrata attraverso la versione semplificata del Migrant Friendly Hospitals Questionnaire. c) È stata favorita la conoscenza tra i membri del gruppo, in vista della costruzione di una "comunità di pratiche e di pensiero", anche attraverso attività auto-formative e di cooperazione. d) Lo sviluppo del Piano è stato improntato ad una circolarità tra i modelli di riferimento e le pratiche attuate (tramite l'action learning).

### **Risultati**

1) Costruzione di un gruppo di lavoro di operatori con competenze specifiche, che abbiano la capacità di rappresentare e diffondere la sensibilità culturale, riportata a patrimonio comune dei servizi della azienda sanitaria locale. 2) Costruzione di una prospettiva unitaria, per ricordare i diversi progetti e collaborazioni in un piano strategico aziendale. 3) Elaborazione di una visione che integra i principi dell'equità con le strategie appropriate per rispondere ai bisogni di migranti e vulnerabili, in virtù dell'attualizzazione del diritto alla salute.

### **Conclusioni**

La promozione della salute di migranti e vulnerabili è una opportunità per riportare al centro della policy di una Azienda sanitaria pubblica l'attenzione all'equità in salute come fondamento dell'azione dei servizi.

Contatto: Filippo Gnolfo ([filippo.gnolfo@aslromaa.it](mailto:filippo.gnolfo@aslromaa.it))

## **Vent'anni dei Centri Informazione Salute Immigrati in Piemonte Passato, presente e sfide future (C)**

PERNA R.<sup>1</sup>, MAGGIOROTTI L.<sup>2</sup>, MONDO L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Culture, Politica, Società ; <sup>2</sup> Fondatore Centri ISI, Regione Piemonte; <sup>3</sup> Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3

### **Obiettivi**

Il presente contributo si pone come obiettivo ricostruire e analizzare la storia e le trasformazioni dei Centri I.S.I. (Informazione Salute Immigrati) in Piemonte. Istituiti nel 1996 dalla Regione, i Centri I.S.I. hanno rappresentato, in questi anni, lo strumento principale per garantire l'assistenza sanitaria agli immigrati non regolarmente presenti. A vent'anni dalla loro nascita, sembra opportuno interrogarsi sulle loro trasformazioni, per comprenderne punti di forza e debolezza attuali e prospettive future.

### **Metodi**

Il presente contributo è esito dell'incontro tra l'esperienza di practitioners e una ricerca accademica in corso. Adottando una metodologia qualitativa, sono state impiegate diverse tecniche di ricerca: analisi documentale della normativa nazionale, regionale e di atti aziendali; interviste discorsive a testimoni privilegiati ed esperti (attori istituzionali e non); osservazione partecipante e interviste semi-strutturate con operatori di tre Centri I.S.I. (medici, infermieri, amministrativi, mediatori, referenti dei Centri).

### **Risultati**

A vent'anni dalla loro istituzione, i Centri I.S.I. costituiscono oggi lo strumento principale adottato dalla Regione Piemonte per garantire l'assistenza sanitaria a immigrati giuridica non regolarmente presenti. Tuttavia, se da un lato l'idea progettuale che sta alla base della loro apertura è attuale anche oggi (rendere fruibile e accessibile un diritto fondamentale garantito dalla legge), dall'altro molte sono le trasformazioni che hanno modificato il campo nel quale i Centri operano. Tali trasformazioni, di natura esogena (in primis, i cambiamenti nelle dinamiche e traiettorie migratorie) ed endogena (tra le quali i cambiamenti nelle politiche sanitarie e migratorie), incidono quotidianamente e profondamente sul campo dell'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti, modellando pratiche, approcci, attività. Se a fronte di tali trasformazioni i Centri I.S.I. hanno mostrato grande capacità di resilienza, adattandosi ai cambiamenti e rispondendo pragmaticamente a nuove sfide ed esigenze (si veda l'esenzione per patologia, l'accesso all'assistenza protesica ed integrativa, all'hospice etc), due principali criticità emergono. La prima è che si registra eterogeneità nell'implementazione delle direttive e degli orientamenti regionali, esito del peso che il Centro I.S.I. assume tra le priorità organizzative delle rispettive ASL. La seconda è legata alla difficoltà dell'interpretazione e attuazione della normativa, quotidianamente scontata dagli operatori di front-line, che agiscono in tensione tra leggi, diritti esigibili ed etica professionale, contenimento della spesa.

### **Conclusioni**

Per affrontare in modo strutturato e omogeneo la sfida che il tema migrazioni-sanità porrà con sempre maggior vigore, occorre analizzare tali criticità e sistematizzare le risposte.

Contatto: Perna Roberta ([roberta.perna@unito.it](mailto:roberta.perna@unito.it))

## **Vaccinazioni: i migranti, la ASL RM4, la prevenzione (P)**

FUSILLO C.<sup>1</sup>, BENIGNI M.<sup>1</sup>, DI MARZIO L.<sup>1</sup>, GALLIANI E.<sup>2</sup>, MARCHETTI C.<sup>1</sup>, ROSSI S.<sup>1</sup>, SERRA MC.<sup>1</sup>, SINOPOLI MT.<sup>1</sup>, SGRICIA S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ASL RM4, Civitavecchia; <sup>2</sup> Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata'

### **Obiettivi**

Sul territorio della laziale ASL Roma 4 insistono tipologie diverse di centri d'accoglienza dei migranti richiedenti protezione internazionale, e precisamente: due CARA, due SPRAR ed un recente CAS. Il Servizio Vaccinale Aziendale (SVA) offre agli ospiti di tali centri tutte le vaccinazioni raccomandate ad hoc dal Ministero della Salute e dalla Regione Lazio in modo da garantire sul territorio il diritto alla salute attraverso la prevenzione individuale e collettiva.

### **Metodi**

Il SVA opera su un vasto territorio distribuito su quattro Distretti, ha personale sanitario dedicato e si rivolge ai soggetti di tutte le età residenti e non e ai viaggiatori internazionali. L'anagrafe vaccinale informatizzata consente il monitoraggio dei movimenti della popolazione, e dell'attività svolta. Le vaccinazioni proposte ai migranti seguono i protocolli per l'immunoprofilassi dei minori e degli adulti. Per favorire l'adesione dei migranti alle vaccinazioni sono state adottate due tipologie di intervento: il personale sanitario del SAV coadiuvato da quello del Distretto Sanitario locale si reca regolarmente nel CARA dove i soggetti sono più numerosi e maggiore è la distanza dal centro vaccinale. I soggetti dello SPRAR, inferiori numericamente e distribuiti sul territorio, sono invece invitati a recarsi autonomamente all'ambulatorio vaccinale. Per promuovere l'adesione vaccinale vengono effettuati incontri informativi nei centri di accoglienza con il personale della ASL, per chiarire eventuali dubbi e perplessità, con traduzione simultanea multilingue da parte dei mediatori culturali locali e vengono fornite brochure multilingue sui vaccini effettuati. Per tutti si esegue: la valutazione dell'eventuale documentazione attestante lo stato vaccinale, un colloquio informativo e anamnestico, la prescrizione, esecuzione e registrazione delle previste dal calendario vaccinale vigente nei minori. Negli adulti viene somministrata una dose di antipolio, l'antitetanica postesposizione, e nei soggetti con patologie anche le vaccinazioni previste per i soggetti a rischio. Inoltre, vengono rilasciati i relativi libretti vaccinali e certificati internazionali e segnalati eventuali eventi avversi a vaccinazione.

### **Risultati**

I dati dell'attività svolta nel biennio 2014-15, CAS escluso, comprendono 1095 vaccinazioni somministrate, in prevalenza in maschi; i minori sono stati 131, e 4 i rifiuti all'antipolio per motivi religiosi. Nel 2015, rispetto al precedente anno, le vaccinazioni eseguite sono triplicate nel CARA e raddoppiate nello SPRAR.

### **Conclusioni**

Questa attività proseguirà comprendendo il CAS e un centro CARA di prossima apertura, riproponendo le due modalità di intervento, compreso il monitoraggio dei soggetti raggiunti e l'adesione alle vaccinazioni, pur nella consapevolezza che, data l'elevata mobilità, difficilmente si completano i cicli vaccinali.

Contatto: Clara Fusillo ([clara.fusillo@aslrmf.it](mailto:clara.fusillo@aslrmf.it))

## **Sistema regionale centralizzato per la gestione degli STP/ENI con scheda informatizzata (P)**

FRASCARELLI W.<sup>1</sup>, PANELLA V.<sup>2</sup>, BAGLIO G.<sup>3-5</sup>, LORENZINI L.<sup>2</sup>, FORCELLA E.<sup>2</sup>, GERACI S.<sup>4-5</sup>, MANTINI V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> LAZIO Crea; <sup>2</sup> Regione Lazio; <sup>3</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); <sup>4</sup> Area sanitaria Caritas, Roma; <sup>5</sup> GrIS Lazio

### **Obiettivi**

Nella Regione Lazio la gestione dei tesserini STP/ENI è stata demandata agli enti sanitari locali territoriali (Aziende Asl e Ospedaliere; IRCCS e Policlinici Universitari) che utilizzano procedure e applicazioni proprie memorizzando i dati in archivi appositamente creati, o addirittura si avvalgono del solo supporto cartaceo. Inoltre questo tipo di gestione decentrata fa sì che si creino situazioni di duplicazioni a causa della mancanza di comunicazione tra i diversi sistemi. La Regione Lazio negli anni 2003-2005 ha attuato un Progetto Pilota per conto del Ministero della Salute dal titolo: "Sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione" (Progetto OSI). Tale sperimentazione è stata estesa a livello nazionale negli anni 2008-2010 nell'ambito del progetto CCM "Migrazione e salute". Alla luce dei risultati raggiunti, la Regione Lazio, attraverso LAZIOcrea, nell'ambito di un progetto di contrasto alle disuguaglianze, ha attivato un piano di centralizzazione dei sistemi per la creazione dei codici STP/ENI e un sistema informativo unico in grado, attraverso una scheda dedicata, di raccogliere dati sull'attività assistenziale svolta presso gli ambulatori STP/ENI: aspetti socio-demografici, informazioni sanitarie sui problemi di salute riscontrati e tipologia delle prestazioni erogate. Tale piano ha una duplice finalità: • fornire un servizio efficiente ed efficace di assistenza sanitaria agli assistiti STP/ENI; • effettuare le elaborazioni statistiche e il monitoraggio necessari al fine di una corretta programmazione socio-assistenziale.

### **Metodi**

a) Sviluppo dell'architettura del flusso informativo da implementare a livello delle singole aziende sanitarie territoriali (e a partire da queste, in altre strutture, anche del privato sociale, identificate come strategiche in ambito socio-assistenziale); b) revisione della scheda e del software OSI; c) censimento degli ambulatori per STP/ENI a livello aziendale, al fine del loro arruolamento nella rete OSI; d) addestramento degli operatori e avvio delle attività di utilizzo, rilevazione e gestione del flusso informativo in due fasi: la prima per il rilascio del tesserino STP/ENI e la seconda per l'implementazione della scheda OSI.

### **Risultati**

Dopo una preliminare presentazione dello specifico piano ad alcuni referenti aziendali e regionali che ha permesso di allineare il sistema/flusso informativo con la normativa regionale per l'accesso ai servizi sanitari, sono state realizzate delle guide operative e una formazione per il personale amministrativo e me-dico. Entro il 2016 il nuovo sistema sarà operativo in tutto il territorio regionale.

### **Conclusioni**

Tale strumento, una volta entrato a sistema, sarà un elemento fondamentale per il monitoraggio del fenomeno sia dal punto di vista amministrativo ma anche sociale e sanitario. Ciò permetterà una più attenta programmazione dei servizi nell'ottica di una sanità che non deve escludere nessuno.

Contatto: William Frascarelli ([william.frascarelli@laziocrea.it](mailto:william.frascarelli@laziocrea.it))



## **Donna, Malata e Migrante: tre punti a sfavore (P)**

ANGELETTI M.

GrIS Marche

### **Obiettivi**

La medicina palliativa è nata nell'ambito della cura delle fasi estreme della vita, occupandosi dell'assistenza attiva e totale dei pazienti terminali. Quando la malattia non risponde più alle terapie, il sintomo, espressione di un disagio multifattoriale, diventa il problema clinico centrale attorno a cui ruota l'intervento palliativo. Per la risoluzione del dolore è necessario somministrare una giusta dose di oppioidi ma è anche di fondamentale importanza affrontare la depressione del familiare. Le cure palliative possono essere affrontate a domicilio del paziente con l'intervento delle figure professionali competenti (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali e spirituali). Gli stranieri residenti in Italia, al primo gennaio 2016 sono 5 milioni 54 mila e rappresentano l'8,3% della popolazione residente totale, quindi è necessario adeguare i servizi socio-sanitari presenti sul territorio nazionale a nuovi modelli di coesistenza ed anche la medicina palliativa deve tenere conto dei neo residenti in Italia.

### **Metodi**

A documentazione di ciò viene presentato un caso clinico.

Ad una donna marocchina di 36 anni, al quinto mese di gravidanza, conseguentemente ad un ricovero per pleurite, è stata fatta diagnosi di adenocarcinoma polmonare; dopo il parto inizia le terapie, ma rapidamente si manifestano metastasi ossee e cerebrali. La paziente presenta forte dolore, astenia ed ipoventilazione polmonare. Il medico di famiglia e l'infermiere dell'assistenza oncologica domiciliare quotidianamente vanno a farle visita, ma a causa dell'incomprensione linguistica e culturale, non riescono ad organizzare un adeguato percorso di sostegno fisico e psicologico.

### **Risultati**

La paziente non ha ricevuto i supporti medici, sociali e psicologici adeguati alla sua cultura, che l'avrebbero accompagnata ad un fine vita più sereno.

### **Conclusioni**

L'assistenza delle persone affette da malattia oncologica in fase terminale assicura la migliore qualità della vita proprio nel momento in cui la morte si avvicina, cercando di capire le esigenze interiori del paziente e dei suoi familiari. Tutto ciò per la paziente marocchina non è avvenuto, per mancanza di una mediatrice interculturale, con il compito di gestire gli incontri con il personale sanitario, di una psicologa, e nel rispetto della sua cultura, di assistenza infermieristica domiciliare di sesso femminile.

*Contatto: Margherita Angeletti (margherita.angeletti@alice.it)*

## **Una medicheria di prossimità: cura per i senza dimora a Roma (P)**

CIVITELLI G., MASCIOTTI S., ABBENANTE D., GARGANO D., GERACI S.

Area sanitaria Caritas, Roma

### **Obiettivi**

La medicheria del Poliambulatorio Caritas di Roma è un servizio a bassa soglia di accesso e ad alto impatto relazionale per persone fragili e senza dimora. La formazione al *nursing transculturale* e al lavoro di équipe e di rete hanno prodotto un approccio integrato per le medicazioni complesse tra infermieri e medici specialisti in dermatologia e chirurgia. Il bisogno di salute viene gestito in sede, spesso a partire dalla relazione di fiducia instaurata con l'infermiere e, in presenza di adeguata *compliance*, presso altre realtà del territorio. È stato realizzato uno studio valutando i nuovi accessi al servizio, negli anni 2014-2015, con l'obiettivo di revisionare la cartella infermieristica e le procedure per le medicazioni (utilizzo di sei protocolli).

### **Metodi**

I pazienti sono stati selezionati dalle cartelle infermieristiche, aperte solo per medicazioni complesse, considerando la data del loro primo accesso: sono stati individuati i nuovi contatti tra il 1/1/2014 e il 31/12/2015. I dati sono stati riportati su un file Excel, e successivamente sono stati incrociati con quelli socio-anagrafici tramite il database del Poliambulatorio, ove presenti.

### **Risultati**

Il totale delle prestazioni effettuate nel biennio, comprensive di rilevazione dei parametri vitali, (temperatura, pressione arteriosa, glicemia capillare), medicazioni semplici e complesse, somministrazione di terapia intramuscolare e sottocutanea, per vecchi pazienti e nuovi accessi, è pari a 4.048 (2.247 nel 2014 e 1.801 nel 2015). I nuovi pazienti seguiti per le medicazioni complesse sono 38 (15 nel 2014, 23 nel 2015), di cui 31 in possesso di cartella ambulatoriale (presa in carico integrata). I pazienti, per lo più uomini (87%) e con età media di 51 anni, sono così rappresentati: 68% stranieri (31% comunitari), 16% italiani, 16% dati mancanti. Sono state effettuate medicazioni di ulcere complesse nel 37% dei casi, soprattutto agli arti inferiori. Rispetto ai sei protocolli, quello per il trattamento di ulcere infette risulta il più usato. Il numero totale di prestazioni è pari a 380, con un numero medio di 10 per paziente. 10 pazienti su 38 hanno effettuato più di 10 accessi. Il 68% dei casi ha beneficiato di consulenze mediche.

### **Conclusioni**

La medicheria è "una porta aperta sulla strada", di cui varcano la soglia (di per sé già bassa) tutti coloro che, a seguito di un processo di emarginazione sociale, perdono la capacità di autogestire il proprio percorso di cure o non accedono ai servizi del territorio. Questi dati sono stati determinanti per la standardizzazione degli strumenti del servizio e per il potenziamento di momenti formativi e di supervisione. L'investimento nella formazione nei confronti degli studenti di medicina e infermieristica ha condotto anche all'elaborazione di diverse tesi di laurea, una significativa azione di sensibilizzazione oltre che di ricerca e denuncia sul tema dell'accessibilità ai servizi.

Contatto: Marica Liddo ([maricaliddo@gmail.com](mailto:maricaliddo@gmail.com))

## **Vaccinazione antinfluenzale tra gli immigrati adulti a rischio di complicanze: stime di copertura e confronto con i cittadini Italiani (P)**

FABIANI M.<sup>1</sup>, RICCARDO F.<sup>1</sup>, DI NAPOLI A.<sup>2</sup>, GARGIULO L.<sup>3</sup>, DECLICH S.<sup>1</sup>, PETRELLI A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità (ISS); <sup>2</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); <sup>3</sup> Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)

### **Obiettivi**

Il numero di immigrati residenti in Italia ha raggiunto 5,0 milioni nel 2015 (8,2% della popolazione). Gli immigrati sono considerati un gruppo vulnerabile per le malattie infettive. Tra queste, l'influenza costituisce un importante problema di sanità pubblica, con potenziali gravi conseguenze tra gli anziani e le persone affette da determinate malattie croniche. Questo studio si propone di stimare la copertura vaccinale anti-influenzale (CVI) tra gli immigrati regolari a rischio di complicanze e valutare i fattori associati con la differente copertura rispetto ai cittadini Italiani.

### **Metodi**

Nel 2012-2013, l'ISTAT ha condotto un'indagine campionaria trasversale sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente in Italia. Sulla base delle informazioni raccolte in questa indagine, sono stati analizzati i dati relativi a 42.048 residenti adulti ( $\geq 18$  anni) a rischio di complicanze per l'influenza (anziani  $\geq 65$  anni e/o persone affette da specifiche malattie croniche). La CVI tra 885 immigrati regolari e 41.163 cittadini Italiani è stata confrontata usando il modello log-binomiale. Gli immigrati sono stati analizzati sia complessivamente che separatamente per macro-area di provenienza e durata di soggiorno in Italia (recenti:  $< 10$  anni; lunga permanenza:  $\geq 10$  anni).

### **Risultati**

La CVI tra gli immigrati è risultata pari al 16,9%, inferiore rispetto al 40,2% tra i cittadini Italiani (rapporto CVI (RCV)=0,42, intervallo di confidenza (IC) 95%: 0,36-0,49). Aggiustando per sesso, età e area di residenza, la differenza tra i due gruppi si è ridotta notevolmente ma è rimasta statisticamente significativa (RCV=0,71, IC 95%: 0,61-0,81). L'ulteriore aggiustamento per fattori socio-economici (istruzione, stato occupazionale, tipologia familiare e condizioni economiche) e un indice sintetico di utilizzo dei servizi sanitari non ha modificato sostanzialmente la differenza (RCV=0,78, IC 95%: 0,68-0,90). Comunque, dopo l'aggiustamento per tutti i fattori presi in considerazione, solo gli immigrati recenti (RCV=0,58, IC 95%: 0,43-0,78) e gli immigrati africani di lunga permanenza (RVC=0,49, IC 95%: 0,28-0,85) presentavano una CVI significativamente inferiore a quella dei cittadini Italiani.

### **Conclusioni**

Le differenti caratteristiche demografiche e socio-economiche e il diverso livello di utilizzo dei servizi sanitari sembrano spiegare la minore CVI nella maggior parte degli immigrati di lunga permanenza. Al contrario, questo non si verifica per gli immigrati recenti e gli immigrati africani di lunga permanenza. Questi risultati suggeriscono che la CVI in questi due sottogruppi sia influenzata da altre barriere informali, quali quelle culturali e linguistiche, che dovrebbero essere indagate per promuovere efficaci strategie di accesso alla vaccinazione.

Contatto: Massimo Fabiani ([massimo.fabiani@iss.it](mailto:massimo.fabiani@iss.it))

## **Prevenzione Serena. Integrazione anche nella prevenzione. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne straniere in Piemonte (P)**

GIORDANO L.<sup>1</sup>, BRONZINO MP.<sup>2</sup>, GARENA F.<sup>1</sup>, CASTAGNO R.<sup>1</sup>, DOTTI M.<sup>1</sup>, JARAMILLO L.<sup>1</sup>, ORECCHIA F.<sup>2</sup>, RENZETTI M.<sup>2</sup>, SEGNAN N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> C.P.O. Piemonte, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; <sup>2</sup> Centro Come Noi, Sermig

### **Obiettivi**

Creazione di una rete di supporto per facilitare l'accesso al test di screening per la cervice uterina alle donne non regolarmente residenti sul territorio (STP) o a gruppi di donne difficilmente raggiungibili ("hard to reach"); creazione di un percorso strutturato e monitorabile per l'effettuazione del test all'interno del programma di screening regionale 'Prevenzione Serena'; interventi di sensibilizzazione sul tema attraverso incontri diretti con le donne, la distribuzione di materiale informativo e il coinvolgimento di mediatori culturali.

### **Metodi**

In collaborazione con il Sermig, l'ufficio nomadi del Comune di Torino e altre associazioni attive sul territorio, sono state identificate le strategie e le modalità operative per raggiungere gli obiettivi prefissati. È stato allestito presso gli ambulatori del Sermig un centro di prelievo per l'effettuazione di Pap-test per le donne tra 25-29 anni o di test HPV (Herpes Papilloma Virus) per le donne tra 30-64 anni. È stato creato un programma di gestione ad hoc per permettere l'inserimento diretto di questi prelievi nel circuito del programma piemontese. Sono stati organizzati dei momenti di formazione per gli operatori addetti al prelievo e incontri diretti con gruppi di donne appartenenti alle comunità nomadi presenti sul territorio (campi di via Germagnano, di corso Vigevano e via Traves). Contemporaneamente è iniziata un'azione di sensibilizzazione nei confronti sia delle donne (STP o residenti) afferenti agli ambulatori del Sermig che di donne immigrate contattate dalla rete di supporto attivata dal progetto.

### **Risultati**

Dal momento di attivazione, presso il Sermig, dell'unità di prelievo (primavera 2015), sono stati effettuati più di 50 prelievi a donne nomadi (60,5%) ed STP (39,5%). I dati anamnestici e quelli relativi all'esito dei test sono stati inseriti e gestiti dal programma automatizzato regionale. È in corso la valutazione degli esiti del test e dell'adesione di queste donne all'intero percorso di screening. Gli incontri con le donne delle comunità nomadi hanno permesso l'identificazione della presenza di importanti barriere nell'accesso (criticità nella gestione dell'organizzazione familiare, scarsa consapevolezza del significato della prevenzione oncologica, paura, scarsa conoscenza delle strutture sanitarie) e di fattori potenzialmente facilitanti (una sede dove effettuare il prelievo conosciuta e un percorso agevolato di accesso).

### **Conclusioni**

Benché il numero di donne raggiunte finora sia piccolo, l'impegno per attivare questa rete è stato molto grande, e ha permesso l'inserimento di queste donne all'interno di un percorso di screening organizzato, con un monitoraggio costante e con la possibilità di costruire una gestione automatica dei test. Il rinforzo della rete di supporto tra le varie associazioni attive in questo ambito sarà fondamentale per dare continuità al progetto e per garantire a questi gruppi di donne la possibilità di effettuare, almeno una volta, il test di screening.

Contatto: Livia Giordano ([livia.giordano@cpo.it](mailto:livia.giordano@cpo.it))

**Descrizione di un Progetto per la Promozione della Salute tramite supporti visivi da realizzarsi presso insediamenti spontanei/informali di migranti (P)**

Mazzola E., Cravero N., Di Prima S.

ASL TO 2

**Obiettivi**

Raggiungimento dell'uguaglianza nello stato di salute dei migranti che vivono in siti informali di un territorio, riducendo le differenze attuali di accesso ai servizi, offrendo e garantendo uguale livello di prestazioni sanitarie. Il progetto inoltre vuole favorire la consapevolezza, nei residenti, delle diverse possibilità di scelta di assistenza sanitaria in rapporto alla gravità della patologia (chiamata/accesso al MMG o al Pronto Soccorso, chiamata della Guardia Medica o del 118 territoriale). Tutto ciò favorirebbe l'accesso al servizio sanitario pubblico, come previsto dalle normative, superando le attuali barriere.

**Metodi**

Analisi dei determinanti di salute, con particolare attenzione alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari presenti nella zona di competenza, dei paesi di provenienza dei residenti (comunitari o no) e di eventuali informazioni "scorrette" diffuse tra la popolazione. Ampliamento e rafforzamento delle informazioni riguardanti le strutture sanitarie nel sito in questione, tramite "poster" e volantini che verranno affissi presso i siti stessi e tradotti nelle lingue principali presenti. Questi saranno dotati di immagini, clipart, flow chart, fotografie, mappe, descrizioni di scenari di malattia estremamente elementari, prediligendo le immagini e favorendo la possibilità di scelta dell'individuo per ciò che riguarda la propria salute. Ove possibile sarà associato uno sportello informativo non necessariamente fisso in un posto/ufficio, gestito da volontari. Il progetto inoltre, sempre tramite poster, mirerà a guidare l'iscrizione al SSN, in particolare alla richiesta di assegnazione di medici di famiglia, specificando i passaggi relativi all'ASL di riferimento (eventuale possibilità di iscrizione on-line, documenti richiesti, possibilità di autocertificazioni ecc.) corredati da fac-simili precompilati come esempio e mappe/indicazioni per raggiungere i posti suddetti.

**Risultati**

Siamo già presenti in due siti informali territoriali ed abbiamo osservato implementando l'informazione locale, un maggiore accesso ai servizi sanitari pubblici.

**Conclusioni**

La garanzia di equità di accesso al SSN e di livello di assistenza è possibile con una corretta informazione che tenga conto delle caratteristiche specifiche e locali della popolazione e dei servizi presenti.

Contatto: Elena Mazzola ([elena\\_mazzola@yahoo.it](mailto:elena_mazzola@yahoo.it))

## **Salute, cultura e discriminazione: i mille volti del diritto alla salute (P)**

TANGERINI S.

Comitato Collaborazione Medica, CCM (ONG/Onlus)

### **Obiettivi**

- Promuovere il concetto di pari opportunità a scuola
- Sensibilizzare gli adolescenti sulla discriminazione come fenomeno che compromette il patrimonio di salute sociale, fisico e mentale dell'individuo
- Aumentare tra studenti e insegnanti la consapevolezza del fenomeno discriminazione in ambito scolastico per poterlo contrastare
- Raccogliere ed elaborare interviste video di adolescenti sul tema della discriminazione mettendolo a disposizione di progetti educativi attraverso la realizzazione di un portale web

### **Metodi**

Per il raggiungimento dei sopracitati obiettivi il progetto ha previsto la realizzazione di diverse attività:

1. Elaborazione di un kit didattico rivolto alle scuole secondarie di primo e secondo grado contenente attività progettate per spiegare le categorie di discriminazione ai diversi target di età (13-16 anni).
2. Erogazione di un percorso di 3 incontri laboratoriali di 2 ore ciascuno attraverso metodologie di pedagogia attiva: giochi di ruolo, lavoro in piccoli gruppi, sedute di discussione ed analisi su casi concreti (condotto da operatori CCM).
3. Realizzazione e montaggio di video interviste realizzate in collaborazione con Agenzia Flylab per dare voce alle testimonianze dei ragazzi sui temi trattati.
4. Sviluppo e messa in rete di un portale web [www.millevoltidellasalute.it](http://www.millevoltidellasalute.it) in cui sono raccolti tutti i materiali del progetto, il kit didattico e le interviste archiviate e consultabili attraverso diverse chiavi di ricerca (categoria di discriminazione, scuola, età).
5. Realizzazione di un cortometraggio dal titolo "4X4" strumento didattico per parlare di discriminazione a scuole.

### **Risultati**

- Sensibilizzati e formati circa 1.000 studenti appartenenti a 10 istituti scolastici secondari di primo e secondo grado su due province: Torino e Cuneo
- Intervistati oltre 80 ragazzi
- Messi a disposizione di docenti e operatori del mondo della scuola di strumenti didattici per affrontare e contrastare il fenomeno della discriminazione: 1 kit didattico in 30 copie, 1 portale web e 1 cortometraggio (disponibili on-line)

### **Conclusioni**

Il progetto è stato premiato nel 2014 dal centro studi "Cultura e Società" con la seguente motivazione "Utilizza mezzi e canali diversificati a forte componente esperienziale conducenti a stimolare negli allievi/e una riflessione sulla discriminazione e sulla cultura di parità in relazione al tema della salute". Dal 2014 è stato oggetto di 3 tesi di laurea da parte di studenti della Facoltà di Scienze Infermieristiche. Il kit è utilizzato anche nell'ambito di corsi ADE presso questa stessa facoltà ed è attualmente oggetto di una sperimentazione in ambito aziendale.

Contatto: Sabina Tangerini ([sabina.tangerini@ccm-italia.org](mailto:sabina.tangerini@ccm-italia.org))

## **Frutti di salute: un bridge pour la salud (P)**

TORCHIARO S.<sup>1</sup>, BRUSCHINI G.<sup>1</sup>, KHALIQ W.<sup>1</sup>, CIVITELLI G.<sup>1</sup>, LANDEO L.<sup>1</sup>, ARRIVI F.<sup>2</sup>, LIDDO M.<sup>1</sup>, MAISANO B.<sup>1</sup>, GERACI S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Area sanitaria Caritas, Roma; <sup>2</sup> Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata'

### **Obiettivi**

Lo scenario è quello del Nuovo Mercato Esquilino (NME), il più multietnico di Roma, punto di osservazione strategico. In questo contesto si inserisce *InformaSaluteSuStrada* con il *Banco della Salute*. Finalità del progetto sono: promozione e tutela del diritto alla salute mediante formazione e orientamento socio-sanitario rivolti agli esercenti, ai fruitori del NME e alla comunità del territorio; formazione sul campo dei giovani volontari (mappatura dei servizi territoriali; conoscenza della normativa sul diritto alla salute; esperienze di relazione transculturale, mediazione di sistema, lavoro in équipe multidisciplinare e progettazione partecipata); prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari, del diabete e dei tumori femminili; mediazione tra servizi territoriali e comunità.

### **Metodi**

Il Banco della Salute è una postazione presente ogni venerdì presso il NME e anche un laboratorio di analisi dei dati raccolti, elaborazione di strategie di mediazione e superamento delle barriere di accesso ai servizi sanitari. L'équipe giovane, multidisciplinare e dinamica è costituita da studenti di diverse facoltà, operatori dell'Area sanitaria Caritas di Roma e della ASL RM1. La metodologia scelta privilegia l'iniziativa nelle attività di prevenzione e la cura delle relazioni sia con gli esercenti, sia con gli operatori del servizio sanitario e delle associazioni attive nel Rione tra cui il Progetto Mediazione Sociale e la cooperativa che gestisce il NME.

### **Risultati**

Nel 2015 *InformaSaluteSuStrada* ha realizzato 45 uscite e incontrato 757 persone, prevalentemente bengalesi (209), italiani (69), cinesi (36) e rumeni (38). Il 75% dei contattati sono stranieri non comunitari con permesso di soggiorno aventi diritto all'iscrizione al SSN; di essi circa il 2,4% non risultava iscritto al SSN. Il 96% degli iscritti al SSN sono stati orientati ad un corretto utilizzo dei servizi. Il personale della ASL ha partecipato in 19 uscite su 45 per l'offerta attiva della prevenzione cardiovascolare e dei tumori femminili. Dal 2014 ad oggi circa 14 esercenti sono stati coinvolti diventando promotori di salute e mediatori tra la comunità ed il progetto stesso. Circa 20 studenti hanno partecipato attivamente, tra cui 3 in Servizio Civile, la cui presenza costante ha permesso di raggiungere una dimensione relazionale che va oltre quella progettuale.

### **Conclusioni**

L'iniziativa e la relazione costante e di prossimità si sono mostrate strategie efficaci per il raggiungimento della fiducia alla base di ogni relazione terapeutica, ma anche per il superamento delle barriere linguistiche, culturali, lavorative che risultano di maggiore ostacolo all'accesso ai servizi e fonte di diseguglianze. Rilevante è l'acquisizione di competenze relazionali e di orientamento socio-sanitario dei giovani volontari: metodologia di formAzione che verrà condivisa e si auspica possa diffondersi anche nelle università.

Contatto: Antonella Torchiaro ([antonella\\_torchiaro@hotmail.it](mailto:antonella_torchiaro@hotmail.it))

## ***Il bisogno di salute della popolazione del Campo di Castel Romano nella ASL Roma 2 (ex ASL RM/C): un'analisi preliminare all'azione (P)***

SANTORO V.<sup>1</sup>, PETTINICCHIO V.<sup>1</sup>, VAZZOLER C.<sup>2</sup>, PAVONE R.<sup>2</sup>, LANCIA A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata', Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; <sup>2</sup> ASL Roma 2, UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica

### **Obiettivi**

Scopo del lavoro è illustrare gli interventi messi in atto dall'équipe del progetto "Salute senza esclusioni" all'interno del campo nomadi autorizzato di Castel Romano, la composizione demografica, i dati riguardanti le coperture vaccinali e l'adesione agli screening oncologici.

### **Metodi**

L'ultimo intervento in favore della popolazione residente si è verificato nell'ambito del Progetto Regionale "Salute senza esclusioni – Macroobiettivo A", approvato nel 2013. Nel 2014, l'équipe del Progetto ha stabilito un contatto con le famiglie e gli operatori all'interno del campo. Alcuni Ambulatori vaccinali della Asl hanno dedicato fasce orarie specifiche e distribuito materiale informativo per migliorare la fruibilità dei servizi. Nel 2015, in seguito alla notifica di un piccolo focolaio epidemico di scabbia, personale sanitario proveniente dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e dalla Direzione Aziendale si è recato in visita al campo. Si è attivato un tavolo di lavoro presso il Municipio IX per definire una comune strategia di intervento; il SISP ha analizzato i dati disponibili, definendo il contesto e alcuni bisogni di salute della popolazione target. Attraverso il software per la gestione dei dati aziendali si è ricostruita infatti la composizione demografica, l'accesso ai servizi vaccinali e ai programmi di screening oncologici. Sono stati analizzati i dati vaccinali registrati nell'archivio aziendale e il dato della copertura per le vaccinazioni anti-Morbillo, Parotite, Rosolia (MPR) e Varicella, è stato utilizzato come proxy di verifica dell'accesso ai servizi.

### **Risultati**

Dall'analisi dei dati del software vaccinale, risultano 1230 residenti, di cui 593 donne. Il 62% (757/1230) è costituito da minori di 18 anni e solo il 7% (87/1230) da soggetti con più di 50 anni. Un residente su quattro (26%) non ha avuto alcun accesso ai servizi vaccinali della ASL. Analizzando la copertura della 1° dose della vaccinazione MPR nella coorte dei bambini nati prima del 2008 (anno dello sgombero), si nota come sia più elevata se confrontata con quella dei bambini nati successivamente. È probabile che la distanza del campo dai servizi vaccinali e le modalità di accesso ad essi (prenotazione telefonica) abbiano reso più difficile la fruizione del servizio. Soltanto il 12% delle donne 25-64enni (16/128) invitate allo screening per il cancro della cervice uterina ha eseguito almeno una volta il pap test.

### **Conclusioni**

Il campo versa in condizioni di "abbandono sanitario" concreto e percepito. Negli anni si è assistito al vanificarsi dei vari progetti di facilitazione all'accesso ai servizi di prevenzione e cura. Si è interrotta la continuità dei servizi già faticosamente forniti dalle cooperative e dal privato sociale. Appare urgente rilanciare una progettualità nuova, che tenga conto dell'esperienza maturata, che valorizzi positivamente le energie investite e, soprattutto, che non abbia il carattere dell'eccezionalità ma sia l'avvio di un percorso di più ampio respiro.

Contatto: Viviana Santoro (vivianasant@gmail.com)



## **La domanda di salute delle persone vulnerabili (C)**

JACCHETTI G., RAVAZZINI M., LANDRA S.

Fondazione Casa della Carità, Milano

### **Obiettivi**

Studiare il rapporto tra persone vulnerabili e organizzazione sanitaria nel contesto urbano, volutamente scelto in un'accezione sistemica di città, utilizzando "la visuale del paziente", con la convinzione che i pazienti, per quanto portatori di una condizione di vulnerabilità, siano titolati a partecipare attivamente alla gestione della propria condizione.

### **Metodi**

Lo studio è stato condotto in tre *setting*: due servizi del privato sociale (Fondazione Casa della Carità – febbraio-marzo 2013 e Assistenza sanitaria San Fedele – febbraio-aprile 2014) e uno pubblico (U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza dell'A.O. L. Sacco – maggio-giugno 2014). Il disegno dello studio ha previsto l'utilizzo del metodo quantitativo e qualitativo attraverso il questionario somministrato con intervista diretta e la trascrizione etnografica. Per l'individuazione dei soggetti vulnerabili è stato creato un filtro, costituito da quattro indicatori, rilevabili e misurabili con immediatezza, che potessero rappresentare e fare sintesi del concetto stesso di vulnerabilità: condizione migrante, mancanza di lavoro/reddito, mancanza di casa e basso livello di alfabetizzazione.

### **Risultati**

Le persone incluse nello studio sono state 387 (M 55%, età mediana 40aa); il 90% ha accettato l'intervista. Rispetto ai criteri di vulnerabilità il 60% ne aveva almeno tre. Le persone straniere rappresentavano il 93%. Più del 75% degli stranieri era in Italia da un periodo maggiore di 3 anni (il 41% da più di 10 anni) e il 27% non aveva permesso di soggiorno/iscrizione anagrafica. L'87% degli intervistati era disoccupato, il 34% aveva un'abitazione propria e 16% si è dichiarato analfabeta. I servizi sanitari più utilizzati sono stati il Medico di Medicina Generale e il Pronto soccorso. Il dato qualitativo rispetto all'uso del MMG mostra tre indicazioni preponderanti: linearità (9%), dipendenza/accudimento (67%) e strumentalità (25%). Il risultato principale emerso rispetto al concetto di *healthability*, come capacità di adattarsi e autogestirsi in salute, è che i vulnerabili portano una domanda di salute complessa: nel descrivere il proprio stare bene, gli intervistati elencano più dimensioni insieme, spesso connesse tra loro in una concretezza che diventa reale ostacolo alla salute.

### **Conclusioni**

I soggetti vulnerabili esordiscono, in modo lineare, esprimendo un bisogno sanitario, ma è sufficiente una domanda per fare emergere un bisogno di salute, nel significato più ampio che questa parola ha. Senza lavoro, poco alfabetizzati, con abitazioni insicure, con famiglie frammentate e affetti lontani, o inesistenti, si muovono in cerca di cura sapendo che non possono "stare bene" senza lavoro, casa e affetti. Nel costruire modalità per condividere la responsabilità di essere promotori di questo cambiamento pensiamo che si debba ritornare a riflettere sul tema della *primary health care* e in particolare sull'idea delle case della salute.

Contatto: Gaia Jacchetti ([gaia.jacchetti@casadellacarita.org](mailto:gaia.jacchetti@casadellacarita.org))

**Progetto europeo MEM-TP: sviluppo di pacchetti formativi per operatori sanitari per migliorare la qualità e l'accessibilità ai servizi sanitari per i migranti. Gli esiti della formazione pilota in Italia (P)**

CIANNAMEO A.<sup>1</sup>, CHIARENZA A.<sup>1</sup>, DALL'ASTA I.<sup>1</sup>, RIBOLDI B.<sup>1</sup>, BARALDI C.<sup>2</sup>, QUARANTA I.<sup>3</sup>, RICCARDO F.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> AUSL Reggio Emilia, Staff Ricerca e Innovazione; <sup>2</sup> Università di Modena e Reggio Emilia; <sup>3</sup> Università di Bologna; <sup>4</sup> CNESPS, Istituto Superiore di Sanità (ISS)

### **Obiettivi**

Il progetto, finanziato dalla Commissione Europea, è nato dal bisogno crescente di formare i professionisti sanitari affinché siano in grado di conoscere, comprendere e rispondere in maniera adeguata ai cambiamenti che le migrazioni producono nel contesto sociale e nei luoghi di cura. L'AUSL di Reggio Emilia, con responsabilità nazionali e in collaborazione con partner internazionali, ha realizzato una revisione critica dei principali percorsi formativi erogati a livello europeo, congiuntamente a una valutazione della qualità. Sulla base delle esperienze precedenti, ha poi sviluppato, testato e valutato una formazione pilota innovativa a livello nazionale. Definire una base di riferimento per lo sviluppo di un programma formativo volto a migliorare accessibilità, qualità e adeguatezza delle cure prestate a migranti e minoranze etniche nell'ambito dell'Unione Europea, rafforzando le competenze interculturali e acquisendo maggiore consapevolezza sulla diversità. Sviluppare e sperimentare un percorso strutturato innovativo adattando i materiali prodotti in base al contesto e alle esigenze locali.

### **Metodi**

È stato costituito un team interdisciplinare di formatori in grado di rispondere alla varietà degli approcci concettuali, dei contenuti e delle strategie formative previste. Il corso ha previsto 20 ore di formazione distribuite in tre giorni di cui 50% di lezioni frontali e 50% di attività interattive.

### **Risultati**

Il progetto pilota in Italia ha coinvolto 32 partecipanti provenienti da 6 regioni per costituire un pubblico multi-professionale con competenze, ruoli e contesti lavorativi differenti. Il corso è stato valutato in maniera positiva sia dai formatori che dai discenti che hanno contribuito a tracciare punti di forza ed elementi da perfezionare. Il pacchetto formativo sviluppato dal progetto europeo rappresenta un materiale a disposizione dei referenti della formazione a livello locale, nazionale ed europeo.

### **Conclusioni**

La formazione continua a rappresentare uno strumento fortemente significativo nel contrasto alle disuguaglianze in salute. Si è tentato pertanto di riconfigurarla come una strategia per comprendere le domande di salute dei migranti all'interno delle loro più ampie condizioni di vita; per rendere i professionisti capaci di interagire con la complessità dell'universo (fisico, psichico, socio-culturale, economico) dei pazienti; per promuovere la capacità di lavorare in equipe, operare in maniera integrata, trans-disciplinare e intersettoriale; per intervenire in modo equo supportando il cambiamento organizzativo.

Contatto: Anna Ciannameo ([anna.ciannameo@ausl.re.it](mailto:anna.ciannameo@ausl.re.it))

## **Promuovere equità nell'accesso agli screening oncologici nella provincia di Reggio Emilia (C)**

DALL'ASTA I.<sup>1</sup>, CHIARENZA A.<sup>1</sup>, RIBOLDI B.<sup>1</sup>, CAMPANI C.<sup>1</sup>, PATERLINI L.<sup>1</sup>, CERULLO L.<sup>2</sup>, SASSATELLI R.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> AUSL Reggio Emilia; <sup>2</sup> Arcispedale S. Maria Nuova, AOU di Reggio Emilia

### **Obiettivi**

Lo screening oncologico garantisce un'offerta attiva e gratuita di un test di primo livello e di eventuali approfondimenti necessari a tutta la popolazione residente e domiciliata, in fasce di età nelle quali un intervento di prevenzione può avere maggiori possibilità successo. Malgrado la gratuità e la capillare presenza dei punti di erogazione delle prestazioni in tutto il territorio provinciale, i dati evidenziano come l'adesione tra gli stranieri sia più bassa che tra gli italiani. In particolare lo screening del colon retto vede una minore partecipazione del sesso maschile (65,0% tra gli italiani contro il 33,0% degli stranieri). L'azione, inserita all'interno del progetto regionale di modernizzazione, mira a combattere le disuguaglianze nell'accesso allo screening del tumore della mammella, utero e colon-retto.

### **Metodi**

La metodologia utilizzata è quella dell'Health Equity Audit, uno strumento anglosassone della Health Development Agency che ha lo scopo di ridurre disuguaglianze di salute evitabili, fornire servizi in relazione ai reali bisogni di salute, distribuire risorse in relazione ai bisogni di differenti gruppi di popolazione in modo da garantire equità (e non uguaglianza) nell'offerta dei servizi. Si è proceduto con una ricerca quantitativa sui dati di accesso agli screening per individuare le aree critiche e, conseguentemente, con una ricerca qualitativa (*focus group* e interviste) sulle considerazioni degli attori coinvolti nelle aree identificate come critiche.

### **Risultati**

Attraverso la raccolta e l'analisi di dati quantitativi si sono identificati lo screening con minore adesione (colon-retto) e le comunità a minore adesione (Cina, India, Pakistan). Attraverso la ricerca qualitativa svolta tra utenti e operatori sanitari sono emersi 3 ambiti critici su cui si è deciso di intervenire con azioni di miglioramento. Area comunicativa: revisione delle strategie e dei materiali informativi esistenti al fine di sviluppare modalità innovative che possano raggiungere la popolazione in modo equo, Area formativa: formazione e sviluppo di una figura che sia un ponte tra i servizi e le comunità e che sia in grado di andare verso i bisogni, Area organizzativa: revisione e modifica della tipologia di offerta da offrire agli utenti (orari di apertura, ubicazione dei servizi, raggiungibilità, ecc.)

### **Conclusioni**

Le azioni di miglioramento messe in campo hanno prodotto: cambiamenti organizzativi nel lavoro quotidiano dei servizi interessati; strategie informative efficaci per combattere le disuguaglianze all'accesso. Attualmente è in corso la fase di valutazione delle azioni messe in campo attraverso indicatori identificati precedentemente.

Contatto: *Ilaria Dall'Asta* ([ilaria.dallasta@ausl.re.it](mailto:ilaria.dallasta@ausl.re.it))

## ***I determinanti di genere nei percorsi migratori e nei richiedenti asilo (P)***

ANGELUCCI M.A., TRILLÒ M.E.

GrIS Lazio

### **Obiettivi**

Migliorare l'efficacia dell'accoglienza dei migranti e dell'assistenza umanitaria ai richiedenti asilo attraverso l'inserimento dei determinanti di genere nei progetti e programmi di assistenza, nella gestione dei centri e nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Assicurare maggiore protezione dei gruppi di popolazione vulnerabile per sesso, età, disabilità ed orientamento sessuale.

### **Metodi**

- Formazione degli operatori socio sanitari sull'analisi di genere, programmazione orientata ad assicurare la presa in carico dei determinanti di genere ed il *gender budgetting* (fondi finalizzati attività di genere).
- Diffusione delle risoluzioni e manuali UN e EU sull'analisi di genere nell'accoglienza dei migranti e richiedenti asilo.
- Adozione di manuali e risoluzioni internazionali, liste di controllo orientate ad assicurare la presa in carico dei bisogni e delle competenze della popolazione migrante.
- Supervisione della gestione dei servizi preposti all'accoglienza dei migranti e richiedenti asilo inserendo anche gli indicatori di genere.

### **Risultati**

- Maggiore protezione dei gruppi vulnerabili (donne, bambini e bambine, anziani, disabili), migliore accesso ai diritti fondamentali: cibo, salute, istruzione, lavoro, abitazione.
- Miglior efficacia dell'assistenza socio sanitaria ed umanitaria.
- Prevenzione della violenza di genere.
- Migliore utilizzazione delle risorse.

### **Conclusioni**

Nel contesto Europeo attuale con la crisi dei rifugiati, le Organizzazioni Internazionali, l'UNHCR, il Parlamento Europeo, le organizzazioni delle donne e dei rifugiati, hanno espresso grande preoccupazione rispetto alle difficoltà presentate nei Centri di Accoglienza nel saper garantire adeguata protezione nei confronti delle donne, dei bambini e dei gruppi vulnerabili. Nei differenti paesi d'Europa, per le donne fra i 16 e i 44 anni, la violenza è la prima causa di morte e disabilità. prima del cancro, degli infortuni e della guerra. Per le donne ed i bambini sia durante la migrazione che nelle emergenze o subito dopo di esse, il rischio della violenza di genere è esponenziale, non soltanto perché particolarmente vulnerabili ma perché devono anche affrontare lo sfruttamento, l'emarginazione, le violenze basate sul genere usate come armi. Le donne ed i bambini affrontano rischi maggiori a causa del crollo delle normali strutture di protezione e sostegno. Il Diritto Umanitario internazionale stabilisce che alle donne ed ai minori vittime di persecuzioni siano garantiti senza discriminazione la protezione e tutti i trattamenti medici necessari; che la salute materna, l'assistenza psicologica alle donne vittime violenza, l'istruzione e la scolarizzazione dei minori sfoltati rappresentano sfide importanti nei Centri di Accoglienza. In questo contesto la formazione degli operatori ed operatrici sull'approccio di genere e l'inserimento degli indicatori di genere per la valutazione d'efficacia e di impatto si rileva di estrema importanza.

Contatto: Maria Augusta Angelucci ([augusta.angelucci@alice.it](mailto:augusta.angelucci@alice.it))

## **Disuguaglianze nei percorsi scolastici tra studenti stranieri e italiani in provincia di Trento. Anno scolastico 2014/2015 (P)**

PIOVESAN S.<sup>1</sup>, BATTISTI L.<sup>2</sup>, FATEH-MOGHADAM P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cinformi, Provincia autonoma di Trento; <sup>2</sup> Osservatorio per la Salute, Provincia autonoma di Trento

### **Obiettivi**

L'istruzione è uno dei più importanti determinanti della salute. Bassi livelli di istruzione accrescono i rischi di disabilità e di mortalità. In provincia di Trento oltre il 10% della popolazione scolastica è rappresentata da alunni stranieri. Obiettivo dello studio è monitorare i percorsi e i profitti scolastici degli studenti italiani e stranieri per stimolare azioni di contrasto in caso emergessero disuguaglianze.

### **Metodi**

Sono stati analizzati i dati raccolti e pubblicati dall'Istituto provinciale di statistica, dall'Istituto provinciale per la ricerca e la sperimentazione educativa e dal Dipartimento provinciale della conoscenza, relativamente a: indirizzo di studio, ritardo rispetto all'età scolare, esiti della rilevazione Invalsi e voti all'esame di stato.

### **Risultati**

In provincia di Trento gli studenti stranieri iscritti all'anno scolastico 2014/2015 sono 9736 (12% del totale), il 62% è nato in Italia. Le scelte scolastiche degli studenti stranieri sono principalmente orientate verso gli istituti tecnici e professionali: la percentuale degli studenti stranieri sul totale delle scuole di II grado è pari all'8%, sale al 10% negli istituti tecnici e al 16% in quelli professionali, scende al 5% nei licei. Il ritardo scolastico mostra differenze fin dalla scuola primaria (riguarda il 14% degli stranieri vs 3% degli italiani), che si accentuano al crescere del livello di scuola (secondaria di I grado 35% vs 6% italiani; secondaria di II grado 55% vs 17% italiani) e che si mantengono anche considerando solo gli studenti stranieri nati in Italia. Anche le analisi delle votazioni degli esami di stato evidenziano differenze sostanziali tra italiani e stranieri. Tra gli studenti licenziati all'esame conclusivo del I ciclo il 12% degli studenti stranieri ha raggiunto le votazioni nove o dieci rispetto al 29% dei colleghi italiani. Analogamente all'esame di maturità le votazioni superiori al 90 riguardano il 4% degli stranieri contro il 14% degli italiani. Gli esiti della rilevazione Invalsi confermano che a tutti i livelli del percorso scolastico gli studenti italiani conseguono risultati migliori degli stranieri e gli stranieri di seconda generazione ottengono risultati migliori degli stranieri nati all'estero.

### **Conclusioni**

Esistono disuguaglianze tra italiani e stranieri nei percorsi e nei profitti scolastici a sfavore degli stranieri. Queste disuguaglianze sono presenti già nella scuola primaria, si accentuano andando avanti nel sistema scolastico e colpiscono anche gli stranieri che compiono l'intero percorso scolastico in Italia. Sebbene molte buone pratiche siano consolidate nelle scuole della provincia di Trento, è necessario rinforzarle e diffonderle ulteriormente, con l'obiettivo di offrire pari opportunità formative a tutti. Un utile punto di riferimento per gli interventi di contrasto alle disuguaglianze è rappresentato anche dal Piano per la salute del Trentino 2015-2025.

Contatto: Serena Piovesan ([serena.piovesan@virgilio.it](mailto:serena.piovesan@virgilio.it))

## **Monitoraggio sull'esclusione dal sistema sanitario 2015 (P)**

SACCANI M.

AUSL Reggio Emilia

### **Obiettivi**

Approfondire, attraverso la narrazione, l'esclusione dal Servizio Sanitario Regionale. Il periodo storico che stiamo vivendo tende ad allontanare le persone più fragili da un sistema di protezione sociale che dovrebbe garantire un sostegno al progetto migratorio (problema del lavoro, residenza precaria, difficoltà di accesso ai servizi essenziali, famiglia mono componente, scarsa rete parentale, ecc).

### **Metodi**

Per tale ragione dal gennaio 2015 a Reggio Emilia al CSFS, ambulatorio pubblico dedicato ai migranti STP ed ENI, abbiamo iniziato a monitorare una situazione che vedevamo presentarsi sul territorio: l'esclusione dall'iscrizione al servizio sanitario di persone regolari con impossibilità di accedere alle cure se non come paganti per quota intera. Per 3 mesi è stato implementato all'interno del CSFS, poi allo sportello dell'associazione Città migrante, con UP (unità di prevenzione comune RE), il centro di mediazione del comune RE e dal SERT locale.

### **Risultati**

58 storie: 54 con permesso di soggiorno, 1 ENI. ADULTI: 48 uomini, 7 donne. BAMBINI: 3. Permesso di soggiorno: 21 carta di soggiorno, 7 motivi di lavoro, 4 motivi famigliari, 4 assistenza minori, 6 in attesa motivi famigliari o ricongiungimento, 3 richiedenti asilo, 1 attesa occupazione, 2 protezione sussidiaria, 3 motivi umanitari, 1 padre rinnovo per salute (in famiglia), 1 richiesta apolidia, 1 pratica in ricorso, 3 italiani. 25 residenti, 11 domiciliati, 22 senza fissa dimora. 5 donne in gravidanza. 6 segnalate dal SERT.

Motivi di esclusione: richiesta capacità economica; valutazione del contratto di lavoro (tempo determinato/indeterminato); valutazione posizione INPS; no iscrizione in attesa primo PdS né agli adulti, né ai minori; no iscrizione ai PdS in ricorso; no iscrizione ai permessi in rinnovo; no riconoscimento iscrizione al centro per l'impiego; no tutela gravidanza e IVG; no autocertificazione; ENI non equiparato all'STP; carente informazione sulla fascia di reddito; difficoltà del pagamento dei ticket sanitari (no X01) per gli indigenti.

### **Conclusioni**

La raccolta dei dati non è stata semplice. L'esclusione dai percorsi di salute infonde nella persona un senso di rassegnazione, umiliazione, fallimento. Riteniamo questa raccolta dati importante perché l'esclusione non viene monitorata. Il sistema informatico ci dice che la persona non iscritta al SSR non esiste, cioè non è presente sul territorio. Abbiamo deciso di continuare il monitoraggio anche nel 2016 perché viene leso il dettato costituzionale del diritto universale alla salute. La normativa del 2012, accordo stato regioni, che l'Emilia Romagna non ha ratificato, viene interpretata in modo restrittivo. La forbice tra amministrazione e operatori sanitari tende ad allargarsi, facendo perdere di vista l'obiettivo dei professionisti del riconoscimento del diritto alla salute e aumentando il disagio di persone "inesistenti" ma presenti sul territorio.

Contatti: Maria Saccani ([maria.saccani@ausl.re.it](mailto:maria.saccani@ausl.re.it))

## **Una buona legge, malinterpretata, diventa bacillifera (P)**

GRECCHI C.<sup>1</sup>, PONTARELLI A.<sup>2</sup>, ZANOTTI P.<sup>1</sup>, IZZO I.<sup>3</sup>, APOSTOLI A.<sup>1</sup>, RODARI P.<sup>3</sup>, CASARI S.<sup>3</sup>, GULLETTA M.<sup>3</sup>, CASTELLI F.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Brescia; <sup>2</sup> Seconda Università degli Studi di Napoli; <sup>3</sup> Spedali Civili di Brescia, Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali

### **Obiettivi**

Mettere in evidenza l'importanza di semplificare l'accesso alle cure sanitarie per i pazienti irregolari, sottolineando come la non conoscenza delle normative e la condizione di perdita del permesso di soggiorno possano risultare una barriera per la tutela della salute del singolo e della collettività.

### **Metodi**

Uomo senegalese di 43 anni, in Italia da 23, buona conoscenza della lingua italiana, al momento del ricovero disoccupato, con permesso di soggiorno e tessera sanitaria scaduti. A maggio 2015 è stato ricoverato presso una struttura ospedaliera con diagnosi di tubercolosi polmonare bacillifera. Alla dimissione è stato inviato per presa in carico ambulatoriale al nostro centro. Il paziente non si è presentato in ambulatorio. A ottobre 2015 (5 mesi dopo) il paziente si è recato al PS della nostra struttura per calo ponderale e tosse persistente ed è stato ricoverato per polmonite escavata destra. All'esame microscopico diretto dell'espettorato è stata confermata la presenza di numerosissimi bacilli alcool acido resistenti e alla dimissione è stato "agganciato" ai nostri ambulatori.

### **Risultati**

Da questo caso si evidenziano i seguenti problemi: 1) Il paziente non ha mai effettuato la visita ambulatoriale perché l'accesso alla prestazione era condizionata dalla regolarizzazione della propria posizione amministrativa (possedere tessera sanitaria; avere diritto a codice STP; pagamento completo della prestazione. 2) Alla segnalazione di tubercolosi polmonare bacillifera in maggio non era stato possibile attuare screening dei contatti. Da giugno il paziente ha alloggiato in un edificio occupato abusivamente, dove viveva con altre 22 persone. A ottobre l'ASL è riuscita a contattare i 22 occupanti della struttura per eseguire TST (Tubercolin Skin Test). Al basale 10 erano negativi ed 11 positivi. 1 aveva rifiutato il test. Al controllo dopo 2 mesi, un soggetto precedentemente negativo si è cuticonvertito. Tutti i casi positivi sono stati sottoposti a RX torace e Quantiferon. Di questi solo 5 hanno iniziato IPT (Isoniazid Preventive Therapy).

### **Conclusioni**

La legge italiana prevede la tutela della salute di ogni cittadino. Per gli stranieri irregolari è previsto un codice STP che permette l'accesso a cure urgenti o essenziali. Secondo quanto interpretato dall'amministrazione locale il presupposto per essere in possesso di tale codice richiede che il paziente non abbia mai avuto il permesso di soggiorno. Questo motivo, unito alla situazione di indigenza nella quale il paziente si trovava (disoccupazione), hanno contribuito alla sua scarsa compliance terapeutica. Le condizioni abitative del paziente hanno esposto i conviventi al pericolo del contagio.

Contatti: Cecilia Grecchi ([cecigrecchi@gmail.co](mailto:cecigrecchi@gmail.co))

## **Minori diseguali: la legge, e il diritto all'assistenza sanitaria, non è uguale per tutti (C)**

GERACI S.<sup>1-3</sup>, ARRIVI F.<sup>2-3</sup>, PETTINICCHIO V.<sup>2-3</sup>, CIVITELLI G.<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup> Area sanitaria Caritas, Roma, <sup>2</sup> Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata', Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; <sup>3</sup> Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

### **Obiettivi**

Nell'ambito del monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato Regioni n. 255 del 20.12.2012 che la SIMM, attraverso i GrIS, esegue periodicamente per conto del Tavolo Interregionale "Immigrazione e servizi sanitari", una specifica attenzione è posta agli atti formali delle Regioni e Province Autonome (PA) per garantire l'accesso ai servizi sanitari per i minori non italiani in condizione di fragilità giuridica e sociale (figli di genitori STP e ENI). È un "monitoraggio nel monitoraggio" con l'obiettivo di mettere in circolo buone pratiche o di segnalare una non adeguata applicazione dell'Accordo.

### **Metodi**

Sono raccolti gli atti delle Regioni e PA attraverso verifica dei siti istituzionali, segnalazioni dei GrIS e/o soci della SIMM, richiesta di informazioni nell'ambito del Tavolo Interregionale. Gli atti vengono analizzati in particolare per il target di riferimento (minori STP e/o ENI; arco di età prevista), sui dispositivi per l'iscrizione al SSR (rilascio codice fiscale, altri tipi di codici, durata dell'iscrizione), sulle modalità di accesso al pediatra, sulla previsione di esenzione dal ticket.

### **Risultati**

Nonostante l'Accordo preveda esplicitamente, almeno per i minori figli di genitori stranieri non in regola con il soggiorno, l'iscrizione obbligatoria al SSN, solo 7 Regioni hanno prodotto atti formali di allineamento all'Accordo (nuovi o aggiornamento atti precedenti), 3 Regioni hanno richiesto indicazioni procedurali nazionali, 4 Regioni e una PA fanno riferimento ad atti e procedure precedentemente in essere. Lombardia, Sicilia e Piemonte non differenziano STP ed ENI, ma le prime due garantiscono l'assistenza attraverso il SSR solo fino a 14 aa, la Lombardia prevede il pediatra a richiesta ma assicura una completa esenzione dal ticket. Esenzione presente anche in Sicilia con l'estensione X01 che non è prevista in Piemonte per i bambini sopra i 6 aa. Emilia Romagna, Abruzzo e Toscana prevedono tutela solo per i figli degli STP fino a 14 aa; nelle prime due Regioni c'è possibilità del pediatra ma senza iscrizione al SSR mentre in Toscana c'è l'iscrizione attraverso Codice Fiscale direttamente richiesto dall'Azienda sanitaria agli uffici preposti. Lazio, Liguria e Campania aspettano indicazioni ministeriali sui codici da attribuire per la definizione amministrativa del percorso assistenziale ed attualmente assicurano l'iscrizione solo ai minori già in possesso di codice fiscale ma senza esenzione sopra i 6 aa.

### **Conclusioni**

La difformità territoriale è enorme e, di fatto, a seconda della Regione in cui il minore si trovi esso può accedere a servizi o esserne drammaticamente escluso. In alcune condizioni è più favorevole persistere in una condizione di irregolarità amministrativa. Anche attraverso un fitto lavoro di rete e alleanze, da una parte la SIMM e i GrIS si adopereranno perché queste disuguaglianze si possano superare con azioni puntuali a livello locale, dall'altra si richiede al Ministero della Salute una più incisiva azione di *governance* ormai ineludibile.

Contatti: Salvatore Geraci (s.geraci@areasanitaria.it)



## **Inutile e dannoso... anche per la salute! (P)**

PIZZINI E.<sup>2</sup>, PAGLIONE L.<sup>1-2</sup>, CIVITELLI G.<sup>2</sup>, MARCECA M.<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup> Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; <sup>2</sup> Società Italiana di Medici-ni delle Migrazioni (SIMM)

### **Obiettivi**

La Legge 94/09 ha introdotto l'art. 10 bis, che sanziona lo straniero che entra o si trattiene nel territorio dello Stato. Il reato di clandestinità si configura come 'contravvenzionale', escludendo forme limitative della libertà personale. Un irregolare, però, non è in grado di pagare una pena pecuniaria in quanto non può accendere un conto corrente, lavorare o intestarsi beni. Tale dispositivo (che comprende altre norme oltre alla L. 94) può trasformare la pena pecuniaria in sanzione penale 'bypassando' una serie di garanzie per procedere all'allontanamento coatto dello straniero. Secondo diversi esperti tale dispositivo è incostituzionale, perché criminalizza una condizione, la clandestinità, invece di un fatto specifico, l'ingresso illegale.

### **Metodi**

La Direttiva UE "rimpatri" da cui nasce la L 94/09. prevede che le espulsioni siano attuate concedendo al migrante un termine per la partenza volontaria, dopo il quale si procede all'allontanamento coatto; tuttavia consente agli Stati di non applicare le garanzie previste se l'espulsione consegue ad una sanzione penale. È su questa base che il Governo italiano ha inserito il reato di clandestinità prevedendo che la pena pecuniaria possa essere sostituita dal giudice con l'espulsione, in attesa della quale è previsto il trattenimento

### **Risultati**

Gli unici dati reperibili riguardano la percentuale di espulsioni dei reclusi nei CIE, dove è possibile trattenere fino a 18 mesi in uno stato assimilabile a quello della reclusione. I dati evidenziano come l'efficacia del sistema CIE sia molto bassa, con meno della metà delle persone trattenute poi effettivamente espulse (dal 69% nel 2005 al 38% nel 2009, a fronte di una spesa che dal 2008 al 2012 ha raggiunto quasi 38 milioni di € solo per le espulsioni forzate. Inoltre, le caratteristiche organizzative e le modalità di gestione dei finanziamenti pubblici contribuiscono alla degenerazione progressiva delle condizioni di vita dei migranti, con un forte impatto di salute ed il moltiplicarsi di casi di autolesionismo fino al tentato suicidio.

### **Conclusioni**

La Legge delega 67/14 ha incaricato il Governo di abrogare il reato di clandestinità con un D.Lgs. che preveda la depenalizzazione soltanto del primo ingresso sul territorio italiano. A più di un anno dall'approvazione della L. 67, Amnesty International, ASGI, A buon diritto e MEDU hanno chiesto al Governo di depenalizzare il reato di immigrazione irregolare, ottenendo la sua abolizione all'interno del D.Lgs. sulle depenalizzazioni. La discussione, nonostante le dichiarazioni del Presidente dell'ANM, per cui il reato di clandestinità è "inutile e dannoso", è ferma. Dopo numerosi rinvii a fini meramente elettorali (secondo il presidente di Ipsos Italia, il 59% degli italiani è contrario), l'abolizione resta ancora incerta. Inoltre, il sistema di detenzione amministrativa si è dimostrato del tutto residuale nel contrasto dell'irregolarità, mentre sottopone i migranti a gravi violazioni dei diritti umani inaccettabili in uno Stato di diritto.

Contatto: Emma Pizzini (emmpiz@gmail.com)

## **Accesso alle cure per i rifugiati che vivono in situazioni di marginalità (P)**

DI PRIMA S., MAZZOLA E.

Libera professionista, ASL TO 2

### **Obiettivi**

Ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure nelle fasce di marginalità sociale tra rifugiati e richiedenti asilo a Torino. Il progetto si rivolge ai rifugiati che, usciti dai progetti di prima accoglienza, non hanno ancora un inserimento lavorativo e vivono in siti informali in condizioni igieniche molto scadenti. La maggior parte di essi non ha accesso né al sistema sanitario pubblico né a programmi di inserimento sociale. Il numero stimato nella città di Torino è di circa 2000 persone, ma il trend è in salita. Facilitare il percorso di accesso alle strutture sanitarie pubbliche e ai servizi che offre la città, oltre a programmi di prevenzione specifici, permetterà una maggiore integrazione e migliorerà la qualità di vita. Contestualmente si prevede una riduzione dei costi sanitari prevenendo la cronicizzazione di malattie non curate adeguatamente.

### **Metodi**

È già attivo un gruppo di volontari per ogni sito che fornisce informazioni sui diritti dei rifugiati e sulla possibilità di ottenere l'iscrizione al medico di base o l'accesso alle strutture sanitarie. Si prevede di incrementare il numero di volontari e di fornire loro un supporto sia di formazione sia psicologico in modo che siano essi stessi in grado di proporre ai rifugiati seminari sull'igiene e la prevenzione delle malattie. I medici, facenti parte del gruppo dei volontari, si faranno altresì carico di mediare con i medici di medicina generale e dei servizi tramite colloqui coordinati sia con i medici aventi lo studio nelle zone in cui risiedono i rifugiati e che si siano resi disponibili a prenderli in carico, sia con gli operatori dei servizi di zona. Un'altra modalità sarà quella di organizzare, tramite la SIMG, corsi specifici sulle malattie più comuni nella popolazione immigrata correlate al paese di provenienza e/o alle precarie condizioni di vita. Si prevede di incoraggiare il ricorso ai servizi di etnopsichiatria per le persone con disagio psichico post-traumatico e/o correlato alla mancanza di futuro e di speranze attuale.

### **Risultati**

È stato valutato, tramite colloqui, il ricorso inappropriato al PS e la richiesta di esami e visite ripetute per mancanza di un unico medico che prendesse in carico la persona e coordinasse gli interventi. Ci si prefigge di ridurre l'uso inappropriato dei servizi e di incrementare il numero di iscritti al SSR. Si valuterà inoltre il miglioramento delle condizioni di vita tramite colloqui specifici.

### **Conclusioni**

L'intervento di un gruppo di volontari – formati per interagire con rifugiati che vivono in situazioni di indigenza e marginalità – e il favorire la collaborazione del personale addetto ai servizi pubblici porterà a ridurre il numero di persone che si troveranno in situazione di marginalità e/o a migliorarne le condizioni di vita in attesa di trovare un inserimento sociale idoneo.

*Contatto: Santa Di Prima (dpsanta54@gmail.com)*

## **Ricerca antropologica nel Centro di Primo Soccorso e Assistenza (CPSA) di Lampedusa (C)**

SEGNERI M.C., CASTALDO M., FORTINO A., COSTANZO G.

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

### **Obiettivi**

La ricerca antropologica condotta presso il CPSA di Lampedusa ha indagato le esperienze delle persone migranti accolte nel CPSA con lo scopo di: osservare quanto il viaggio e la permanenza nei paesi attraversati abbiano influito sulla loro salute; se esiste la possibilità di parlare di una “progettualità” anche nella migrazione forzata; quali sono le aspettative all’arrivo nel CPSA.

### **Metodi**

Il lavoro ha comportato una fase di start-up in cui è stata progettata la ricerca e gli strumenti di rilevazione dei dati qualitativi/quantitativi: questionario per l’intervista, database, diario di campo. È seguita una fase di rilevazione del dato etnografico e, in conclusione, una fase di analisi e di restituzione dei risultati emersi. L’indagine è stata svolta all’interno del CPSA da maggio a settembre 2015. La raccolta dei dati etnografici è avvenuta mediante il metodo dell’osservazione partecipante, le tecniche dell’intervista semi-strutturata e il questionario a risposta aperta/chiusa.

### **Risultati**

Sono state condotte 13 interviste rivolte a uomini di età media intorno ai 25 anni, celibi, con un livello di studio medio basso, provenienti dalle aree del Golfo di Guinea e dal Corno d’Africa. La migrazione forzata è dipesa dalla mancanza di risorse economiche e dalla percezione di minacce all’incolumità e alla dignità soggettiva/collettiva. Il 39% ha subito forme di violenza prima della partenza, in percentuali più basse è stato anche detenuto. Questo dato subisce un incremento significativo nel corso del viaggio e nel soggiorno libico. Oltre il 63% ha dichiarato uno stato di salute tra buono e ottimo, anche se il 64% si è rivolto ai medici del CPSA. Il 92% degli intervistati aveva un’idea di dove sarebbe migrato.

### **Conclusioni**

Le persone migranti che hanno subito numerose violenze tendono a “naturalizzare” queste esperienze traumatiche. Simili biografie rendono prezioso il lavoro etnografico in un’ottica conoscitiva, analitica e restituiva. Includere tale indagine in un contesto di prima assistenza dà la possibilità di potenziare e migliorare le strategie di presa in carico e cura di questa eterogenea popolazione. Dalle interviste sono emerse profonde risorse individuali e collettive. È stata osservata, tuttavia, la difficoltà di far dialogare l’immaginario preconstituito dei migranti sull’accoglienza italiana con la realtà contestuale. Simili difficoltà, riconducibili anche a livelli paralleli di diversità socio-culturale, suggeriscono adeguate azioni finalizzate al loro superamento.

Contatto: Maria Concetta Segneri ([segneri@inmp.it](mailto:segneri@inmp.it))

## **Screening sanitario nei migranti richiedenti asilo: la casistica della provincia di Piacenza (P)**

GERNA L.<sup>1</sup>, DONISI A.<sup>1</sup>, SACCHINI D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ospedale Guglielmo da Saliceto, UO Malattie Infettive, Ambulatorio Infettivologico per la Salute del Migrante e Medicina Interculturale (AISMMI); <sup>2</sup> AUSL Piacenza

### **Obiettivi**

Dal 2014, l'Ambulatorio Infettivologico per la Salute del Migrante e Medicina Interculturale dell'Ospedale "Guglielmo da Saliceto" di Piacenza rappresenta il centro spoke per la territorializzazione dei migranti richiedenti asilo (MRA) provenienti dall'Hub di Bologna. Nel centro Hub viene eseguita la valutazione di "prima istanza" (visita + Rx torace); i pazienti successivamente accedono al nostro Ambulatorio per valutazione di "seconda istanza" (screening sierologico, vaccinazioni). L'obiettivo di questo studio è descrivere i risultati dello screening eseguito sugli MRA giunti nella provincia di Piacenza nel 2015.

### **Metodi**

Abbiamo considerato tutti gli MRA con un primo accesso presso il nostro Ambulatorio dal 01/01/2015 al 31/12/2015. Per ciascuno sono stati eseguiti: valutazione clinica, screening per malattie sessualmente trasmesse (MST) e malattie esantematiche (HBsAg, sierologia HIV, HCV, TPHA/RPR, morbillo, varicella e rosolia nelle donne). Per escludere sospetto di patologia tubercolare diffusiva, sono state effettuate radiografie del torace e, in casi selezionati, TC torace alta risoluzione (HRCT). Al termine degli accertamenti, i pazienti sono stati inviati presso l'Igiene Pubblica per ciclo vaccinale.

### **Risultati**

Dal 01/01/2015 al 31/12/2015 sono afferiti presso il nostro Ambulatorio 362 MRA, di cui il 78% di sesso maschile. L'età media osservata è di 25,4 anni (range 17–64). Il 66% dei migranti proveniva dall'Africa, il 34% era di origini asiatiche. Il 95% dei pazienti è stato sottoposto a Rx torace e nel 4% si è resa necessaria TC HRCT. In 5 pazienti è stata diagnosticata una tubercolosi polmonare, in 2 casi una forma extrapolmonare. Il 6% dei pazienti era affetto da infezione da HBV, il 2% da infezione da HCV. Due pazienti sono risultati sieropositivi per HIV, 1 paziente VDRL positivo. Il 94% dei pazienti è risultato immune per morbillo, l'80% per varicella.

### **Conclusioni**

Nella nostra casistica abbiamo osservato una prevalenza di MRA di origini africane, di età inferiore ai 30 anni (84%), privi di comorbidità significative, confermando il cosiddetto "effetto migrante sano". Non si sono osservati casi accertati di infestazioni parassitarie (scabbia o pediculosi), probabilmente perché il primo trattamento empirico è stato effettuato presso il centro Hub. Anche i casi di tubercolosi diagnosticati sono stati relativamente pochi (2%). Obiettivo primario di questo screening è l'attivazione di un sistema di sorveglianza precoce che intercetti la patologia infettiva diffusiva prima dell'ingresso del migrante nella struttura di accoglienza. Tra le MST, maggiore era la prevalenza di HBV, infezione ad alta endemia nel continente africano; rare le diagnosi di infezione da HIV. Quasi il 90% dei migranti era immune per morbillo e varicella, dato utile per l'ottimizzazione delle strategie vaccinali in questa popolazione.

Contatto: Laura Gerna ([L.gerna@ausl.pc.it](mailto:L.gerna@ausl.pc.it))

## **Servizio di Etnopsichiatria: presentazione dati (P)**

MARZAGALIA M.

Ospedale Niguarda, Milano

### **Obiettivi**

Verranno presentati i dati relativi all'attività clinica del Servizio di Etnopsichiatria degli anni 2014 e 2015. L'attività del Servizio permette di attuare percorsi di cura continuativi rivolti ad utenti stranieri con disagio psichico tra i quali numerosi richiedenti asilo, rifugiati e giovani adulti. L'attività ambulatoriale del Servizio vuole garantire all'utenza un sostegno psichiatrico, farmacologico, psicoterapico e la possibilità di partecipare a percorsi riabilitativi di arte-terapia e foto-terapia, al fine di ridurre i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso, offrendo una presa in carico globale della persona. Parallelamente all'attività clinica si è creato un data base, al fine di monitorare le caratteristiche specifiche dell'utenza e l'andamento dei percorsi di presa in carico.

### **Metodi**

Il Servizio di Etnopsichiatria opera attraverso un'equipe multidisciplinare utilizzando un *setting* transculturale ed avvalendosi dei mediatori culturali. Tale modalità di lavoro implica una presa in carico bio-psico-sociale del paziente all'interno della matrice culturale di riferimento, tenendo in considerazione sia la provenienza geografica che il processo migratorio. Il *setting* clinico è un *setting* allargato e flessibile al fine di facilitare la presa in carico a favore di utenti provenienti da contesti culturali differenti. Negli anni il Servizio ha formalizzato collaborazioni di lavoro con enti del territorio cittadino, sia pubblici che del privato sociale, per favorire percorsi di cura dedicati e volti all'integrazione sociale. Nel 2013 viene formalizzata, attraverso un Protocollo d'Intesa, la collaborazione già attiva da molti anni tra enti pubblici (Comune di Milano, Università di Milano, Ospedale Niguarda) e del privato sociale del territorio milanese al fine di creare un sistema di presa in carico integrata e multidisciplinare dei soggetti vulnerabili, fornendo risposte idonee al superamento del disagio psichico, per favorire il raccordo e il confronto costate tra le diverse competenze e funzioni relative agli interventi realizzati dai vari enti.

### **Risultati**

I dati clinici analizzati saranno presentati focalizzando l'attenzione sugli utenti richiedenti asilo e rifugiati e sulle fasce più giovani mettendo in luce spunti di riflessione e criticità dei percorsi di cura, quali il progressivo abbassamento dell'età dei pazienti e una maggior tendenza alla cronicità e dunque alla complessità clinica.

### **Conclusioni**

L'analisi dei dati effettuata dev'essere contestualizzata all'interno dell'attuale cornice dei flussi migratori europei. I risultati emersi forniscono indicazioni utili a ridefinire e ricalibrare gli interventi clinici e sociali rivolti a questa utenza.

Contatto: Marzia Marzagalia ([marziamaria.marzagalia@ospedaleniguarda.it](mailto:marziamaria.marzagalia@ospedaleniguarda.it))

## **Il modello dell'accoglienza diffusa a sostegno dei diritti dei richiedenti asilo: esperienza pilota di sensibilizzazione e formazione in Liguria (P)**

DI MARIA E.<sup>1-2</sup> e Gruppo ligure Immigrazione e salute (GrIS Liguria)

<sup>1</sup> GrIS Liguria; <sup>2</sup> Università di Genova, Dipartimento di Scienze della Salute

### **Obiettivi**

Il Gruppo Ligure Immigrazione e Salute – GLIS ha interpellato ANCI Liguria attraverso la lettera aperta "Basta lacrime", i cui contenuti sono stati fatti propri dalla SIMM, in relazione alla situazione dei richiedenti asilo nella Regione. ANCI Liguria ha valutato le proposte e ha invitato il GLIS a partecipare come membro attivo ai lavori della Commissione immigrazione. ANCI Liguria e GLIS, nei rispettivi ruoli, intendono promuovere il modello dell'accoglienza diffusa al fine di superare definitivamente l'approccio emergenziale nella gestione dei flussi migratori. Per accoglienza diffusa si intende il superamento delle strutture a favore dell'utilizzo sostenibile e controllato di piccole strutture diffuse sul territorio e gestite secondo specifici criteri di qualità e sicurezza."

### **Metodi**

Il GLIS ha contribuito all'organizzazione del workshop "Rifugiati e richiedenti asilo in Liguria: verso una cultura dell'accoglienza fondata sui diritti", promosso da Comune di Genova e SPRAR. Le proposte per gli interventi prioritari relativamente all'assistenza sanitaria nei richiedenti asilo sono state discusse durante il workshop nel Gruppo di lavoro "Diritto alla Salute", a cui hanno partecipato operatori SPRAR e CAS dei Comuni e del privato sociale, operatori e dirigenti di ONG e organizzazioni per la cooperazione, operatori sanitari coinvolti nell'assistenza ai migranti.

### **Risultati**

Le proposte di intervento prioritario sono state presentate durante la discussione finale ai rappresentanti delle amministrazioni intervenuti al workshop (sindaci e assessori). Le proposte sono state condivise con ANCI e integrate nel documento programmatico di promozione dell'accoglienza diffusa sul territorio ligure. Per contribuire all'effettiva diffusione e implementazione dell'accoglienza diffusa, il GLIS ha organizzato, con il patrocinio di SIMM, FIMMG, Comune di Genova, Comune di Sori e Comune di Bogliasco, il seminario "Il ruolo delle cure primarie nella tutela della salute dei migranti: assistenza per rifugiati e richiedenti asilo" rivolto ai medici delle cure primarie (MMG, PLS, medici di distretto) e operatori degli enti gestori.

### **Conclusioni**

Il rapporto con le amministrazioni comunali ha favorito l'integrazione dei principi e delle prassi relative all'assistenza sanitaria dei richiedenti asilo entro l'ottica di un processo coordinato di accoglienza che garantisca diritti e dignità agli utenti, sostenibile per i territori che eviti gli sprechi di risorse, valorizzando le sinergie. Gli eventi di riflessione e formazione condivisi tra operatori impegnati nei diversi aspetti dell'accoglienza si sono rivelati uno strumento promettente per rafforzare le reti di *advocacy* e promuovere lo sviluppo di buone pratiche. L'incontro con i medici delle cure primarie insieme con gli operatori dell'accoglienza ha rappresentato un'esperienza pilota potenzialmente utile per la promozione del modello di accoglienza diffusa.

Contatto: *Emilio Di Maria (emilio.dimaria@unige.it)*

## **Un progetto pilota in Liguria per gestire la transizione tra triage al punto di arrivo e presa in carico da parte del medico di medicina generale dei richiedenti asilo e immigrati recenti (P)**

FLEGO G.<sup>1</sup>, CARDINALE F.<sup>2</sup>, CAVAGNARO P.<sup>3</sup>, BESSARIONE D.<sup>4</sup>, IANNONE P.<sup>4</sup>, VECCHIA F.<sup>5</sup>, DI MARIA E.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> ASL 4 Chiavarese, SC, Nucleo Operativo di Controllo dell'appropriatezza della prestazioni (NOC), HTA e Governo Clinico; <sup>2</sup> ASL 4 Chiavarese, SC Direzione Medica di Presidio; <sup>3</sup> ASL 4 Chiavarese, Commissario Straordinario; <sup>4</sup> ASL 4 Chiavarese, SC, Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso; <sup>5</sup> GrIS Liguria

### **Obiettivi**

L'obiettivo principale è tutelare la salute dei richiedenti asilo e migranti forzati nelle fasi successive all'arrivo, garantendo la transizione tra prima accoglienza sanitaria e il sistema delle cure primarie; obiettivo secondario è rendere partecipe la persona migrante del proprio stato di salute e fornendo la documentazione relativa agli accertamenti effettuati e alle azioni intraprese e da intraprendere.

### **Metodi**

Il riscontro di un declino della salute dei migranti forzati nel periodo successivo all'arrivo è frequente, e giustifica politiche specifiche per evitarlo o gestirlo. In Italia esiste una procedura codificata per la gestione dei primi controlli – effettuati allo scopo di rilevare e trattare patologie in atto e per la riduzione del rischio di diffusione transfrontaliera di malattie infettive – e la previsione dell'iscrizione obbligatoria al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) con scelta del medico di medicina generale (MMG) di riferimento. In realtà, il tempo necessario ad ottenere l'iscrizione al SSN rischia di essere gestito inopportuno attraverso il circuito dell'urgenza o dei servizi per soggetti irregolarmente presenti in Italia (STP). Si intende pertanto, sviluppare un percorso assistenziale specifico che colleghi le risorse presenti sul territorio – nell'ambito distrettuale e delle cure primarie – nell'implementazione di pratiche di "medicina d'iniziativa" sulla base di linee guida *evidence-based*. Tale sviluppo prevede la definizione degli snodi del percorso e delle attività, nonché la formazione degli operatori coinvolti, con particolare riferimento ai MMG. L'organicità del percorso sarà attestata dalla produzione di un fascicolo sanitario in possesso sia della struttura erogante che del paziente, che possa accompagnare quest'ultimo anche negli spostamenti successivi alla prima accoglienza.

### **Risultati**

La ricerca di linee guida *evidence-based* sull'assistenza sanitaria ai migranti forzati rivela l'esistenza di raccomandazioni, nelle quali si sottolinea la necessità di operare un *assessment* proattivo dei bisogni di salute, anche in base all'area geografica di provenienza, alle caratteristiche individuali, demografiche e di genere, alla storia della migrazione. Sono inoltre disponibili vari modelli di fascicolo sanitario personale. Sebbene la maggior parte dei protocolli riguardino la fase di primissima accoglienza, ve ne sono alcuni, adottabili nel nostro contesto dopo un percorso di adattamento non particolarmente complesso, rivolti alle cure primarie e ai MMG.

### **Conclusioni**

La gestione dell'arrivo di numerosi migranti forzati sul nostro territorio impone lo sviluppo di percorsi facilitanti la presa in carico di queste persone da parte del sistema delle cure primarie. Affinché i risultati siano apprezzabili occorre selezionare accuratamente i percorsi e testarli nel contesto del SSN. Riteniamo che lo sviluppo di un progetto pilota in tal senso in una ASL possa avere proficui ricadute nell'implementazione di analoghi modelli in altre realtà.

Contatto: Gaddo Flego ([gflego@asl4.liguria.it](mailto:gflego@asl4.liguria.it))

## **Passaggio a Nord-Est: rintracciare e accogliere i richiedenti protezione internazionale in Friuli-Venezia Giulia (P)**

PISCHIUTTI A.<sup>1</sup>, PITZALIS G.<sup>2</sup>, BRUSSI V.<sup>1</sup>, MAURO K.<sup>1</sup>, PILUTTI G.<sup>1</sup>, ULIANA C.<sup>1</sup>, RICCOBELLO E.<sup>1</sup>, GNESUTTA D.<sup>1</sup>, BRIANTI G.<sup>1</sup>, GANDOLFI C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> AAS 4 Friuli Centrale, Dipartimento di Prevenzione, SOS Medicina Sociale; <sup>2</sup> GrIS Friuli Venezia Giulia

### **Obiettivi**

Dall'estate del 2014 il Friuli Venezia Giulia è divenuto la porta d'ingresso a Nord-Est della maggior parte dei migranti che raggiungono l'Italia per via terrestre. I migranti vengono rintracciati singolarmente o a piccoli gruppi nelle zone di confine o mentre – a piedi o in treno – tentano di raggiungere le città sedi di questura per il possibile avvio della procedura di riconoscimento, senza un percorso predefinito per l'accoglienza, come avveniva invece dal 2011 per la dislocazione nella nostra regione delle quote di migranti arrivati via mare. Questi nuovi ingressi hanno avuto un impatto significativo non solo sul sistema di prima accoglienza, sia per gli enti locali che per le aziende sanitarie, ma anche sull'opinione pubblica e sulle organizzazioni di volontariato.

### **Metodi**

Nei diversi contesti delle esperienze locali sono state attivate modalità organizzative sia logistiche che assistenziali, supportate successivamente da interventi codificati e condivisi a livello regionale. La Regione si è dotata di un Piano Regionale sul modello dell'accoglienza diffusa, prevedendo interventi a favore degli enti locali e delle strutture impegnate ad attuarla, ed il Consiglio Regionale del FVG lo ha inserito nella Legge Regionale 99 contenente le "Norme per l'integrazione sociale delle persone straniere immigrate", approvata nel novembre 2015. All'interno del Piano Regionale per l'Accoglienza dei Richiedenti Asilo è inserito il "Protocollo per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale", elaborato dalla Direzione Centrale Salute regionale e condiviso da tutte le Aziende Ospedaliere e territoriali e dalle quattro Prefetture della Regione. Il documento sottolinea:- la priorità di un' adeguata accoglienza e i relativi requisiti minimi;- l'importanza della mediazione culturale e della formazione degli operatori;- l'opportunità di diversi percorsi sanitari in funzione del grado di accoglienza: dalla sorveglianza sindromica all'arrivo ad accertamenti più approfonditi nell'accoglienza strutturata.

### **Risultati**

Dai dati regionali emerge che a partire da maggio 2015 a febbraio 2016 sono state effettuate prevalentemente dagli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione 6.795 visite, di cui 535 a minori non accompagnati. Si sono registrati 395 casi di scabbia, 9 di TBC, 4 di malaria. Sono state somministrate 2139 dosi di vaccino, di cui 1200 richiami per la poliomielite. Per i minori non accompagnati si è applicato il calendario vaccinale regionale.

### **Conclusioni**

L'applicazione del Protocollo ha permesso di uniformare a livello regionale i percorsi di prima accoglienza sanitaria in un'ottica di lavoro di rete con gli altri enti coinvolti nell'accoglienza. Permane la criticità relativa alla primissima accoglienza, connessa allo specifico percorso di ingresso in Italia per via terrestre. Ci sono stati esempi di buone pratiche come il protocollo per il percorso integrato siglato dall'AAS n 4 "Friuli Centrale" con la Prefettura, la Questura, il Comune di Udine e gli enti gestori.

Contatto: Alice Pisciutti ([alice.pisciutti@aas4.sanita.fvg.it](mailto:alice.pisciutti@aas4.sanita.fvg.it))



**Fattori psicorelazionali della presa in carico sanitaria di richiedenti asilo/rifugiati: considerazioni a partire dall'esperienza di supervisione di alcuni gruppi di lavoro (P)**

POLICICCHIO N.

GrIS Liguria

**Obiettivi**

L'interazione tra curato e curante si svolge in uno spazio relazionale complesso dove svariati fattori culturali, intrapsichici ed interpersonali agiscono simultaneamente. Gli stati di malessere hanno sovente patogenesi, manifestazioni e ricadute sia di origine biologica che psicologico – relazionale, in modalità spesso sovrapposte, mutualmente interagenti e con azioni mimetiche. Nei percorsi di accoglienza di richiedenti asilo/rifugiati la presa in carico sanitaria è spesso mediata dagli operatori, fornendo un particolare campo di osservazione di questi fenomeni ed un ambito complesso in cui muoversi. L'obiettivo è quello di aumentare l'esplicitazione e considerazione della rete di processi psichici ed interattivi, con particolare attenzione a quelli che tendono ad essere sottovalutati o non considerati (rimossi) e correlazione alle comuni pratiche di presa in carico sanitaria.

**Metodi**

Osservazione ed interazione attraverso incontri di consulenza e/o supervisione con gruppi di lavoro impiegati in percorsi di accoglienza ordinaria (SPRAR) e straordinaria (CAS). Valutazione, attraverso i feedback degli operatori, delle modificazioni riscontrate nei percorsi di presa in carico sanitaria. Confronto delle evidenze con alcuni dei principali assunti tratti da modelli teorici psicodinamici.

**Risultati**

Sono emersi alcuni fattori peculiari con un forte impatto percepito sui percorsi di presa in carico con effetti agenti sulle diverse fasi del processo di cura. Si è osservata una percepibile modificazione rispetto all'evoluzione dei percorsi di cura correlata ad un mutato atteggiamento e comprensione da parte del gruppo di lavoro. Viene riferita, in molti casi, una maggiore competenza da parte dei richiedenti asilo/rifugiati nell'esprimere i propri stati di malessere, una più efficace capacità di descrizione dei propri sintomi ed un'augmentata aderenza rispetto alle terapie. Viene riferito un abbassamento del carico emotivo da parte degli operatori a seguito dei momenti di discussione dedicata alla valutazione di questi fattori all'interno dell'intervento complessivo.

**Conclusioni**

I fattori di ordine psicorelazionale vengono introdotti sia da parte del curato che da quella del curante (oltre che dal loro rapporto), si dispiegano non solo sul versante della cura vera e propria, ma anche su quello della relazione tra gli attori. Dal punto di vista temporale si hanno dei processi che si originano prima dell'incontro e si protraggono, a volte in maniera prolungata, anche dopo la conclusione del rapporto stesso. Gli effetti di questi elementi concorrono a determinare la possibilità di presa in carico, l'accuratezza della diagnosi, l'aderenza alle cure, l'efficacia dei trattamenti. Inoltre una corretta valutazione e gestione di questi fattori costituisce un valido presidio di tutela del benessere degli operatori e di prevenzione di fenomeni di *burnout* e potrebbe essere un utile strumento da mettere a disposizione anche ai medici impegnati in questa area di intervento.

Contatto: Nicola Policicchio ([nicola.policicchio@gmail.com](mailto:nicola.policicchio@gmail.com))

## **La salute di rifugiati e migranti lungo la via dei Balcani nel 2015 – L'esperienza di Medici senza Frontiere (C)**

EVLAMPIDOU I., BARUZZI C., PERUZZO C., LOYENS E., FAGA E., PONTHEIU A., INGRES M., MOISSAING S., ZAMATTO F., ARGENZIANO S., VAN HERP M., JEMMY J., MONTALDO C.

Medici senza Frontiere, Centro operativo di Bruxelles

### **Obiettivi**

Nel 2015 un milione di rifugiati/migranti ha raggiunto l'Europa via mare. La maggioranza ha attraversato Grecia e Balcani. Medici senza Frontiere (MSF) ha fornito loro assistenza medica in Grecia e Serbia. Questo studio descrive lo stato di salute dei migranti in particolare in relazione al percorso migratorio.

### **Metodi**

I dati raccolti in forma anonima durante le visite mediche condotte nel 2015 lungo la rotta balcanica, includono patologie acute e croniche, caratteristiche socio demografiche e vulnerabilità.

### **Risultati**

Nel 2015 sono state effettuate 81.868 visite mediche: 43.619 (53%) in Grecia e 38.249 (47%) in Serbia. Sul totale dei pazienti visitati, 22,165 erano minori (27%) e 9,475 (12%) minori di 5 anni. Le nazionalità maggiormente rappresentate sono state Siriana (36,729; 45%), Afghana (26,332; 32%) e Irachena (8,848; 11%). Le patologie più frequenti sono state infezioni delle vie respiratorie (33.331; 41%), traumi (12.792; 16%), sintomi gastro-enterici (8.965; 11%) e malattie cutanee (8.484; 10%). La maggioranza dei sintomi (93%) sono insorti durante il percorso migratorio. Malattie croniche sono state riscontrate in 6% (n=4.560) dei pazienti, in particolare patologie cardiovascolari (1.118; 25%) e diabete (1.114; 24%). Ricovero ospedaliero o consulenza specialistica sono stati proposti a 680 pazienti (0.8%), con mediazione linguistico-culturale per assicurare una buona comunicazione. Nella maggioranza dei casi (129, 19%) si trattava di lesioni traumatiche. 77 pazienti (11%) hanno rifiutato il ricovero.

### **Conclusioni**

La maggioranza dei pazienti presentavano sintomi acuti correlati al percorso migratorio. Lesioni traumatiche sono state relativamente frequenti e hanno rappresentato la causa principale di ricovero ospedaliero. Una piccola ma significativa proporzione di pazienti era affetta da malattie croniche. I dati si riferiscono ai pazienti afferiti ai servizi MSF e non sono necessariamente estrapolabili al totale dei migranti. È possibile inoltre che alcuni pazienti siano stati visitati più volte lungo il percorso. Nonostante queste limitazioni i risultati suggeriscono che l'attuale rotta migratoria esponga i migranti ad un aumentato rischio di sviluppare condizioni patologiche. È necessario che le autorità competenti riconoscano il rischio rappresentato da questo percorso migratorio e si adoperino per garantire un transito sicuro. È necessaria inoltre un'attenzione particolare all'identificazione e all'assistenza di categorie vulnerabili. I servizi sanitari devono essere accessibili e adeguati, con l'inserimento, per esempio, di mediatori linguistico-culturali, al fine di garantire il diritto alla salute individuale e collettivo, nonostante il tasso molto basso di patologie trasmissibili tra i pazienti descritti.

Contatto: Chiara Montaldo ([chiamont@yahoo.com](mailto:chiamont@yahoo.com))

## **La salute mentale dei richiedenti asilo. Un'analisi dei CAS della Provincia di Ragusa, Italia 2014-2015 MSF, Sicilia (C)**

MANCINI S.<sup>1</sup>, LODESANI C.<sup>2</sup>, DI CARLO S.<sup>2</sup>, BARBIERI A.<sup>2</sup>, RITA F.<sup>2</sup>, DEIANA P.<sup>2</sup>, QUARANTA G.<sup>2</sup>, MONTALDO C.<sup>2</sup>, DECROO T.<sup>2</sup>, ZAMATTO F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medici senza Frontiere, Centro operativo di Bruxelles; <sup>2</sup> Medici Senza Frontiere, Roma

### **Obiettivi**

Studiare l'impatto dei traumi vissuti durante il percorso migratorio e le condizioni di vita in Italia, sulla salute mentale dei Migranti ospiti nei centri di prima accoglienza.

### **Metodi**

È stata condotta un'analisi retrospettiva dei dati di routine raccolti dal 1 gennaio 2015 al 31 dicembre 2015 nell'ambito del progetto di salute mentale condotto da MSF nei CAS della Provincia di Ragusa. Grazie alla conduzione di sessioni di gruppo e a un metodo standardizzato di identificazione delle vulnerabilità, implementato da un'equipe di psicologi di MSF, è stato possibile individuare le persone che presentavano sintomi di disturbi mentali, e proporgli un follow-up individuale. I sintomi sono stati individuati sulla base di criteri clinici e degli standard del DSM-V. Informazioni relative alle caratteristiche socio-demografiche degli individui, alla durata del viaggio, alla diagnosi, al racconto degli eventi traumatici subiti, alle condizioni di vita successive al periodo migratorio sono state raccolte e analizzate. I dati sono stati inseriti anonimamente in un database e analizzati con STATA 13. Le differenze nelle caratteristiche dei pazienti sono state confrontate usando il test del Chi quadrato. Il livello di significatività è stato fissato a  $p=0,05$ . Le odds ratio e il 95% degli intervalli di confidenza sono stati calcolati usando la regressione logistica per risultati dicotomici.

### **Risultati**

Su un totale di 387 pazienti visitati, 234 (60,5%) mostravano problematiche di salute mentale. Tra questi, 35 pazienti hanno rifiutato la terapia o sono stati trasferiti, la restante parte (199) sono stati presi in carico da MSF. Il 42% ( $n=82$ ) dei pazienti presentava disturbi compatibili con PTSD, ansia (27%,  $n=54$ ) o depressione (19%,  $n=38$ ). Tra i pazienti presi in carico, l'87% (173/199) ha dichiarato di soffrire per le difficoltà legate alle condizioni di vita attuali e questo disagio è significativamente associato con una diagnosi da PTSD (42,2% vs 22,2%,  $p=0,002$ ). Il 58,3% (116/199) ha dichiarato di aver subito eventi traumatici prima di lasciare il proprio paese di origine e l'86% (171/199) durante il percorso migratorio. Mettendo a confronto gli individui con sintomi di disagio mentale e quelli senza alcun sintomo, non sono emerse differenze significative in termini di età e durata del viaggio. Differenze significative sono state rilevate in termini di esposizione a eventi traumatici (21,6% vs 75%).

### **Conclusioni**

I risultati suggeriscono che vi siano dei tassi più alti di disturbi mentali tra quei richiedenti asilo che sono stati esposti a violenza. Inoltre la durata della permanenza nei CAS può avere un impatto negativo sulla salute mentale.

Contatto: Silvia Mancini ([silvia.mancini@rome.msf.org](mailto:silvia.mancini@rome.msf.org))

**Migranti in transito a Roma (2014-2016): l'esperienza di Medici per i Diritti Umani (P)**

BARBIERI A., CARRIERO A., CICCONE G., CORSARO A., NARDI M., PALLONE I., PECA M., TROMBETTA A.

Medici per i Diritti Umani (Medu) Onlus, Roma

**Obiettivi**

Valutazione delle condizioni di salute e raccolta della storia migratoria dei migranti in transito nella città di Roma

**Metodi**

Si stima che a Roma siano transitati nel biennio 2014-2015 circa 60mila migranti provenienti principalmente dal Corno d'Africa e diretti verso i paesi del Nord Europa. Nel periodo luglio 2014-febbraio 2016 la clinica mobile di Medu ha operato in alcuni insediamenti informali (Ponte Mammolo, Collatina, centro Baobab, Termini) che ospitavano un consistente numero di migranti in transito a cui sono stati forniti prima assistenza medica, supporto umanitario e orientamento socio-sanitario. Per ogni paziente è stata compilata una sintetica scheda clinica e, nei casi in cui è stato possibile, una scheda socio-anagrafica con informazioni relative alla storia migratoria.

**Risultati**

Nel periodo in oggetto sono stati visitati 668 migranti in transito (87% maschi), tutti esclusi da strutture di accoglienza istituzionali ed in condizioni alloggiative ed igienico-sanitarie precarie. L'età media del campione è di 23 anni. I minori di 18 anni rappresentano il 18%. La totalità dei pazienti proviene dall'Africa sub-sahariana ed in particolare dall'Eritrea (95%), in fuga dal regime anti-democratico di quel paese. Il 97% dei pazienti era giunto in Italia da meno di un mese. Tutti i migranti sono giunti in Italia via mare, arrivando principalmente in Sicilia (70%) e in Calabria (15%). Le rotte prevalenti: Eritrea-Etiopia-Sudan-Libia (52%), Eritrea-Sudan-Libia (42%). La durata media del viaggio è di 15 mesi. Il 93% dei migranti a cui è stato sottoposto il quesito (196) ha dichiarato di essere stato detenuto in carcere o in centri informali di raccolta/detenzione in Libia. Tra i migranti a cui è stato sottoposto il quesito (162), il 92% ha dichiarato di aver subito torture o altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti (cidt) lungo la rotta e soprattutto nei centri di detenzione in Libia da parte di militari, polizia e/o attori informali; in particolare l'85% ha subito percosse frequenti con severe privazioni di cibo e acqua e/o di cure mediche. Relativamente alle diagnosi sono state riscontrate prevalentemente infezioni cutanee (46%) correlate in anamnesi alle pessime condizioni igienico-sanitarie ed ambientali affrontate lungo il viaggio.

**Conclusioni**

La popolazione di migranti in transito assistiti da Medu, costituita essenzialmente da giovani uomini, ma anche da un numero significativo di donne e minori, presenta un grado di estrema vulnerabilità essendo stata sottoposta nel paese di origine e lungo la rotta migratoria – in particolare in Libia - a molteplici traumi comprendenti violenza intenzionale, tortura e altri cidt. Inoltre, data la grave carenza di strutture di accoglienza istituzionali, un ulteriore fattore di rischio per le condizioni psico-fisiche di questo gruppo di popolazione è rappresentato dalle precarie condizioni alloggiative ed igienico-sanitarie offerte dagli insediamenti informali della città di Roma.

Contatto: Alberto Barbieri ([alberto.barbieri@mediciperidirittiumani.org](mailto:alberto.barbieri@mediciperidirittiumani.org))

## ***Il LiMEs, uno strumento per la valutazione delle esperienze traumatiche e delle difficoltà vitali legate alla migrazione (P)***

ARAGONA M., APRIGLIANO A., MAZZETTI M., TORCHIARO S., GERACI S.

Progetto "Ferite Invisibili", Area sanitaria Caritas, Roma

### **Obiettivi**

Presentare uno strumento di valutazione utile per fare emergere le esperienze traumatiche e le difficoltà vitali che nelle popolazioni migranti sono correlate a sofferenza psicopatologica post-traumatica.

### **Metodi**

Vengono descritte le caratteristiche strutturali del LiMEs, le modalità di somministrazione e i suoi utilizzi. È uno strumento autosomministrato già disponibile in 5 lingue (italiano, inglese, francese, spagnolo e cinese) che si compila mettendo una croce nello spazio corrispondente agli eventi esperiti.

### **Risultati**

Diversamente da altri strumenti disponibili in letteratura, il LiMEs consente di registrare se l'evento riportato è occorso in patria, durante il viaggio o dopo l'arrivo in Italia. Se la stessa esperienza è occorsa in diversi momenti (ad es. prima della partenza e durante il viaggio) è consentito segnarli tutti. Si può ottenere un punteggio globale come indice del "peso" generale di queste esperienze, oppure si possono valutare separatamente i punteggi su 11 sottoscale: 1) Traumi generici (es. incidenti, pericoli naturali); 2) Traumi intenzionali (compresa la tortura); 3) Guerre/conflitti; 4) Traumi subiti da/preoccupazioni per i familiari (es. morte violenta di familiari o amici, preoccupazione per la famiglia rimasta a casa, etc.); 5) Condizioni legate alla povertà; 6) Difficoltà di adattamento culturale/sociale (es. difficoltà linguistiche, di adattamento al nuovo contesto culturale); 7) Scarso accesso all'assistenza (anche sanitaria); 8) Problemi per le pratiche legali; 9) Problemi di/sul lavoro (dall'inoccupazione allo sfruttamento); 10) Discriminazione; 11) Migration blues (es. sentire di non meritare questa vita o di non avere il controllo sugli eventi che lo riguardano, non sapere dove sarà il domani, etc.).

### **Conclusioni**

Il LiMEs è utile per facilitare l'emersione delle problematiche in ambito di accoglienza, sanitario e di ricerca.

Contatto: *Massimiliano Aragona (massimiliano.aragona@uniroma1.it)*

**Intervento di formazione/informazione circa le modalità di trasmissione/prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili (STDs) ad una popolazione di migranti richiedenti asilo/rifugiati con offerta attiva del test HIV. Studio pilota nella Provincia di Ferrara. Dati preliminari (P)**

SEGALA D.<sup>1</sup>, CALACOCI M.<sup>3</sup>, TSUCALAS F.<sup>3</sup>, LIBANORE M.<sup>1</sup>, CONTINI C.<sup>2</sup>, SIGHINOLFI L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> AOU Ferrara, UOC Malattie Infettive Ospedaliera; <sup>2</sup> Università di Ferrara, Dipartimento Scienze Mediche, UOC Malattie Infettive Universitaria; <sup>3</sup> Cooperativa Sociale Camelot, Ferrara

### **Obiettivi**

Migliorare le conoscenze relative ad HIV/AIDS nella popolazione dei migranti richiedenti asilo/rifugiati residenti nella provincia di Ferrara ed incrementare il ricorso al test HIV, offrendone l'accesso gratuito e la formazione per la prevenzione del rischio.

### **Metodi**

Il progetto ha previsto la collaborazione fra le U.O.C di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e le strutture impegnate in attività di accoglienza, protezione ed integrazione di rifugiati/richiedenti asilo, facenti capo alla Cooperativa Sociale Camelot. Presso le strutture di riferimento (CSII, SPRAR) sono stati effettuati, con la presenza attiva del mediatore, colloqui a piccoli gruppi (5-6) con offerta del test HIV, formazione/informazione circa le modalità di trasmissione/prevenzione di HIV e STDs. Presso l'Ambulatorio HIV/AIDS dell'U.O. di Malattie Infettive Ospedaliera, hanno avuto luogo colloqui individuali con informazione sanitaria HIV specifica, offerta del test HIV e sierologia HBV, acquisizione del consenso, esecuzione del prelievo, consegna del referto.

### **Risultati**

Il progetto ha avuto inizio nel maggio 2013. Presso il CSII, sono stati effettuati 388 colloqui della durata di 1 ora e 30', finalizzati all'educazione sanitaria, prevenzione di HIV e STDs, informazione su servizi sanitari e diritti degli utenti, offerta del test HIV presso l'Ambulatorio HIV/AIDS, dove l'utente è stato accompagnato da un mediatore culturale ed ha ricevuto ulteriori informazioni dal personale sanitario. - 246/388 (63,4%) hanno accettato di partecipare al progetto: maschi, età 20-28 anni, 88% africani (Nigeria, Senegal, Mali), 12% pachistani - 2/246 (0,8%) sono risultati HIV+ - 32/246 (13%) sono risultati HBsAg+, quindi potenziali portatori di virus dell'epatite B, per cui sono stati sottoposti ad approfondimenti per valutare lo stadio dell'infezione - 56/246 (22,7%) sono risultati anti-HBs+, quindi già protetti nei confronti di HBV- 158/246 (64,2%) sono risultati negativi per HBV ed è stata pertanto consigliata la vaccinazione per l'eventuale promiscuità con portatori di HBV

### **Conclusioni**

La presenza sul territorio di individui che provengono da esperienze di vita particolarmente difficili, quali i rifugiati/richiedenti asilo, rappresenta uno stimolo alla ricerca di modalità assistenziali ed interventi di prevenzione sempre più efficaci. L'adesione al progetto è stata elevata; gli utenti hanno manifestato interesse e partecipazione alla discussione; fondamentale è stato il ruolo svolto dal mediatore culturale sia durante i colloqui che nell'accompagnamento all'ambulatorio. La bassa prevalenza di HIV nella popolazione migrante valutata, conferma quanto presente in letteratura sulla quota rilevante di immigrati che acquisiscono HIV nel paese di arrivo a differenza di HBV. Il modello di collaborazione con le strutture del territorio che seguono i rifugiati/richiedenti asilo ha dimostrato efficacia e trasferibilità anche ad altre patologie.

Contatto: Daniela Segala (d.segala@ospfe.it)

## Salute dei rifugiati e richiedenti asilo (P)

SANTONE G.<sup>1</sup>, MADONIA L.<sup>2</sup>, SPINA A.<sup>2</sup>, BENEDETTI P.<sup>3</sup>, NAYEREH N.<sup>3</sup>, TEKESTE S.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SaMiFo, ASL RM1; <sup>2</sup> MMG SaMiFo; <sup>3</sup> SaMiFo Centro Astalli

### Obiettivi

Numerosi studi evidenziano la strettissima relazione tra la frequenza di *misdiagnosis* mediche e il livello di comunicazione intercorrente tra medico e paziente. Diventa quindi determinante la presenza o l'assenza di un mediatore linguistico-culturale e il grado di preparazione specifica nelle problematiche sanitarie del mediatore stesso. La nostra presentazione propone il modello di una pratica di Medicina Generale che si svolge in équipe con operatori socio-sanitari e mediatori linguistico-culturali strutturati nel servizio e specializzati in ambito medico per intercettare i reali bisogni dei pazienti, prevenire gli errori diagnostici e produrre una maggiore efficacia dell'intervento medico complessivo (aumento della *compliance* del paziente alle terapie croniche, riduzione delle spese per la diagnostica, aumento delle conoscenze sulla salute da parte del paziente).

### Metodi

La Asl Roma A (oggi Roma 1) e il Centro Astalli dal 2006 hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che coinvolge i due Enti nella costruzione di un Centro specificamente dedicato ai richiedenti asilo e ai rifugiati nelle prime fasi del loro arrivo, quando maggiori sono i rischi di marginalità e numerose le barriere sociali, linguistiche e culturali che possono impedire cure efficaci e tempestive. Il terzo polo di questo protocollo d'intesa è rappresentato dalla figura dei medici di assistenza primaria che svolgono il loro lavoro all'interno del servizio SAMIFO (Salute Migranti Forzati) in rete con i medici specialisti della ASL e con gli operatori, i volontari del Centro Astalli e i mediatori linguistico-culturali.

### Risultati

Dal 1 luglio 2007 al 31 dicembre 2015 sono stati presi in carico e iscritti al Servizio Sanitario Regionale oltre 9.500 tra richiedenti e titolari di protezione internazionale, sono state effettuate circa 42.000 visite di medicina generale.

### Conclusioni

Il rischio di *misdiagnosis* nella cura dei migranti forzati si sposta dalle differenze tra le categorie diagnostiche e patologiche verso la frontiera che separa la patologia dal disagio, la dimensione medico-clinica fisica o psichica da quella della sofferenza sociale o esistenziale. Nella domanda di aiuto portata dai migranti forzati la sofferenza si manifesta molto spesso attraverso sintomatologie dolorose che attraversano il corpo e la mente, ma anche attraverso domande, sensazioni di smarrimento e incapacità di comprendere il mondo che li circonda e se stessi (quello che si è diventati). La dimensione della mediazione culturale si delinea come fondamentale per permettere un incontro tra diverse prospettive, linguaggi e identità. È la cura stessa che si sposta dentro una prospettiva di mediazione per trovare significati comuni, terreni condivisi su cui medici e pazienti si possano incontrare.

Contatto: Giancarlo Santone ([giancarlo.santone@aslromaa.it](mailto:giancarlo.santone@aslromaa.it))

## **Assistenza sanitaria agli immigrati sull' isola di Lesbo - situazione generale (P)**

CHIALE F., SPINELLI S., GIRINO G., PIGOZZI L., NARCISI P.

Rainbow for Africa onlus, Torino

### **Obiettivi**

Il 60 % dei profughi in fuga da paesi in guerra lungo la rotta balcanica è passato dall'isola di Lesbo, per un totale di 500.000 migranti nel solo 2015. Rainbow for Africa ONLUS dall'autunno 2015 è presente con la Missione di Emergenza "Asklèpiós". Il progetto è in collaborazione con WAHA, UNHCR, Nutriaid, Missionland e finanziato dall'8 per mille della Chiesa Valdese. Per rispondere alle criticità evidenziatesi fin da subito, l'obiettivo è stato quello di fornire assistenza sanitaria ai profughi, supportando trattamenti di emergenza-urgenza a bambini e donne gravide e offrendo tutela specifica ai soggetti più vulnerabili.

### **Metodi**

Invio di TEAM medico-infermieristici e di soccorritori formati a BLS-D e PHTLS con dotazioni farmacologiche e strumentali adatte al primo soccorso, allo screening delle patologie pediatriche e ginecologiche e al trattamento di problematiche di salute nell'ambito dell'emergenza-urgenza. L'attivazione è stata progressiva. Il setting operativo è la costa nord dell'isola : 2 postazioni sulla spiaggia, 1 emergency unit, 1 ambulatorio nel campo UNHCR di transito.

### **Risultati**

Le persone visitate in totale dal 01/10/2015 fino al 06/03/2016 sono state 7345 : ad ottobre 3319 (2.5%), novembre 2174 (2.1%), dicembre 813 (1.2%), gennaio 878 (2.1%), febbraio 128 (0.4%), marzo 33 (0.7 %). Le percentuali si riferiscono al numero di pazienti visitati sul totale degli arrivi nell'isola di Lesbo (Dati UNHCR). 4.668 pazienti (63.6%) erano maschi. La percentuale dei maschi è calata da 67.9% di ottobre e 70.2% di novembre a 47.5% di dicembre e 50.4 % del periodo gennaio-marzo. 1.274 erano bambini sotto i 5 anni (17.3%). Dei 1.852 pazienti visti dall'inizio di dicembre 633 (34.2%) provenivano dalla Siria. Sul totale dei pazienti visitati, soltanto 355 hanno avuto necessità di trasporto in ospedale (4.8%). Nel mese di ottobre la percentuale dei pazienti che hanno avuto bisogno di ospedalizzazione era 10% (332).

### **Conclusioni**

La sfida sanitaria in questo contesto è rappresentata dalla necessità di garantire la rapida individuazione dei problemi sanitari al momento dello sbarco, la gestione delle situazioni critiche urgenti e il trattamento a breve termine delle patologie minori. La nostra risposta è stata valutata come numero di pazienti visitati nei nostri centri medici e successiva necessità di ospedalizzazione. Ipotizziamo una correlazione tra la riduzione del numero delle visite e delle ospedalizzazioni ed il miglioramento delle condizioni meteorologiche. Questa riduzione si è accompagnata ad una risposta sanitaria maggiormente coordinata ed organizzata nel corso dei mesi, che ha permesso una migliore presa in carico dei pazienti che accedevano nei nostri centri medici. La riduzione della percentuali di visite negli ultimi mesi sul totale delle persone arrivate sull'isola di Lesbo è da imputare alla ridistribuzione dei flussi verso il sud e il porto di Mitilini, dove stiamo in questo momento dispiegando una nuova Clinica Mobile in assetto ICU.

Contatto: Federica Chiale ([federica.chiale@gmail.com](mailto:federica.chiale@gmail.com))



**Assistenza sanitaria ai profughi sull' isola di Lesbo: attività gennaio-marzo 2016 (P)**

CHIALE F., SPINELLI S., GILI R., MORRISON-GRIFFITHS S., GIRINO G.

Rainbow for Africa onlus, Torino

**Obiettivi**

L'isola di Lesbo per centinaia di migliaia di profughi è la prima porta d'accesso al continente europeo. Rainbow for Africa ONLUS è presente sulla costa nord con la Missione di Emergenza "Asklèpiós". Il progetto è in collaborazione con WAHA, UNHCR, Nutriaid, Missionland e finanziato dall'8 per mille della Chiesa Valdese. L'obiettivo della missione è quello di fornire assistenza sanitaria ai profughi : i centri medici a disposizione consistono in 2 postazioni sulla spiaggia (Akti e Chapel), 1 emergency unit nel porto di Skala Sikamineas, 1 ambulatorio in un campo UNHCR di transito.

**Metodi**

Invio di team medico-infermieristici formati a BLS-D e PHTLS con dotazioni farmacologiche e strumentali adatte al primo soccorso, allo screening delle patologie di bambini e donne gravide e al trattamento di problematiche di salute nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Per ogni paziente che accedeva ai nostri centri medici venivano raccolti dati anagrafici e clinici.

**Risultati**

Le persone visitate in totale dal 19 gennaio 2016 fino al 6 marzo 2016 sono state 661 (l'1,1 % dei migranti arrivati nel periodo preso in esame – 60.466 rifugiati, dati UNHCR). Sul totale dei pazienti visitati 285 (43%) provenivano dalla Siria, 242 (37%) dall' Afghanistan, 57 (9%) dall' Irak, 21 dal Pakistan, 8 da altri paesi del Medio Oriente, 5 da paesi africani, 1 dalla Repubblica Dominicana, 6 dagli USA, 28 dall' Europa, 6 da paesi non specificati. 101 (15%) erano bambini sotto i 5 anni, 118 (18%) tra 5 e 17 anni, 379 (57%) tra 18 e 65 anni, 12 sopra 65 anni, 51 (8%) di età non specificata. 333 erano maschi e 328 femmine. La patologia più frequentemente riscontrata è stata l'infezione delle vie respiratorie superiori (258 pazienti, 39%). Altre diagnosi sono state: infezioni vie respiratorie inferiori in 9 pazienti, sintomi muscolo scheletrici in 47 (7%), patologie dermatologiche in 54 (8%), sintomi gastrointestinali in 39 (6 %), patologie ostetriche in 17, patologie neuropsichiatriche in 17, traumi in 10, patologie del cavo orale in 9, altri sintomi non meglio specificati in 217 (33%). 393 pazienti (59%) hanno ricevuto un trattamento farmacologico: antibiotici in 36 casi, analgesici in 135, altri farmaci in 222. In 32 pazienti (0,5%) sono state effettuate medicazioni o piccole procedure, in 19 procedure solo diagnostiche. Per 163 pazienti (25%) i trattamenti sono stati di altro tipo, come riscaldamento o reidratazione per via orale. Sul totale dei pazienti visitati, soltanto 6 (0.9%) hanno avuto necessità di trasporto in ospedale.

**Conclusioni**

La principale prestazione sanitaria è risultata essere la gestione del piccolo trauma, del trauma psicologico, dell'ipotermia, dello stato di affaticamento da deprivazione di cibo, acqua e sonno. Una gran parte dei sintomi minori (dolori osteoarticolari, cefalea, richiesta di visita in assenza di sintomatologia specifica) possono essere espressione di un distress psicologico, che può essere in un simile contesto solo in parte alleviato, anche a causa delle barriere linguistiche e della scarsità di interpreti.

Contatto: Federica Chiale ([federica.chiale@gmail.com](mailto:federica.chiale@gmail.com))

## **Missione Asklaepios – un progetto di assistenza sanitaria a favore dei migranti sulle isole greche (P)**

CHIALE F., SPINELLI S., FRIGERIO S., LAMORTE A., PAZÈ E.

Rainbow for Africa onlus, Torino

### **Obiettivi**

Nel 2015 a seguito della guerra in Siria un grande numero di persone sono fuggite dal loro paese e si sono rifugiate nei paesi limitrofi. Attraverso la Turchia un flusso crescente di profughi ha cercato di raggiungere le isole greche e - da lì - l'Europa. L'impossibilità di spostarsi attraverso canali ufficiali ha costretto i migranti a effettuare tale viaggio in condizioni di disagio e pericolo, arrivando in Grecia talvolta in condizioni sanitarie disperate. A dicembre, dopo la segnalazione di un'infermiera di Torino che si trovava sull'isola di Lesbo, l'ong di Torino Rainbow 4 Africa (R4A) ha promosso una missione (Progetto Asklaepios - PE) per fornire assistenza sanitaria ai migranti in collaborazione con Missionland e Nutriaid e con il contributo economico dell'otto per mille della Chiesa Valdese.

### **Metodi**

Per coordinare al meglio l'assistenza R4A ha scelto di operare assieme a WAHA, ong francese che era già presente sull'isola e lavorava nell'ambito di un programma coordinato dall'UNHCR. Da gennaio 2016 gruppi di 2-4 persone con varie competenze sanitarie si sono avvicinate sull'isola di Lesbo. A febbraio una nuova postazione è stata presa in carico sull'isola di Chios, dove si era andato spostando il flusso dei rifugiati, e da marzo una ulteriore è attiva sull'isola di Samos. Un container attrezzato come unità di terapia intensiva (ICU) è stato portato a gennaio sull'isola di Lesbo.

### **Risultati**

Il personale di R4A, assieme a quello di WAHA, ha garantito la copertura sanitaria diurna in 2 postazioni sulla costa nord di Lesbo (Akti e Chapel), la copertura diurna e notturna di un ambulatorio a Skala Sikaminea, attrezzato per far fronte alle principali emergenze di tipo medico, e la copertura diurna di un ambulatorio a Skala Camp, campo UNHCR di transito dove i migranti giunti sulla costa vengono radunati per poi essere trasferiti nei centri più grandi al sud dell'isola. A Chios è stata garantita l'assistenza sanitaria pomeridiana nel campo di Souda, serale e notturna all'hotspot di Vial, notturna sulla spiaggia e diurna su una barca. A Samos da marzo è stato aperto un nuovo hotspot. A marzo inoltre, in seguito allo spostamento dei flussi dei rifugiati verso sud, l'ICU è stata sistemata nel porto di Mytilini, capitale dell'isola di Lesbo, dove è andato concentrandosi un grande numero di rifugiati.

### **Conclusioni**

La migrazione di numerose persone a seguito di drammi come la guerra rende necessaria una rapida risposta alle molteplici necessità che si possono presentare in tempi anche molto brevi. Il progetto Missione Asklaepios di R4A si è avvalso della professionalità di personale sanitario con molteplici competenze e spesso precedenti esperienze di lavoro in realtà a media-bassa disponibilità di risorse. La permanenza in turni di 2 settimane ha consentito di rendersi immediatamente disponibili anche con breve preavviso usufruendo di assenze per ferie dal lavoro e di fornire un'importante e costante sostegno a fronte di un budget relativamente ridotto.

Contatto: Federica Chiale ([federica.chiale@gmail.com](mailto:federica.chiale@gmail.com))

## **Presa in carico integrata di un soggetto psicotraumatizzato (P)**

PICE C.

Progetto SPRAR Comune di Milano, Farsi Prossimo Onlus

### **Obiettivi**

Descrizione di un intervento di aiuto multidisciplinare di un rifugiato vittima di violenza e delle strategie di valutazione e presa in carico integrata di questi soggetti.

### **Metodi**

Presentazione del soggetto: Bignam è un giovane eritreo giunto sul territorio nazionale via mare, accolto nel Sud Italia da un Centro di Accoglienza, dove ha ottenuto lo status di rifugiato, si è poi spostato al Nord, ed è entrato nel Servizio di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati del Comune di Milano. Problemi all'arrivo: inizialmente il soggetto era restio a parlare di sé, negando i problemi (ritmi sonno/veglia alterati, inappetenza e isolamento sociale), questa fase del processo di aiuto ha coinvolto educatori ed assistenti sociali, che con un approccio sistemico-relazionale, hanno raccolto le prime informazioni, sono così emersi il carattere forzato della migrazione, gli episodi lesivi dei diritti umani nei paesi di transito (esposizione a finte esecuzioni nelle carceri libiche) e in Italia (mancanza di cure specialistiche all'arrivo). Bignam riferiva disturbi gastrointestinali, dermatologici e vampate di calore in tutto il corpo. Le visite specialistiche prescritte sono state senza esito, e solo grazie a uno psichiatra esperto in psicotraumatologia, si è riusciti a ricondurre il quadro clinico a quest'ambito. Tappe assistenziali ed interventi: la seconda fase ha previsto la presa in carico presso i servizi psichiatrici territoriali del Servizio Sanitario Nazionale, che hanno allestito un intervento culturalmente sensibile e integrato (psicoterapia e farmaci) prevedendo anche l'intervento di un mediatore linguistico-culturale. L'approccio terapeutico culturalmente sensibile e l'atteggiamento accogliente degli operatori del centro di accoglienza hanno aiutato Bignam a identificare una soluzione alle sue difficoltà, ovvero seguire cure tradizionali sugli altopiani etiopi. L'équipe ha concordato il viaggio a condizione che il percorso integrativo riprendesse al ritorno.

### **Risultati**

Al rientro, Bignam ha presentato un buon equilibrio psicofisico, ha rispettato gli accordi riprendendo la psicoterapia e, con l'aiuto della ritrovata rete etnica, è riuscito a trovare lavoro e un alloggio autonomo. Il breve ritorno in Africa sostenuto dall'équipe assistenziale sembra avergli consentito di sentirsi parte attiva nelle scelte della sua vita, ed essergli servito anche come occasione di riappropriazione delle esperienze traumatiche.

### **Conclusioni**

Il successo dell'intervento sembra spiegabile soprattutto grazie alla presa in carico integrata, costituita dall'ascolto partecipato degli operatori del centro di accoglienza, dalle cure psicoterapeutiche e psicofarmacologiche fornite dal servizio psichiatrico territoriale e dall'atteggiamento culturalmente rispettoso dell'intera rete di assistenza.

*Contatto: Chiara Pice (c.pice@farsiprossimo.it)*

## **Percorso migratorio di un campione di pazienti afferenti all'ambulatorio di medicina di base per migranti, Ospedale San Paolo, Milano (P)**

COLOMBO L.<sup>1</sup>, CROSIGNANI A.<sup>1</sup>, POTENZA S.<sup>1</sup>, PRINA E.<sup>1</sup>, PUGLIESE P.<sup>1</sup>, ROSSIGNOLI G.<sup>1</sup>, BOUAB Z.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ospedale Santi Paolo e Carlo, Milano; <sup>2</sup> Cooperativa Crinali, Milano

### **Obiettivi**

Dal 2011, i percorsi dei migranti sono variati drasticamente per l'arrivo crescente nella Comunità Europea (UE) di richiedenti asilo (la cui regolarizzazione è spesso ritardata per problematiche amministrative) che si vanno ad aggiungere ai migranti per cause economiche; sono purtroppo note le tragedie quotidiane di migranti morti affrontando viaggi pericolosi. L'obiettivo è quello di descrivere il percorso migratorio per arrivare in Italia di un campione consecutivo di pazienti afferenti all'ambulatorio di medicina di base per migranti, giunti come prima tra novembre e dicembre 2015.

### **Metodi**

Attraverso un questionario riguardante il percorso migratorio, sono stati valutati 186 pazienti:132 pazienti hanno risposto adeguatamente.

### **Risultati**

Dei 132 pazienti valutati,50(38%) era in Italia da oltre 5 anni (range 5-22 anni) mentre 82 (62%) da meno di 5 anni. I principali luoghi di provenienza erano: Marocco (19%), Romania (18%), Albania (18%), Egitto (14%) e Africa subsahariana (11%).109 (82%) hanno dichiarato di essere arrivati in Italia con volo diretto o con pullman con un visto turistico e di essere diventati "clandestini" restando oltre i termini dei tre mesi previsti dalla legge. I restanti 23 (18%) hanno dichiarato di essere arrivati per vie "non convenzionali": via mare (dalla Grecia/Turchia o dalla Libia) o via terra dai Balcani. Questi ultimi pazienti provenivano soprattutto da: Bangladesh(35%),Africa subsahariana (30%) e nord Africa (28%). Dei 82 pazienti giunti dal 2011,18 (21%)erano arrivati via mare o terra mentre tra quelli prima del 2011 erano solo 5 (0.1%).

### **Conclusioni**

La maggior parte dei migranti che afferiscono al nostro ambulatorio arrivano in Italia attraverso vie tradizionali con aereo o pullman e diventano "clandestini" successivamente, solo una piccola percentuale dei pazienti che abbiamo valutato in due mesi, raggiungono l'Italia tramite "percorsi pericolosi" ma tale numero è in aumento negli ultimi anni. Questo risultato riteniamo sia dovuto a: 1) l'intervista che è stata effettuata quando l'arrivo via mare era minore 2) la maggior parte dei richiedenti asilo restano in Italia solo per brevissimi periodi e cerca di proseguire prima possibile verso il nord della UE 3) casistica limitata. Dati i percorsi più sicuri intrapresi dalla maggior parte dei migranti afferenti al nostro ambulatorio, sosteniamo la proposta già effettuata da vari organismi internazionali di attivare nei paesi extraeuropei di confluenza dei migranti dei centri coordinati direttamente dalla UE al fine di organizzare percorsi migratori più certi e sicuri per chi abbia riconosciuto lo status di richiedente asilo.

Contatto: *Livio Colombo (colliv@hotmail.it)*

## **EUR – HUMAN: Punti di vista ed aspettative dei rifugiati per quanto riguarda la loro salute, l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari e sociali e confronto fra i diversi paesi partecipanti (P)**

CALDES MJ., DELLI PAOLI L., MASCIA N., SCALI L., RACALBUTO E.

Centro di Salute Globale, AOU Meyer, Firenze

### **Obiettivi**

L'obiettivo del progetto è conoscere le esperienze e le aspettative dei richiedenti protezione internazionale e dei rifugiati (RPI-R) per quanto riguarda la loro salute, l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari e sociali (SSS). Tale progetto vede la partecipazione del Centro Salute Globale della Regione Toscana (CSG) e di partner di Paesi dell'UE ed è finalizzato a migliorare le capacità e le competenze degli Stati membri che ospitano RPI-R.

### **Metodi**

In accordo con il protocollo di studio, dai centri di accoglienza del Comune di Firenze, sono stati selezionati due gruppi di RPI-R, ciascuno composto da 5-7 persone: un primo gruppo composto esclusivamente da donne ed un secondo composto da uomini (età media 15-30 anni; nazionalità: Nigeria, Gambia, Ghana, Somalia, Pakistan). I gruppi hanno partecipato a sessioni di lavoro organizzate con la tecnica del Participatory Learning and Action (PLA) con moderatori provenienti dal CSG e con mediatori linguistico-culturali (MLC). Le questioni principali affrontate sono state quelle riguardanti lo stato di salute dei RPI-R, le modalità di utilizzo dei SSS e le "barriere" percepite per l'accesso ai SSS. Infine è stato chiesto il loro punto di vista su come i SSS dovrebbero essere e su cosa si potrebbe fare per migliorare gli stessi. Tutte le conversazioni sono state registrate con registratore audio per una successiva analisi. Gli incontri sono avvenuti nel mese di marzo 2016.

### **Risultati**

Gli uomini hanno lamentato, soprattutto nel periodo successivo all'arrivo, una dolorabilità diffusa (artralgie, cefalee, gastriti) che si è poi attenuata spontaneamente nel tempo. Il gruppo femminile ha invece lamentato problematiche legate prevalentemente a infezioni uro-genitali. La principale problematica legata all'accesso ai SSS è la barriera linguistica. Tutti gli intervistati hanno un MMG assegnato con cui però non riescono a comunicare. Un ulteriore problema è di natura logistica, è per tutti difficile riuscire a orientarsi nel labirinto di orari, luoghi e modalità di accesso agli ambulatori medici. Bisogna poi considerare che un certo numero di migranti è pressoché analfabeta; la distribuzione di materiale informativo tradotto nelle diverse lingue può essere pertanto di aiuto limitato. Rimane fondamentale il rapporto con gli operatori dei centri d'accoglienza, per un supporto nell'orientamento ai servizi.

### **Conclusioni**

I RPI-R hanno sottolineato la necessità di una maggiore presa in carico da parte dei MMG. Pare indispensabile una formazione che coinvolga i professionisti socio-sanitari per conoscere i bisogni di salute dei RPI-R in un'ottica multidisciplinare. Sarebbe utile prevedere anche una formazione di base per gli operatori dei centri di accoglienza. Gli operatori rimangono i professionisti che hanno un contatto costante con i migranti e sono loro le figure ponte tra questi ed i SSS del territorio. Sarà interessante a conclusione dello studio valutare i risultati in una scala più generale a livello Italiano ed Europeo.

Contatto: Maria José Caldes Pinilla ([salute.globale@regione.toscana.it](mailto:salute.globale@regione.toscana.it))

## **Salute dei rifugiati e richiedenti asilo: "Progetto Passport processo di autonomia e di integrazione" (P)**

SANVITO L., SEVERI I., BULLI S., DELLI PAOLI L., MAGURSI T., CAPIZZI M.

Caritas Diocesana, Firenze

### **Obiettivi**

Il progetto Passport, finanziato dal FER era rivolto a titolari di protezione internazionale ed aveva come obiettivo generale quello di sostenere il processo di autonomia e integrazione sociale. All'interno del progetto generale, Passport è stato rivolto a 19 titolari di protezione internazionale attraverso un'indagine orientativa sulla salute globale degli utenti rilevando la condizione psico-sanitaria.

### **Metodi**

Tali obiettivi sono stati perseguiti attraverso un'intervista integrata condotta simultaneamente da un MMG, uno psicologo e un mediatore culturale. Il MMG raccoglie dati sanitari e indaga esposizione a determinate patologie, lo psicologo ricerca eventuali disturbi della sfera somatica e sovrappone l'indagine psicologica alla clinica. Azioni: *setting* accogliente, alleanza terapeutica, superamento stigma culturale disagio psichico.

### **Risultati**

Previo consenso dell'utente segnalazione al medico curante di problematiche sanitarie rilevanti emerse per miglior presa in carico del paziente. Erogazione di prestazioni sanitarie non presenti nei LEA, come cure odontoiatriche. Raccordo con strutture territoriali del Dipartimento di Salute Mentale.

### **Conclusioni**

Gli utenti hanno dimostrato un'ottima aderenza al progetto che ha portato ad un'analisi completa del loro stato di salute attraverso la metodologia esplicitata. L'accoglimento dei sintomi ha permesso la creazione di un percorso di accompagnamento personalizzato calibrato sulle necessità clinico-psicologiche, attraverso una collaborazione tra servizio pubblico e privato sociale

Contatto: Luisa Sanvito ([sanvito@caritasfirenze.it](mailto:sanvito@caritasfirenze.it))

## **Risultati di tre anni di screening infettivologico su richiedenti asilo (P)**

MASSETTI A.P., RUSSO G., D'ABRAMO A., VULLO V.

Sapienza Università di Roma, Dipartimento Sanità Pubblica e Malattie Infettive

### **Obiettivi**

Lo screening dei richiedenti asilo assume spesso la connotazione di una strategia di salvaguardia della salute pubblica e certamente questo ne è uno dei principali obiettivi. Tuttavia, pensiamo che non si debba perdere di vista la necessità di assicurare la salute del singolo individuo. Lo screening condotto sui richiedenti asilo afferenti al nostro Ambulatorio è stato strutturato e gestito con questo duplice obiettivo.

### **Metodi**

Lo screening è stato strutturato in maniera da favorire l'aderenza allo stesso da parte degli utenti, sia in caso si presentassero soli, sia in caso fossero accompagnati dagli operatori dei Centri di Accoglienza. Sono stati previsti tre incontri: Il primo giorno viene effettuata la raccolta dei dati anamnestici, la visita generale, l'evidenziazione di eventuali problemi specifici (anche di natura psicologica), l'esecuzione dell'intradermoreazione di Mantoux e prescrizione degli esami di laboratorio in base a quanto emerso nella visita, ma includendo sempre markers epatite B e C, esame parassitologico feci e negli adulti anche sierologia per lue e HIV. Dopo 72 ore, i pazienti ritornano per la lettura della Mantoux (e prescrizione di ulteriori esami in caso di positività) e l'esecuzione dei prelievi. Durante la terza visita vengono visionati gli esami di laboratorio con eventuali ulteriori prescrizioni in caso siano emersi problemi specifici, oltre ad effettuare un adeguato colloquio informativo con il paziente.

### **Risultati**

Sono stati sottoposti a screening 835 richiedenti asilo, quasi tutti maschi (97%), sia adulti (56%) che minori, provenienti da 28 paesi differenti e ospitati in 25 diversi Centri di Accoglienza. È stata valutata l'incidenza delle diverse infezioni sia sull'intero campione sia all'interno dei gruppi con diversa età o provenienza. È stata inoltre effettuata un'analisi volta a identificare i fattori che hanno favorito od ostacolato il completamento dello screening. Tra tutti coloro che sono risultati Mantoux positivi, per esempio, il 60% circa ha effettuato e fatto visionare l'Rx torace, ma solo per il 23% abbiamo la certezza che sia stata completata la profilassi.

### **Conclusioni**

Lo screening ha evidenziato l'incidenza delle differenti patologie infettive nei richiedenti asilo che arrivano in questi anni nella variegata realtà della città di Roma. Sono stati inoltre evidenziati i principali fattori che incidono sull'aderenza allo screening, alcuni immodificabili perché inerenti alle caratteristiche della popolazione, ma altri suscettibili di miglioramento perché dovuti alle modalità organizzative dei centri di accoglienza e alla mancanza di linee guida condivise sulla prassi di esecuzione dello screening.

Contatto: Anna Paola Massetti ([paola.massetti@uniroma1.it](mailto:paola.massetti@uniroma1.it))

## **Variazioni demografiche e impatto sulla salute psichica dei richiedenti asilo in Italia (C)**

DA SILVA E., MAZZETTI M., ARAGONA M., GERACI S.

Progetto "Ferite Invisibili", Area sanitaria Caritas, Roma

### **Obiettivi**

Gli ultimi anni hanno evidenziato un netto cambiamento socio-demografico negli arrivi di profughi in Italia nel biennio 2011-2012 con l'Emergenza Nord Africa, e poi nel 2014-15 con l'operazione "Mare Nostrum" e seguenti. Chi opera nel settore ha visto crescere grandemente il numero di assistiti di basso livello di istruzione, spesso analfabeti, e con storie non solo di psicotraumatologia ma anche di emarginazione sociale precedente la migrazione. Il lavoro si prefigge di trovare indicatori in grado di mostrare l'impatto di questa nuova demografia sulla salute psichica dei richiedenti asilo.

### **Metodi**

Analisi dei dati sulle SDO in psichiatria e sulle caratteristiche dell'assistenza psicoterapeutica erogata in un servizio dedicato ai richiedenti asilo e rifugiati: in particolare si è considerato il numero medio di sedute erogate per paziente nel decennio 2006-2015; analisi qualitativa dei quadri clinici presentati nello stesso servizio.

### **Risultati**

Le SDO hanno offerto dati fino al 2014; la serie storica mostra il netto incremento negli ultimi anni: nel 2008 i ricoveri di stranieri in psichiatria sono stati 2.741 maschi e 3.300 femmine; nel 2009, 2.682 m e 3.362 f; nel 2011, 4.518 m e 4.909 f; nel 2012, 4.232 m e 4.581 f; nel 2013, 4.329 m e 4.737 f; nel 2014, 4.499 m e 4.785 f (Elaborazioni Istat su dati Ministero della Salute per Rapporto Osservasalute, 2016). La frequenza media delle sedute nel servizio "Ferite Invisibili" dell'Area Sanitaria Caritas di Roma è passata da 7,2 nel 2006 a 12,95 nel 2014 e 11,40 nel 2015. Gli psicoterapeuti del servizio ritengono che l'aumento del numero medio di sedute terapeutiche dipenda dalla riduzione dei quadri clinici psicotraumatologici puri, e dall'aumento di quadri complessi, in cui la psicotraumatologia si innesta su disturbi cronici di personalità, su ritardo mentale o su preesistenti altri quadri clinici psichiatrici.

### **Conclusioni**

Il notevole cambiamento demografico dei richiedenti asilo in Italia negli ultimi 5 anni non ha potuto essere documentato con dati statistici attendibili sui livelli di scolarizzazione e altri dati potenzialmente influenti sulla salute mentale; i dati sulle ospedalizzazioni per diagnosi psichiatriche indicano una tendenza a un netto maggior impatto della popolazione immigrata rispetto agli anni precedenti; i dati quali-quantitativi di un servizio dedicato al trattamento della psicotraumatologia tra richiedenti asilo e rifugiati sembra suggerire un cambiamento della popolazione di riferimento, con un aumento di situazioni di comorbidità (psicotraumatologia e altre patologie preesistenti). I dati sembrano suggerire una situazione in evoluzione e in aggravamento, e suggeriscono la necessità di studi accurati per comprendere i cambiamenti in atto nella prevalenza di disturbi psichici tra richiedenti asilo e rifugiati.

Contatto: Marco Mazzetti ([marcomazzetti.at@libero.it](mailto:marcomazzetti.at@libero.it))



## **Lo Psicologo al Pronto Soccorso - Clinica dell’Emergenza (P)**

FERRARI E.<sup>1</sup>, MARCHINI L.<sup>1</sup>, LEONE S.<sup>2</sup>, SCHEA A.<sup>1</sup>, CREMONESI P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ospedali Galliera Genova, SC Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza; <sup>2</sup> Università di Genova, Scuola di Specializzazione in Tossicologia Clinica

### **Obiettivi**

L’intervento psicologico, con pazienti in condizione giuridica di richiedenti asilo o rifugiato politico, cerca di evitare che si sviluppino, attraverso l’ascolto tempestivo e analiticamente orientato, il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) o simili e di fare prevenzione rispetto a eventuali traumi futuri e/o condotte devianti.

### **Metodi**

Offrire al rifugiato politico/richiedente asilo un spazio fisico e mentale rassicurante, che preveda nell’iter diagnostico-terapeutico di P.S. il colloquio e l’intervento di una psicologa ad orientamento psicoanalitico. Il Pronto Soccorso riveste una posizione privilegiata di osservazione per accogliere il paziente richiedente asilo e rifugiato politico, attraverso un’integrazione multidisciplinare che vede coinvolti infermieri, medici, psicologhe, interpreti. La documentazione prodotta in P.S. raccoglie una quantità di dati (estraibili dal verbale o dal colloquio con il medico e lo psicologo) tale da permettere un monitoraggio e una valutazione accurata del fenomeno e le eventuali recidive.

### **Risultati**

La scomparsa dei sintomi dopo un intervento breve non deve far credere ad una guarigione ma sono un primo passo verso un processo curativo. L’ascolto è indispensabile per dare un posto al vissuto psicologico del paziente ed è un momento preliminare all’accoglienza del migrante. Il lavoro che viene richiesto al sopravvissuto è quello di ricostruire un’identità e un nuovo equilibrio interiore perciò non basta considerare solo la forza dell’evento esterno, ma è fondamentale leggere intimamente l’interazione tra realtà oggettiva e soggettiva, tra realtà esterna e interna. Ogni richiedente asilo, ogni sopravvissuto sarà trattato nella logica dell’“uno per uno”, poiché ogni realtà individuale è sempre diversa, estranea, straniera.

### **Conclusioni**

“Non si guarisce perché si rimmemora. Ci si rimmemora perché si guarisce.” Lacan.

I pazienti richiedenti asilo, sono portatori di esperienze traumatiche, vissute in passato o durante il loro viaggio da migranti, che spesso sono causa di una sintomatologia complessa. La sintomatologia sopra citata ha spesso il carattere di un’emergenza psicologica: un’improvvisa caduta dell’equilibrio psicologico ed emotivo dovuto ad un evento esterno (fuga dalla guerra, persecuzioni, ecc.), che richiede l’immediata attivazione di nuove strategie per la sopravvivenza psichica. Il sopravvissuto tende a chiedersi, a livello inconscio, i motivi per i quali proprio lui è stato risparmiato dalla morte, sviluppando un senso di colpa che raramente riesce a esprimere e che agisce nel corso della vita nella logica dell’espiazione. Freud ci ha insegnato che la psicoanalisi permette l’inclusione del soggetto nella fase di risoluzione dei conflitti che lo riguardano, nella ricerca della causa e nel rispetto della singolarità del caso per caso.

Contatto: *edith ferrari (edith.ferrari@galliera.it)*

## **Le condizioni di salute dei migranti al momento dello sbarco nell'area della prefettura di Catania nel 2015 (P)**

ABRAMO E., MANCINELLI S., BUONOMO E., PALOMBI L.

Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata'

### **Obiettivi**

La Sicilia è un rilevante punto di ingresso per i migranti provenienti dall'Africa Sub-sahariana e dal Medio Oriente in conseguenza di conflitti e crisi economiche e ambientali. L'aumento della pressione migratoria è stato accompagnato da una crescita delle preoccupazioni per i risvolti sul piano della sicurezza sociale e sanitaria. I timori di carattere sanitario riguardano in particolare la possibilità di contagio da agenti infettivi quali Tbc, HIV/AIDS e, più in generale, zoonosi emergenti (Ebola, febbri emorragiche, ecc.). Lo studio ha investigato la fonte di dati costituita dalle valutazioni sanitarie compiute a bordo dei natanti incaricati della sorveglianza e del salvataggio dei rifugiati in mare, nel corso di tutto il 2015, per la sola sede di Catania. A tale fonte è stata aggiunta quella delle diagnosi relative ai casi di ricovero ospedaliero.

### **Metodi**

L'indagine ha riguardato l'intero anno del 2015 tramite i risultati delle valutazioni effettuate nel corso di 29 eventi, per un totale di 9.104 migranti soccorsi in mare. Lo studio è stato condotto analizzando i dati relativi agli sbarchi avvenuti in Sicilia, gentilmente forniti dalla Prefettura di Catania, dalle Aziende Sanitarie e dalle associazioni presenti sul territorio siciliano, coinvolte nell'impegno ad accogliere chi migra, quali Comunità di Sant'Egidio, Caritas Diocesana e Medici Senza Frontiere.

### **Risultati**

I migranti sbarcati in Sicilia hanno manifestato complessivamente un buono stato di salute, seppur caratterizzato dallo stress e dai traumi di viaggi molto difficili. Il campione era costituito da donne (13,5%), minori (6,6%) e maschi adulti per il restante 79,9%. Sono stati contati 50 corpi senza vita (49 nel solo sbarco del 17 agosto 2015), mentre nessun decesso è stato registrato dopo la presa in carico da parte della Marina. A fronte della mancanza di codici triage neri, rossi e arancioni, si segnala in totale la formulazione di 25 codici verdi (0,27%) seguiti da successiva ospedalizzazione. Le prescrizioni terapeutiche hanno riguardato le seguenti patologie: sospetta scabbia (619 casi, 6,8%), disturbi lievi o di nessun conto (75, 0,8%), ipertermia (10, 0,1%), varicella (12, 0,1%), nonché alcune gravidanze ed 1 caso di diabete. Le 25 ospedalizzazioni hanno evidenziato traumi o esiti di traumi con fratture, stati di grave disidratazione, gravidanze con metrorragie.

### **Conclusioni**

Il quadro epidemiologico che emerge dalle condizioni di salute, almeno ad una prima valutazione, appare rassicurante, evidenziandosi disturbi legati alle durezze e alle carenze provocate dal viaggio. Fatto salvo lo stato nutrizionale, di cui non sono disponibili informazioni adeguate, si può concludere che si tratta di una popolazione di giovani adulti e minori in buone condizioni generali e che il rischio infettivo ad essa associato è del tutto trascurabile. Vale anche la pena osservare che il sistema di valutazione e accoglienza è ben integrato e sufficientemente informativo.

Contatto: *Leonardo Palombi* ([leonardo.palombi@uniroma2.it](mailto:leonardo.palombi@uniroma2.it))

## **Marco Cavallo galoppa ancora: dignità, cittadinanza, salute mentale (P)**

BONELLI F.

SIMM, Società Italiana di Pediatra (SIP), Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), Cooperativa Pietra Alta Servizi (PAS)

### **Obiettivi**

1) Analizzare, condividere e diffondere buone pratiche di assistenza a migranti con fragilità psichica; 2) favorirne un efficace accesso ai Servizi Socio Sanitari; 3) fornire una presa in carico terapeutica riducendo il rischio di marginalizzazione; 4) evitare trattamenti di medicalizzazione impropria; 5) ridurre errori diagnostici derivanti dal misconoscimento di aspetti socio-culturali legati alle culture di origine; 6) ridurre fenomeni di mancata *compliance*; 7) contribuire all'analisi e conoscenza del fenomeno immigrazione nella sua complessità clinico-politico-sociale; 8) esplorare, congiuntamente ad altre agenzie del pubblico e del privato-sociale, nuove ipotesi di gestione della sofferenza psicologica degli immigrati; 9) concorrere a creare le condizioni per un cambiamento efficace della accoglienza e assistenza sanitaria ai migranti.

### **Metodi**

Il Centro Migranti Marco Cavallo (CMMC), attivo dal 2011, è una struttura tecnica della Cooperativa Pietra Alta Servizi (PAS), deputata al trattamento di migranti regolari e non, profughi, rifugiati, richiedenti asilo, minori, adulti, famiglie, coppie, con sofferenza, disagio, disabilità, difficoltà, vulnerabilità, di origine sociale, psicologica. L'equipe è costituita da psichiatri, psicologi psicoterapeuti, mediatori culturali, con sede operativa a Torino, presso l'Hub Multiculturale "Cecchi Point". Le diagnosi affrontate sono molteplici: disturbi relazionali, problematiche di rapporto col cibo, stati ansiosi, depressioni, disturbi posttraumatici, disturbi di personalità, dipendenze, scompensi psicotici. Per comprendere e trattare il disagio è necessario rivedere i propri schemi di riferimento (sul concetto di salute/malattia, sui metodi di cura, sul corpo, sul rapporto uomo-donna) ricercando un atteggiamento metaculturale, una competenza etnopsichiatrica-critica, uno sguardo complessivo, sociale, culturale, rispettoso, umile, non "neocolonialista". Il CMMC segue anche utenti inviati da associazioni, cooperative, servizi pubblici per concorrere a pratiche di qualità; collabora in rete per garantire la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni; attraverso la salute intende facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti alla cittadinanza.

### **Risultati**

Abbiamo in carico oltre 100 utenti, ne abbiamo assistiti più di 400, afferenti individualmente o seguiti da associazioni, cooperative, enti; lavoriamo in rete con agenzie pubbliche e del privato sociale, favoriamo l'accesso dei migranti con fragilità psichica ai Servizi pubblici territoriali, forniamo direttamente interventi gratuiti di diagnosi, counselling, farmaco e psicoterapia, supporto in tutte le fasi di preparazione e accesso alle commissioni di valutazione. Accompagniamo e prepariamo a inserimenti lavorativi, sosteniamo attività di doposcuola multiculturale, diamo formazione a operatori, mediatori, e a noi stessi.

### **Conclusioni**

Il diritto alla piena cittadinanza comporta necessariamente una dignitosa assistenza psicologica, base di ben-essere, socializzazione, progresso.

Contatto: Fluvio Bonelli ([quillainti@alice.it](mailto:quillainti@alice.it))

## **“Home visiting” come prevenzione delle difficoltà di relazione genitori/bambino nella migrazione (C)**

FINZI I., IMBIMBO F.

Cooperativa Crinali, CAF Onlus, Milano

### **Obiettivi**

La letteratura individua nel periodo perinatale e nel primo anno di vita un momento di particolare vulnerabilità in situazione di migrazione, in particolare per quanto riguarda il primo bambino nato nel nuovo paese. Anche nella nostra esperienza di lavoro come Cooperativa Crinali sia nei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e le loro famiglie, sia nell'attività di Clinica Transculturale, sia nella collaborazione con i servizi pubblici consultoriali e di neuropsichiatria infantile, abbiamo verificato difficoltà specifiche dovute al trauma migratorio, all'isolamento e alla rottura di legami familiari e culturali con i propri riferimenti nella competenza materna. Il progetto di Home Visiting, promosso a Milano da Associazione CAF (Centro di aiuto ai minori e alle famiglie) in collaborazione con la Cooperativa Crinali, dal 2008 si occupa di sostenere donne e famiglie in situazione di rischio relazionale, nel periodo peri/post natale, in stretta collaborazione con la rete dei servizi, attraverso un sostegno psicoeducativo domiciliare. L'immigrazione recente, la giovane età, la solitudine sono fra gli indicatori di rischio presi in considerazione.

### **Metodi**

Le operatrici, appositamente formate, sono supervisionate periodicamente sia dal punto di vista pedagogico che psicologico e relazionale, con una attenzione specifica agli aspetti controtrasferali di tipo emotivo e culturale. Gli interventi a domicilio, bisettimanali, hanno la durata di un anno o 18 mesi a seconda delle necessità. L'intervento ha un taglio psico-educativo e transculturale: infatti, nel caso di donne straniere il modello di intervento prevede la compresenza di operatrice e mediatrice linguistico culturale, l'attenzione alla storia e ai modelli culturali di appartenenza, l'approccio transculturale nel costituirsi del rapporto di sostegno. Questa attenzione costituisce un elemento peculiare e innovativo rispetto ai progetti di home visiting attivi in Italia e in altri paesi.

### **Risultati**

Il progetto è valutato attraverso diversi indicatori, test, filmati, da parte dell'Università Bicocca (prof.ssa Riva Crugnola). I risultati sono nettamente positivi in particolare per quanto riguarda il supporto sociale percepito, gli stili di interazione mamma bambino, il livello di sviluppo cognitivo e sensorio-motorio del bambino.

### **Conclusioni**

Questo lavoro costituisce un modello di intervento riproducibile, sostenibile, orientato alla prevenzione, attento ai temi della transculturalità e al potenziamento della rete dei servizi. Tiene in considerazione le risorse e le competenze presenti con un'attenzione al sostegno dei processi di integrazione possibili, evitando percorsi di emarginazione o di tipo assistenzialistico.

Contatto: *Ida Finzi (idafinzi@tin.it)*

**Doppia Discriminazione: essere migranti, essere omosessuali (P)**

INFANTE A.

Gay Center-GHL Gay Help Line, Arcigay Roma, Arcilesbica Roma, Azione Trans

**Obiettivi**

Il progetto è l'evoluzione di un lavoro dell'Arcigay Nazionale su immigrazione e omosessualità. Il GayCenter di Roma, associazione LGBT-Lesbiche Gay Bisessuali Transessuali, ha creato uno spazio per incontrare l'Altro, per esplorare una Conoscenza, una progressiva Consapevolezza della propria omosessualità e di come queste abbiano dato vita ad un atto di Coraggio che porta, la persona, ad intraprendere un viaggio estenuante per affermare il diritto di ESSERE quello che è. Gli obiettivi più preziosi è quello di accogliere, oltre ogni nostro pregiudizio, chiunque decida di vivere e non sopravvivere.

**Metodi**

In sede, si è creato uno spazio, dove avere incontri quindicinali tra persone frequentanti l'associazione e chi viene a cercare risposte. Gli incontri sono dei laboratori culturali, in cui autoctoni e migranti si incontrano su tematiche culturalmente caratterizzate come la famiglia, la casa, la scuola, il gioco, l'amicizia, l'amore, sottolineandone il significato personale e cercandone l'archetipo comune. La sperimentazione è iniziata a gennaio; i laboratori si avvalgono di una componente artistica-espressiva-corporea, per permettere a tutti di comunicare, oltre le parole. I ragazzi autoctoni parlano tutte diverse lingue, che coprono quasi tutte le aree geografiche di provenienza dei ragazzi migranti; questi ultimi scoprono, il piacere della nostra lingua; una Counselor Interculturale coordina i laboratori. Questa esperienza fa parte di un progetto più ampio che si occupa di Salute, come prevenzione e Legge, come legalità.

**Risultati**

Il risultato è la dimensione partecipativa e un intenso coinvolgimento, come si evince dai lavori artistici prodotti; sono lavori ricchi di emozioni, che i ragazzi migranti sperimentano e che, prima, non potevano, provenendo da territori dove l'espressione dell'affettività omosessuale è sottoposta a leggi severissime, e/o alla morte. Le parole non sarebbero sufficienti per descrivere le riflessioni che accompagnano, inequivocabilmente la percezione di ben-ESSERE dei ragazzi migranti, spogliandosi della sensazione di sentirsi "sbagliati".

**Conclusioni**

Ci sarà la volontà di uno calendario fisso per questa attività, che ha come unica forza-lavoro quella dei volontari. Nostra intenzione è condividere questi incontri per raccontare forme di discriminazione che appartengono alla sfera intima e personale, verso cui nutriamo una naturale diffidenza; e di cui non amiamo parlare. Infine, ci auguriamo di portare, nel vostro pregiato spazio, il nostro piccolo e prezioso contributo. Scelta coraggiosa, la nostra.

Contatto: Angela Infante ([angela.infante@email.it](mailto:angela.infante@email.it))

## ***I disegni dei bambini nei servizi di clinica transculturale per le famiglie migranti (P)***

CATTANEO ML.<sup>1</sup>, DAL VERME S<sup>1-2</sup>, SACCHETTI G.<sup>1</sup>, BRUNI C.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Cooperativa Crinali, Milano; <sup>2</sup> Università degli Studi di Milano; <sup>3</sup> Libera professionista

### **Obiettivi**

Prestare attenzione e utilizzare in modo terapeutico i disegni dei bambini nelle sedute di clinica transculturale per le famiglie migranti, a partire dalla sollecitazione di Alice Rizzi nella Maison de Solenn a Parigi, diretta da M.R. Moro.

### **Metodi**

Il servizio di clinica transculturale per le famiglie migranti è attivo dal 2003 a Milano in tre diverse sedi ed è organizzato e gestito dalla cooperativa Crinali. Vi accede l'intera famiglia su invio dei servizi territoriali (Consultori Familiari, Neuropsichiatria Infantile, Servizi Sociali) e dal Tribunale dei Minori. Le sedute durano circa due ore una volta al mese. La terapia si svolge utilizzando il dispositivo di gruppo secondo le modalità già sperimentate in Francia da M. Moro e T. Nathan. Il gruppo è costituito da una terapeuta principale e da coterapeuti, provenienti da diverse culture. Il gruppo e la famiglia sono seduti in cerchio in una grande stanza e i bambini si siedono a un tavolino al centro del cerchio dove trovano fogli e colori. Nel corso della seduta si ricostruisce la storia della famiglia, si disegna il genogramma, si parla del paese d'origine, delle famiglie rimaste là. I bambini ascoltano, a volte intervengono, a volte tacciono e disegnano. Una delle coterapeute si dedica a loro, li aiuta a sentirsi a loro agio, li incoraggia a esprimersi attraverso i disegni o i giochi, fa da ponte tra loro e il gruppo. Interviene nella seduta dando voce ai bambini e mettendo in relazione i loro disegni con il discorso che si sta svolgendo tra i grandi.

### **Risultati**

Riporteremo le osservazioni nate dai disegni dei bambini nelle sedute di gruppo. Vedremo come il lavoro terapeutico, volto a superare la scissione tra il paese d'origine e l'Italia e a iscriverli nella genealogia della famiglia, li aiuti a sentirsi meno sospesi tra due mondi. Mostriamo alcuni disegni che evocano il tema del viaggio, della casa, del Paese d'origine, del difficile sentimento di appartenere a due culture, delle relazioni famigliari.

### **Conclusioni**

Attraverso il disegno i bambini partecipano attivamente allo svolgersi della seduta, alla costruzione dell'alleanza terapeutica, ascoltano la lingua della famiglia e l'italiano, vedono i genitori trattati con rispetto e valorizzati. È importante formarsi all'utilizzo transculturale dei disegni dei bambini e approfondire la ricerca sul loro significato nel contesto delle sedute terapeutiche.

*Contatto: Graziella Sacchetti (graziella.sacchetti@gmail.com)*

## **Primo soccorso psicologico (PSP) per i migranti in transito nel centro Baobab e nella tendopoli alla Stazione Tiburtina, Roma: gli insegnamenti tratti da un servizio integrato di supporto psicologico e di mediazione interculturale (MI) MSF (P)**

AL ROUSAN A.<sup>1</sup>, PIZZI L.<sup>1</sup>, ALEMAIO T.<sup>1</sup>, GRMAY S.<sup>1</sup>, SCHILLIRÒ MC.<sup>2</sup>, BAGLIO G.<sup>2</sup>, LODESANI C.<sup>1</sup>, DI CARLO S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medici Senza Frontiere, Centrale Operativa Bruxelles; <sup>2</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Roma

### **Obiettivi**

Vi è chiara necessità di uno specifico servizio di salute mentale per i migranti che arrivano in Italia. Manca totalmente la considerazione di aspettative, progetto migratorio, preoccupazioni e condizioni psicologiche, soprattutto alla luce delle differenze culturali. La maggior parte delle persone transitate a Roma è composta da rifugiati provenienti dall'Eritrea. L'uso della violenza da parte del governo eritreo è sistematico e inoltre se ne registra un forte aumento lungo il percorso di migrazione. Obiettivi principali: a) sostenere i migranti nel ricostruire un senso di auto-efficacia attraverso il "supporto emozionale"; b) migliorare le strategie di resilienza, promuovendo le risorse individuali e di gruppo attraverso una metodologia volta a fare emergere la loro esigenze, sia pratiche che psicologiche, per facilitare la loro pianificazione sia presente e futura; c) migliorare la consapevolezza sui diritti alla salute e promuovere l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria; d) supportare i volontari che si occupano dell'assistenza.

### **Metodi**

Fattori linguistici e culturali svolgono un ruolo molto importante nelle cure mediche a qualsiasi livello; è cardinale l'utilizzo della lingua madre nei colloqui psicologici. Tre mediatori interculturali madrelingua e una psicoterapeuta, sono stati formati sugli aspetti legali e sulle tecniche del PSP. Il team ha operato individuando i nuovi arrivati e fornendo informazioni sul contesto. Questo primo incontro è finalizzato a costruire un rapporto di fiducia, analizzare i bisogni, valutare le condizioni psicologiche generali e identificare i casi vulnerabili o le esigenze particolari. Fasi operative chiave: contatto attivo in piccoli gruppi e risposta a domande specifiche; discussioni di gruppo; sessione psicologico-individuale in caso di necessità; riferimento ai servizi sanitari presenti sul campo e ai servizi di salute mentale (INMP); incontri di gruppo rivolti ai volontari finalizzati alla prevenzione della traumatizzazione vicaria.

### **Risultati**

Da luglio a ottobre 2015, 2020 persone hanno ricevuto informazioni e assistenza pratiche, 225 sono state riferite ai servizi medici, 903 hanno ricevuto un supporto emozionale, 34 hanno beneficiato di supporto psicologico individuale. 5 sono state supportate nel rintracciare familiari persi di visita subito dopo lo sbarco. Il PSP ha favorito nei beneficiari un aumento della consapevolezza dell'essere soggetti di diritti (umani, sanitari), anche in coloro che poi non si sono sottoposti alle procedure di identificazione.

### **Conclusioni**

L'esperienza compiuta ha confermato l'importanza di regolari feedback nell'équipe e di un'attenta analisi del contesto mutevole. Sotto i profili sanitario e umano, è risultato evidente che il PSP intercetta i bisogni impliciti e le aspettative di una popolazione invisibile; individua e riferisce problematiche sanitarie non altrimenti poste all'attenzione del medico. Dal punto di vista operativo, si è acclarato che il PSP può essere condotto autonomamente da MI con il supporto di uno psicologo.

Contatto: Ahmad Al Rousan ([msfocb-rome-hp@brussels.msf.org](mailto:msfocb-rome-hp@brussels.msf.org))

## **Sportello di supporto psicologico ai migranti richiedenti asilo: l'esperienza di Piacenza (P)**

BETTINI M., DONISI A., GERNA L.

AUSL Piacenza, Ospedale Guglielmo da Saliceto, UO Malattie Infettive, Ambulatorio per la Salute del Migrante e Medicina Interculturale (AISMMI)

### **Obiettivi**

A causa delle violenze fisiche e psicologiche subite durante la migrazione e della situazione di precarietà, i richiedenti asilo si trovano in una situazione di estrema vulnerabilità, nella quale la sfera psicologica e fisica sono strettamente collegate, influenzandosi a vicenda. In questo contesto, l'AISMMI di Piacenza, divenuto centro spoke per l'accoglienza dei richiedenti asilo dal 2014, ha implementato, dal settembre 2015, un progetto di sostegno psicologico rivolto a questa tipologia di pazienti. L'obiettivo del presente lavoro è di descrivere l'esperienza di ascolto psicologico per i migranti richiedenti asilo.

### **Metodi**

I pazienti sono segnalati allo psicologo dai medici dell'Ambulatorio AISMMI e/o dagli operatori dei centri di accoglienza. Ogni paziente viene sottoposto a un primo colloquio di conoscenza e valutazione. Successivamente sono organizzati colloqui di restituzione con gli operatori di riferimento ed una valutazione sull'opportunità di continuare il percorso di sostegno psicologico. Per ogni paziente è previsto il primo colloquio di conoscenza e valutazione; in alcuni casi selezionati viene somministrato il questionario per la rilevazione del rischio di insorgenza del disturbo PTSD. Al termine di ogni colloquio vi è la stesura di relazione riassuntiva e, laddove necessario, la redazione di un resoconto per i servizi di salute mentale ed eventualmente per i centri SPRAR. Tutti i colloqui sono svolti in inglese o francese oppure, se richiesto dalla competenza linguistica del paziente, con l'ausilio di un mediatore.

### **Risultati**

Da settembre 2015 a febbraio 2016 sono stati seguiti in totale 40 pazienti di cui il 60% ha avuto più di un accesso. La maggior parte dei pazienti proveniva dal continente africano (82,5%) ed era di sesso maschile (85%). I principali motivi dell'invio sono risultati: problemi psicosomatici (57%), violenze sessuali, stupri, prostituzione (10%), gravi malattie fisiche (10%), difficoltà degli operatori nel gestire problemi comportamentali (isolamento e aggressività) nelle strutture (12%); problemi psichiatrici (2 casi, entrambi con diagnosi di psicosi), disturbi d'ansia (2 casi).

### **Conclusioni**

Lo sportello di supporto psicologico permette di sostenere e accompagnare i richiedenti asilo durante il difficoltoso percorso che devono affrontare sino al termine dell'iter per la richiesta della protezione internazionale. Offre un supporto per l'elaborazione dei traumi e violenze vissute, aiutando a sviluppare strategie per poter gestire il passato e affrontare l'incertezza del presente e del futuro. Intervendo sui sintomi psicosomatici e lavorando sul disagio psicologico sottostante al dolore fisico, si diminuisce l'accesso alle strutture sanitarie e il ricorso a farmaci. Agendo in un'ottica proattiva, si previene l'insorgenza o l'aggravarsi di patologie psicologiche e psichiatriche, limitando il rischio di cronicizzazione dei sintomi.

Contatto: Marta Bettini ([bettini.marta1989@gmail.com](mailto:bettini.marta1989@gmail.com))



**Progetto ETHNOS.****Antropologia e psicologia geoclinica per la cura dei migranti forzati (P)**

MONTI MC., CASADEI F.

AOU Policlinico Giaccone, UO Medicina Delle Migrazioni, Palermo

**Obiettivi**

Il progetto "Ethnos. Implementazione del Servizio di Etnopsicologia del Policlinico di Palermo", è stato avviato il 1 aprile 2015, per la durata di un anno, con l'obiettivo di fornire un servizio di psicoterapia transculturale a soggetti stranieri vulnerabili, cosiddetti migranti forzati (vittime di tortura, della tratta e persone in fuga da violenze collettive) nell'ottica di favorirne l'inclusione socio-sanitaria. Inoltre le attività del progetto hanno previsto percorsi di sensibilizzazione della rete di accoglienza all'emersione del disagio psichico, secondo una prospettiva etnopsicologica.

**Metodi**

Il progetto si è sviluppato attraverso l'implementazione dell'équipe di cura multiprofessionale. La metodologia clinica del lavoro di cura sul trauma estremo e sui traumi collettivi ha spostato il proprio focus dalla vittima (interpretazione intrapsichica del trauma) al contesto di violenza e all'evento traumatico (interpretazione geopolitica clinica).

**Risultati**

Nell'anno di progetto si è registrato un incremento degli invii da parte del sistema di accoglienza e un allargamento della rete di soggetti del territorio che ha usufruito dell'attività del servizio e che ha richiesto interventi di valutazione e/o presa in carico (CARA, CAS, SPRAR, Comunità alloggio per MSNA di Palermo e provincia, Trapani, Agrigento e provincia, Caltanissetta, Ragusa). Inoltre c'è stato un aumento dell'efficacia dell'alleanza terapeutica (compliance) da parte dei pazienti, esito dell'incremento della capacità da parte dell'équipe di leggere il disagio in chiave più complessa e multidimensionale (antropologia ed etnopsicologia).

**Conclusioni**

A fronte dei risultati del progetto Ethnos e dei bisogni di salute rilevati (problemi di salute psichica affrontati dall'équipe del progetto - raramente intercettati dalla rete dei servizi territoriali - e legati sempre di più alle violenze estreme), si conferma la necessità di azioni di sostenibilità da parte delle istituzioni di cura, con la finalità di assorbire il progetto (come indicato dal "Piano strategico per la salute mentale. Uno strumento per cambiare", pubblicato dall'Assessorato della Salute della Regione Sicilia) quale esperienza innovativa di presa in carico e di cura secondo un doppio discorso metodologico (antropologia e psicologia geopolitica clinica).

Contatto: *Maria Chiara Monti (mkmonti@hotmail.com)*

## **Progetto Mediterraneo: un metodo sperimentale di prevenzione (P)**

DESIDERIO C., UCCELLATORE P., DI MAURO A., CAMPIONE S., LEONFORTE S., COCO G., SAPIENZA S., RASPAGLIESI M.  
Associazione Terra Amica Onlus; AO per l'Emergenza Cannizzaro, UO Malattie Infettive

### **Obiettivi**

Il progetto, realizzato secondo un modello di ricerca-azione, si basa su modalità semplici ma intuitive per la diffusione di conoscenze e prevenzione delle malattie infettive tra la popolazione immigrata. L'intervento è centrato su training ed educazione individualizzata e di gruppo, per lo sviluppo di una rete capillare di sensibilizzazione.

### **Metodi**

Considerato che negli elementi gruppalari si attivano resistenze precie è importante che i vincoli siano bene supportati al fine di trasformarli in risorse, si è pertanto provveduto a formare dei gruppi composti da un massimo di dieci partecipanti, condotti da mediatori culturali specializzati in ambito sanitario (Cultural Assistant Counselor, CAC) e appositamente formati sulla gestione delle dinamiche di gruppo e supervisionati da uno psicologo, così da poter ottimizzare le possibili difficoltà individuate nella comunicazione intersoggettiva.

### **Risultati**

I CAC hanno svolto 13 gruppi di sensibilizzazione, diffondendo la sensibilizzazione oltre che alle province di Catania ed Enna, anche a quelle di Messina e Siracusa. Il numero di soggetti che ha preso parte ai gruppi è di 82. Un buon setting comunicativo e relazionale, ha permesso di trasmettere importanti informazioni inerenti HIV /AIDS ed epatiti e ha comportato una partecipazione attiva dei soggetti stranieri coinvolti, basata sul confronto, sulla possibilità di esternare preoccupazioni riguardanti probabili situazioni a rischio da loro vissute, sentimenti di paura e false credenze. Si è potuto, così, osservare che tali soggetti mostrano molta disinformazione, soprattutto per quanto riguarda le epatiti, e sulle varie modalità di trasmissione delle malattie infettive. L'importanza del test e della prevenzione sono stati ben recepiti, e i gruppi si sono conclusi con l'acquisizione di consapevolezza e con l'importanza del valore di diffondere le informazioni apprese ad altre persone.

### **Conclusioni**

In una realtà sociale basata su individualismo e discriminazione, puntare sulla relazione e dando importanza all'altro in quanto persona con il suo bagaglio culturale e personale, ci permette di rimandare agli stranieri la percezione che non sono soli, abbandonati a se stessi. Grazie al progetto si sta sviluppando sempre più una cultura di *empowerment* che sta crescendo e si sta potenziando tra la popolazione straniera, costruendo consapevolezza in grado di tradursi in metodi più efficaci per affrontare queste patologie. Attraverso un approccio relazionale, che si basa sul riconoscere e sviluppare le proprie potenzialità dell'altro, è possibile aiutarlo e sostenerlo nella messa in atto di comportamenti informati e responsabili, che mirano alla riduzione del rischio, così da poter contenere la diffusione delle malattie infettive, non solo tra la popolazione straniera ma anche a beneficio della comunità autoctona.

Contatto: Mario Raspagliesi ([marioraspagliesi@tin.it](mailto:marioraspagliesi@tin.it))

**Benessere e miglioramenti psicopatologici in migranti con patologia psichiatrica (P)**

GEROMINI E., ARDUINI L., LAMMOGLIA M., QUARANTA G., FIORI J.

Fondazione Casa della Carità, Milano

**Obiettivi**

Casa della carità (Cdc) è una struttura di accoglienza nata a Milano nel 2004 con l'intento di dare una risposta ragionata e integrata ai bisogni delle persone in condizioni di grave marginalità, e, in primis, senza fissa dimora. Con una struttura che può ospitare fino a 140 persone e in cui lavorano circa 80 operatori, la Cdc realizza progetti personalizzati di accompagnamento e cura mettendo in campo competenze educative, sociali, cliniche, psichiatriche, giuridiche, relazionali volte alla costruzione di nuove reti sociali. Tutto questo viene perseguito con modalità che vogliono essere in linea con il carattere relazionale e tecnico del lavoro e con la multiproblematicità del campo di intervento, che, nel corso degli ultimi anni è diventata sempre più complessa, con l'ospitalità di migranti con condizioni psichiche sempre più gravi e gravose. Nella più ampia prospettiva di trattare il lavoro sociale svolto dalla Cdc come un lavoro verificabile, valutabile e migliorabile, la Cdc ha messo in campo la raccolta di dati di esito psicosociale per descrivere le condizioni in cui le persone si trovano al loro arrivo e gli obiettivi che vengono posti per poi verificarli alla fine dell'esperienza di accoglienza.

**Metodi**

A questo scopo, oltre all'analisi delle informazioni raccolte di routine, è stato somministrato a tutti gli ospiti la scala di Funzionamento Globale G.H.Q (Global Health questionnaire) ed è stato messo a punto, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, uno strumento relativo al funzionamento della persona in varie aree sia personali che sociali.

**Risultati**

In questo lavoro viene presentata un'analisi effettuata su un campione di 100 persone, ospitate in un periodo di tempo che va dal 2011 al 2015, e che presentano almeno un questionario GHQ all'entrata ed uno all'uscita (o dopo un anno di permanenza). Il campione di ospiti ha nel 70% una diagnosi psichiatrica, con una fortissima prevalenza di diagnosi psicotiche o di Disturbi Post-Traumatici da stress complessi. Si esporranno le aree di miglioramento più significative in relazione alle modalità e ai luoghi di migrazione, alla presenza di patologia psichiatrica severa e al tempo di permanenza in Cdc.

**Conclusioni**

La fragilità e le condizioni psicopatologiche complesse delle persone che arrivano in Italia, soprattutto in seguito a migrazioni forzate, necessitano sempre di più di un lavoro di equipe multidisciplinare. Il nostro lavoro dimostra come aumenta la patologia psichica negli ultimi anni e vorrebbe essere uno stimolo per tutti gli enti, anche del terzo settore, a produrre risposte non standardizzate, monitorate, innovative e verificabili nel tempo.

Contatto: *Emanuela Geromini* ([tea.geromini@casadellacarita.org](mailto:tea.geromini@casadellacarita.org))

## **Approcci integrati per rispondere a bisogni complessi (P)**

CASTELLI V., FONDELLI S., OURO YONDOU AB.

Intersos ONG

### **Obiettivi**

Implementare un nuovo modello di salute partendo dall'assunto che salute psicosociale e clinica sono embricate; aumentare i livelli di benessere biopsicosociale e migliorare la qualità della vita della popolazione migrante, rendendo il paziente soggetto attivo del proprio processo di recovering, superando l'ottica assistenziale e l'eccessiva focalizzazione sul soma. Stante le caratteristiche della popolazione in oggetto gli interventi di assistenza psicosociale sono mirati alla risoluzione della sintomatologia in tempi relativamente brevi.

### **Metodi**

Presenza in carico congiunta con possibilità di immediato coordinamento con il personale medico per casi di vulnerabilità psico-fisica e successivo monitoraggio. Ogni colloquio avviene in presenza di un mediatore linguistico-culturale, adeguatamente formato. Il percorso di supporto inizia dalla psicodiagnosi, seguita da interventi psicoeducazionali e di *empowerment* in cui centrale resta il ruolo della relazione di fiducia, essenziale nell'approccio a un'utenza caratterizzata da forte isolamento sociale, privazione forzata di affetti primari e conseguente perdita di riferimenti identitari.

### **Risultati**

Da luglio 2015 a marzo 2016 sono stati indirizzati allo sportello di supporto psicologico 17 pazienti di cui 10 provengono dal Pakistan, 1 dal Burkina Faso, 3 dalla Costa d'Avorio, 2 dall'Afghanistan, 1 dal Bangladesh (2 sono di sesso femminile). 11 sono richiedenti in attesa di commissione/esito, 2 sono stati diniegati, 3 hanno ottenuto un permesso per motivi umanitari, 1 lo status di rifugiato. 8 casi presentavano all'accesso i sintomi di un DPTS, 4 alterazione del tono dell'umore, 2 sintomi d'ansia, 1 discontrollo degli impulsi e aggressività eterodiretta, 2 problemi di memoria conseguenti a danno organico. L'età è compresa tra i 25 e i 45 anni. 15 hanno intrapreso un percorso di supporto, di cui 5 hanno concluso e 10 sono ancora in atto. L'apertura di uno sportello psicologico presso l'ambulatorio socio-sanitario, ha consentito di fornire risposta a bisogni complessi per i casi in cui ai sintomi fisici si associano condizioni di vulnerabilità psicologica, a volte diretta conseguenza degli stati morbosi, in altri casi causa degli stessi.

### **Conclusioni**

Un approccio integrato basato sul coordinamento psicologo/mediatore/medico, garantisce una migliore efficacia dell'intervento, responsabilizzando il paziente nei confronti del proprio stato di salute, dato tanto dal suo benessere fisico quanto da quello psicologico, in un'ottica psicosomatica in cui mente e corpo sono parti imprescindibili di un unico insieme. L'integrazione tra professionisti d'aiuto favorisce l'integrazione di bisogni, con una migliore risposta di adesione al trattamento, in un circolo virtuoso in cui *compliance* e clima di fiducia sostengono la presa in carico fino al percorso di uscita, mirando all'aumento del benessere e al miglioramento della qualità della vita, incidendo sui livelli di integrazione e inclusione sociale di un'utenza che vive il dramma della stigmatizzazione.

Contatto: *Valentina Castelli (valentinacastelli@gmail.com)*

## **Palestre di Salute globale a Roma: verso la definizione di un nuovo modello formativo (P)**

CIVITELLI G.<sup>1</sup>, RINALDI A.<sup>1</sup>, PASSARANI B.<sup>2</sup>, GERACI S.<sup>3</sup>, MAISANO B.<sup>3</sup>, ZECCA S.<sup>4</sup>, SOLANO S.<sup>5</sup>, TARSITANI G.<sup>1</sup>, MARCECA M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; <sup>2</sup> Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM); <sup>3</sup> Area sanitaria Caritas, Roma; <sup>4</sup> Associazione Antigone; <sup>5</sup> Centro Astalli

### **Obiettivi**

Fare esperienza diretta di contesti legati a 'salute e migrazione', con particolare riferimento a condizioni di marginalità sociale, può essere altamente formativo per chi si sta preparando a diventare un professionista della salute. La RIISG - Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale - ha recentemente definito come 'Palestre di Salute Globale' (PSG) "quei momenti di formazione che si svolgono al di fuori dell'aula universitaria, che permettono di approfondire la conoscenza del contesto in cui ci si trova, dei processi sociali che determinano lo stato di salute e malattia e delle risorse presenti nelle comunità territoriali". Obiettivo di questo lavoro è quello di individuare le principali caratteristiche delle PSG attivate presso il Dip.to di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma, ipotizzando l'emergere di un modello cui poter fare riferimento.

### **Metodi**

Sono state organizzate tre diverse PSG. Si tratta di progetti relativi a: mappatura dei servizi sanitari per STP e ENI a Roma e provincia (dal 2012); conoscenza della realtà dei richiedenti asilo e rifugiati (dal 2013); la tutela del diritto alla salute in carcere (dal 2015). Sono stati coinvolti fino ad oggi poco più di 60 studentesse e studenti di diverse facoltà delle professioni socio-sanitarie.

### **Risultati**

Dalle esperienze formative maturate in questi anni sembra sia possibile evidenziare delle caratteristiche organizzative e andragogiche comuni. L'organizzazione dei percorsi formativi è stata caratterizzata da una triangolazione tra l'Università, le organizzazioni studentesche (in particolare il SISM) e il "Terzo settore" (l'Area Sanitaria della Caritas per il 'Progetto mappatura'; il Centro Astalli per il 'Progetto rifugiati' e l'Associazione Antigone per il 'Progetto salute e carcere'). L'Università ha ricoperto soprattutto un ruolo di formazione e ricerca; le Associazioni studentesche hanno riportato i bisogni formativi che altrimenti sarebbero rimasti inespressi e il Terzo settore ha coinvolto gli studenti in una delle attività già in atto o per le quali aveva una maggiore necessità di risorse umane. Le PSG si sono svolte seguendo tre passaggi formativi: svolgimento dell'attività pratica; momento di riflessione in gruppo; presentazione pubblica dei risultati dell'esperienza.

### **Conclusioni**

Le PSG rappresentano un territorio ancora non del tutto esplorato soprattutto a causa della loro recente attivazione e per il numero esiguo di esperienze presenti sul territorio nazionale. Per favorire la diffusione delle PSG è necessaria una costante attività di ricerca che sappia individuare, al tempo stesso, limiti e criticità per superarli, risorse e opportunità da valorizzare al meglio. Per esempio, occorre indagare meglio come valorizzare: le proposte formative provenienti dagli studenti; le relazioni informali ed extra-istituzionali esistenti tra i diversi attori delle PSG; le attività già esistenti sul territorio dando a queste una veste formativa.

Contatti: Alessandro Rinaldi ([ale.rinaldi84@gmail.com](mailto:ale.rinaldi84@gmail.com))

## **Personale sanitario pronto ad operare in assenza di confini (P)**

BERTINI M.

Comitato Collaborazione Medica, CCM (ONG/Onlus)

### **Obiettivi**

Introdurre gli studenti di Scienze Infermieristiche e Medicina e Chirurgia a Torino ai temi della Salute Globale e alla costruzione di una proficua relazione operatore-paziente in contesti interculturali. Aggiornare le competenze degli operatori sanitari sulle priorità nei Paesi a Basso Reddito (PBR) e su teorie e tecniche della pratica clinica in contesti multi-culturali o a risorse scarse. Formare gli studenti di Scienze Infermieristiche di Torino su teorie, tecniche e buone pratiche di Salute Comunitaria.

### **Metodi**

CCM ha sviluppato 3 percorsi educativi per operatori sanitari in formazione o già in attività, da svolgersi in 12 mesi: 1) Attività di Didattica Elettiva (ADE): gli studenti di Medicina e Chirurgia (II anno) vengono formati sulla Sanità nei PBR, con focus su Obiettivi di Sviluppo del Millennio e Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, grandi pandemie, chirurgia, salute materno-infantile e salute dei migranti. Agli studenti di Scienze infermieristiche sono offerti 2 percorsi, per trasmettere competenze utili ad accogliere i pazienti migranti (I anno) e comprendere e spezzare il legame tra discriminazione e (carezza di) salute (II anno). Metodologia didattica mista (lezioni frontali, supporti video, laboratori interattivi). Corsi attivi dal 2006 per Medicina e Chirurgia, dal 2010 per Scienze Infermieristiche. 2) Corso in Salute Globale: Corso modulare avviato nel 2011 come evoluzione del Corso in Medicina Tropicale, attivo dal 2006. Si rivolge a personale sanitario di vario livello, è fruibile anche a distanza tramite piattaforma di e-learning e accreditato come Educazione Continua in Medicina (ECM). Docenze in Competenze culturali, Diritto alla salute in un mondo globalizzato; Malattie Infettive; Chirurgia, Anestesiologia e Ortopedia nei PBR e Salute materno-infantile. Si avvale di docenti professionisti, in gran parte coinvolti a titolo volontario. 3) Corso in Salute Comunitaria: gli studenti del corso di Prevenzione e Promozione della Salute del Dipartimento di Scienze Infermieristiche di Torino vengono formati su welfare, sviluppo e salute di comunità, informati sulle buone in ogni continente e sollecitati, tramite giochi di ruolo, alla progettazione sociale in ambito sanitario. Codocenza sviluppata in collaborazione con il referente del Corso.

### **Risultati**

- 250 studenti di Medicina e 150 studenti di Scienze Infermieristiche formati con ADE a Torino - 100 operatori sanitari seguono il Corso in Salute Globale; - 60 studenti di Scienze Infermieristiche formati su Salute Comunitaria.

### **Conclusioni**

La domanda di formazione sui temi della Salute Globale e Salute Comunitaria da parte di operatori sanitari in formazione e già in attività è in forte crescita ed apprezzata.

*Contatti: Marilena Bertini (marilena.bertini@ccm-italia.org)*

## **Nuovi percorsi assistenziali per il diritto alla salute di migranti e rom anche in condizione di povertà estrema nella città di Roma: la collaborazione tra Comunità di Sant'Egidio e ASL RM1 (C)**

MANCINELLI S.<sup>1</sup>, BUONOMO E.<sup>1</sup>, COSCIA M.<sup>1</sup>, LECCE G.<sup>1</sup>, PERROTTA F.<sup>1</sup>, BOSSOLETTI D.<sup>1</sup>, MAZZACUVA D.<sup>2</sup>, ZAMPA A.<sup>2</sup>, GNOLFO F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Comunità di Sant'Egidio, Roma; <sup>2</sup> ASL Roma 1, UOS Assistenza Immigrati

### **Obiettivi**

A seguito di un Protocollo d'intesa realizzato nel 2013 tra la Comunità di Sant'Egidio e la ASL RM/A, espressione di una innovativa partnership pubblico-privato sociale è proseguita con maggiore vigore una collaborazione pluriennale a favore degli immigrati, dei rom e dei senza dimora anche italiani nella città di Roma, al fine di facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria di base inclusa le cure odontoiatriche, migliorare la prevenzione e la cura delle malattie croniche, limitare l'accesso al Pronto Soccorso.

### **Metodi**

Sono state esaminate le registrazioni dei circa 950 pazienti che nel 2015 hanno ricevuto assistenza sanitaria presso il centro di accoglienza di via Anicia e in seguito sono stati inviati ai percorsi assistenziali della ASL RM/A. L'ambulatorio ha personale sanitario volontario composto da medici di medicina generale, specialisti e infermieri. L'attività clinica e assistenziale è facilitata da alcuni mediatori culturali che aiutano a superare le forti barriere linguistiche. Presso l'ambulatorio si effettuano, in regime di gratuità, numerose attività: visite di medicina generale, pediatriche e neuropsichiatriche, cure infermieristiche, prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, dispensario farmaceutico, educazione sanitaria, integrazione alimentare per la prima infanzia. Con l'avvio del Protocollo d'intesa, l'ambulatorio ha una nuova figura di riferimento per facilitare l'accesso al SSN di queste fasce deboli. Si tratta di un'originale figura professionale, un *Facilitatore Sanitario* dedicato agli immigrati, rom e senza dimora. Il facilitatore, personale della UOS Assistenza Immigrati della ASL RM/A, in collaborazione con i medici volontari, orienta, facilita, accompagna e individua specifici percorsi assistenziali.

### **Risultati**

Trenta i paesi di provenienza dei pazienti, con una netta prevalenza di Rumeni, Bosniaci, Ucraini e Bulgari, questi ultimi quasi totalmente Rom. Il 51% dei pazienti è di sesso femminile e per quel che riguarda l'età, il 30% è al di sotto dei 18 anni, il 21% al di sotto dei 5 anni.

Nel corso di questi pochi mesi, il 28,5% dei pazienti dell'ambulatorio sono stati inseriti in specifici percorsi diagnostico-terapeutici, la maggior parte dei quali realizzata presso il Presidio Nuovo Regina Margherita e il Consultorio Familiare del Distretto I. Una particolare menzione deve essere fatta al percorso delle cure odontoiatriche, realizzato grazie alla presenza di una Odonto-ambulanza. Nell'ambito di tale specialità, nel 2015 sono state effettuate 2674 prestazioni e trattati con interventi exodontici e consegna di protesi mobili 539 pazienti. Il facilitatore sanitario, ha individuato un percorso ad hoc permettendo a molte persone indigenti di effettuare, gratuitamente, le rx ortopanoramiche, fattore questo propedeutico all'accesso alle cure odontoiatriche. Infine è stata avviata una campagna di screening del carcinoma della cervice uterina con offerta attiva del pap test alle donne immigrate, non residenti, reclutate presso la Scuola di Italiano della Comunità di Sant'Egidio.

### **Conclusioni**

La collaborazione pubblico-privato sociale e i percorsi assistenziali sperimentati individuano nuove modalità di accesso al SSN, tra l'altro alternative a quella inappropriata al Pronto Soccorso. Pertanto, aver facilitato l'accesso alle cure primarie e specialistiche, individuato e accompagnato in percorsi assistenziali facilitati è premessa di concreta realizzazione del diritto alla salute.

Contatti: Ersilia Buonomo (ersiliabuonomo@gmail.com)

## **La collaborazione pubblico/privato sociale: un'occasione per l'abbattimento delle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi (P)**

BACIGALUPI M.<sup>1</sup>, SANTONE G.<sup>2</sup>, VERCILLO E.<sup>2</sup>, GUERRA M.<sup>1</sup>, VOLPATTI M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ASL Roma 1, Centro Astalli; <sup>2</sup> ASL Roma 1, Centro SaMiFo

### **Obiettivi**

Un recente studio su 19 Regioni italiane pubblicato da De Vito et al. (2016) conferma una scarsa attenzione nella sanità al fenomeno della disuguaglianza nell'accesso alle cure. Solo il 5,6% dei 760 progetti presenti nei Piani Regionali sono specificamente indirizzati ai temi delle disuguaglianze nella salute. Nella nostra presentazione documenteremo come un particolare modello organizzativo che prevede la partnership tra pubblico, privato sociale e medicina di assistenza primaria sia stato capace di intercettare le difficoltà di accesso ai servizi dei migranti forzati e di agire direttamente sulle disuguaglianze nelle cure e nel diritto alla salute.

### **Metodi**

La Asl Roma A (oggi Roma 1) e il Centro Astalli dal 2006 hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che coinvolge i due Enti nella costruzione di un Centro specificamente dedicato ai richiedenti asilo e ai rifugiati nelle prime fasi del loro arrivo, quando maggiori sono i rischi di marginalità. Il Centro SaMiFo (salute migranti forzati) si pone esplicitamente l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nelle cure con la particolarità che pur nel governo da parte dell'Azienda pubblica, il Privato Sociale è presente non come sussidiario al pubblico, ma come partner a tutto titolo con operatori propri con competenze sociali, professionali in ambito sanitario e con mediatori linguistico culturali.

### **Risultati**

Dal 1 luglio 2007 al 31 dicembre 2015 sono stati presi in carico e iscritti al Servizio Sanitario Regionale oltre 9.000 tra richiedenti e titolari di protezione internazionale, sono state effettuate circa 38.000 visite di medicina generale e 25.000 visite specialistiche (psichiatria, psicologia, ginecologia, medicina legale, infettivologia). Le prestazioni garantite dalla struttura di accoglienza, front office, sono difficilmente quantizzabili, ma superano certamente le 120.000. La popolazione assistita è composta per l'80% da uomini. Sono almeno 300 le vittime di trattamenti disumani e degradanti compresa la tortura seguite ogni anno.

### **Conclusioni**

Per accogliere e curare soggetti portatori di un'identità in transito, in trasformazione, bisogna sapersi trasformare a nostra volta, bisogna far entrare nella dimensione medica anche una dimensione affettiva che sappia scaldare le diagnosi per evitare di bloccarsi in categorie fisse e fredde. L'esperienza ci ha insegnato che parlare di medicina e di salute con i migranti non significa parlare di qualcosa di radicalmente diverso dalle pratiche mediche convenzionali. Il Centro SaMiFo è progettato secondo il modello aziendale della casa della salute, un luogo dove il migrante, privo di radici nel territorio, privo di una famiglia e di punti di riferimento stabili, possa sentirsi accolto evitando tragiche esperienze di abbandono. La complessità del modello SaMiFo ha ottenuto dalla Regione Lazio il riconoscimento di struttura sanitaria a valenza regionale.

Contatto: Maurizio Bacigalupi ([maurizio.bacigalupi@gmail.com](mailto:maurizio.bacigalupi@gmail.com))



## **Un esempio di integrazione fra il pubblico, il privato ed il volontariato per l'assistenza sanitaria di persone indigenti a Reggio Emilia (P)**

FRANZINI A.

Fondazione Guido Franzini Onlus

### **Obiettivi**

Negli ultimi anni, oltre ad un consistente afflusso di stranieri è in costante aumento il numero degli italiani che si ritrovano in stato di indigenza e che perdono i diritti per l'assistenza sanitaria ( senza tetto, non residenti , disoccupati , ecc ). Dal 2010 la Fondazione Guido Franzini Onlus, in partnership con il Poliambulatorio "Querce di Mamre" della Caritas reggiana e l'AUSL di Reggio (che già collaborano dal 1998) lavora per garantire a queste persone accertamenti sanitari ( visite, esami ematici, alcuni interventi chirurgia) ritenuti non urgenti ed essenziali dalla struttura pubblica. L'obiettivo del progetto è quello di offrire prestazioni sanitarie a persone indigenti presenti nel territorio che, per irregolarità/mancaza dei requisiti normativi, non sono assistiti dal SSN.

### **Metodi**

La Fondazione Guido Franzini Onlus fornisce prestazioni sanitarie integrative ed ospedaliere appoggiandosi ai medici ed infermieri della Casa di Cura "Villa Verde" che prestano il loro servizio in forma volontaria. I nostri pazienti si rivolgono in prima istanza agli ambulatori del Centro per la Famiglia Straniera dell'AUSL ed al Poliambulatorio "Querce di Mamre" della Caritas reggiana, ove viene loro erogata una assistenza sanitaria di base e che, una volta attestata la situazione di indigenza, inviano i pazienti alla Fondazione Franzini secondo un protocollo prestabilito.

### **Risultati**

Dal 2008 abbiamo erogato oltre 3.600 prestazioni, di cui 990 solo nel 2015. Si tratta di prestazioni di diagnostica, visite specialistiche, e di qualche intervento chirurgico. I pazienti, 215 accessi nel 2015, provengono principalmente dai paesi nordafricani. Sono persone anche in possesso della Carta di Soggiorno, quindi nel nostro paese da diverso tempo, che per effetto della crisi hanno perso il lavoro e di conseguenza il domicilio e si trovano a non essere più coperti da Servizio Sanitario Nazionale . Una buona percentuale di pazienti viene dall'Est Europa, soprattutto donne (rapporto 2/3 donne, 1/3 uomini). Significativo è il dato dei pazienti italiani che richiedono assistenza alternativa al SSN (circa il 5% del totale degli assistiti, rispetto al 2,9% del 2014).

### **Conclusioni**

La stretta collaborazione tra l'ambulatorio Famiglia straniera dell' Azienda USL di RE, il Poliambulatorio "Querce di Mamre" della Caritas reggiana e la Fondazione Franzini, tramite la casa di cura Villa Verde, hanno permesso di garantire il diritto alla salute di numerosi pazienti stranieri esclusi dall'accesso all' assistenza sanitaria e di cittadini italiani indigenti della provincia di RE. Le prestazioni, erogate con criteri di provata evidenza scientifica, sono finalizzate alla prevenzione e cura delle malattie. È nostra intenzione far conoscere questo modello felice di integrazione tra sanità pubblica e privata anche nella cura di persone in stato di povertà, cercando di incrementare la attività anche verso interventi chirurgici la cui richiesta sta notevolmente aumentando.

*Contatti: Alessandra Franzini (info@fondazioneguidogranzini.it)*

## **Servizi sanitari Caritas. Dal bisogno al diritto (C)**

CICOGNANI A.<sup>1</sup>, PIETROPOLI L.<sup>2</sup>, GERACI S.<sup>3</sup> E COMMISSIONE SALUTE DEL COORDINAMENTO NAZIONALE IMMIGRAZIONE<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Caritas Faenza-Modigliana, <sup>2</sup> Caritas Adria-Rovigo; <sup>3</sup> Caritas Roma; <sup>4</sup> Caritas Italiana

### **Obiettivi**

La Commissione Salute è parte del Coordinamento Nazionale Immigrazione di Caritas Italiana e riunisce rappresentanti delle Caritas Diocesane che hanno all'attivo nel proprio territorio servizi sanitari di vario tipo, rivolti alle fasce più disagiate e meno protette della popolazione. Questo luogo di formazione e scambio permette il confronto tra le diverse esperienze territoriali, al fine di definire, sostenere e promuovere azioni congruenti all'interno delle singole Caritas Diocesane, che abbiano come fine ultimo e imprescindibile la tutela della salute come diritto universale.

### **Metodi**

Pur condividendo uno stesso spirito ed una stessa missione pedagogica, ogni Caritas Diocesana ha una propria identità e attiva servizi specifici in risposta ai bisogni che vede emergere dal proprio territorio, attraverso uno studio attento della realtà e delle dinamiche in atto sia a livello locale che nazionale, elemento fondamentale per una programmazione ragionata e lungimirante. Nei Centri di Ascolto e nei vari servizi Caritas afferiscono quotidianamente persone che per diverse ragioni sono vittime di ingiustizie sociali e di discriminazione nell'accesso alle cure. Indispensabile diviene quindi il ruolo di *advocacy*, accompagnato da azioni di formazione e sensibilizzazione della comunità in senso ampio, al fine di promuovere una responsabilità sociale. Nell'agire Caritas è inoltre fondamentale il lavoro di rete in collaborazione con i diversi soggetti coinvolti (sia pubblici che appartenenti al privato sociale) per una presa in carico complessiva della persona in un'ottica di corresponsabilità. I servizi Caritas di tipo sanitario agiscono a titolo di completa gratuità, grazie al lavoro in massima parte volontario di personale medico e sanitario. L'aiuto offerto nei servizi Caritas non è mai concepito come beneficenza, ma come risposta data ad un diritto che altrove non è stato riconosciuto.

### **Risultati**

Il lavoro di dialogo e riflessione profonda interno alla Commissione Salute ha portato alla stesura di un documento di *mission*, completato a marzo 2015 e successivamente approvato da Caritas Italiana. Questo documento può essere utile linea guida e riferimento interpretativo, sia per le Caritas già impegnate in servizi sanitari, ma anche e soprattutto per le nuove realtà che stanno sorgendo in quest'ultimo periodo, legate all'attivazione di nuovi percorsi di accoglienza.

### **Conclusioni**

Il contrasto alle diseguaglianze in salute è possibile solo sostenendo il Sistema Sanitario Nazionale quale principale strumento di democratica tutela del diritto alla salute. Compito dei servizi sanitari Caritas non è quindi quello di sostituirsi al SSN ma di essere tangibili segni sul territorio dell'attenzione che il diritto alla salute merita, promemoria concreti della responsabilità che lo Stato ha verso tutti gli individui. La necessità di offrire risposte immediate a problemi urgenti non deve mai sostituirsi alla progettazione a lungo termine di percorsi di reale tutela dei diritti.

Contatti: Alice Cicognani ([alicecicognani@gmail.com](mailto:alicecicognani@gmail.com))

**Dal GrIS in poi: quindici anni di buone pratiche del Policlinico Umberto I di Roma (P)**

GUIDI S.

Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I, Ufficio Stranieri, Roma

**Obiettivi**

Si presenta l'attività dell'Azienda Policlinico Umberto I, alla luce della sua adesione al GrIS Lazio. La possibilità di confronto con altre realtà della sanità pubblica e del privato sociale ha cambiato il modus operandi dell'Ufficio Stranieri dell'azienda. L'isolamento in cui normalmente operano le singole istituzioni, crea inadeguatezza dei percorsi oltre che un senso di inappropriatezza tra gli operatori. L'idea che sia possibile gestire un servizio pubblico con un percorso di condivisione con altri attori, attraverso il GrIS, fa sì che i quesiti e i problemi possano essere elaborati congiuntamente, trovate chiavi di lettura, e, se necessario, presentate come specifiche proposte alla Regione Lazio. Per questo è emersa la necessità di monitorare negli anni i ricoveri, gli accessi al pronto soccorso e i tesserini STP/ENI, considerando anche il risvolto economico dell'attività dell'Ufficio.

**Metodi**

Sono state elaborate due tipi di informazioni: i dati forniti dalla UOC Sistemi Informativi dell'Azienda relativi ai ricoveri e agli accessi al pronto soccorso e i dati relativi al rilascio STP/ENI. I dati sono divisi per genere, per minore età, nazionalità e onere di degenza. Sono state elaborate anche le entrate economiche relative ai ricoverati sia dei privati che dei rimborsi della Prefettura.

**Risultati**

Emerge una crescita continua nel numero dei ricoveri dal 2000 fino al 2012. Nel 2013 c'è stata una diminuzione marcata che porta i ricoveri da 6.000 nel 2012 a 2.500 nel 2013 e non essendo cambiato alcun fattore endogeno all'Azienda, si può ipotizzare che il calo possa essere dovuto alla diminuzione dei migranti derivante dalla crisi economica. Tra 2014 e 2015 c'è un piccolo aumento dei ricoveri, forse legato ai nuovi flussi provenienti dal nord Africa. Per quanto riguarda i dati degli accessi di pronto soccorso solo uno su quattro è appropriato. Per la parte economica, il 2015 è stato un anno eccezionale che ha visto la Prefettura saldare il debito pregresso con l'Azienda per gli anni 2001- 2012 per un totale di 8.970.926,65 di € e il finanziamento del CIPE, anno 2007, per 461.235 € relativa all'attività svolta a favore di pazienti STP. La cifra relativa ai privati paganti, che riguarda turisti, addetti consolari, dipendenti di società estere, studenti ecc. è stata di 128.000 €.

**Conclusioni**

Nonostante nel Comune di Roma gli immigrati residenti siano 363.563, al 1 gennaio 2015, a cui si aggiungono gli irregolari, comprendendo anche l'emergenza sbarchi, il numero di ricoveri nello stesso anno è diminuito rispetto agli anni precedenti. Del totale immigrati, la stragrande maggioranza risultano iscritti a vario titolo al Servizio Sanitario Regionale. Nel 2015, su 3.826 ricoveri ordinari solo 209 sono risultati STP per Prefettura e 397 tra STP ed ENI a carico del SSR. Il fenomeno immigratorio è certamente complesso e questi dati, unitamente agli altri raccolti nell'ambito del GrIS, possono aiutare a sfatare pregiudizi sugli alti costi per la sanità legati all'immigrazione e sull'ipotetico "sfruttamento" da parte dell'immigrato del servizio pubblico.

Contatti: Stefano Guidi ([s.guidi@policlinicoumberto1.it](mailto:s.guidi@policlinicoumberto1.it))

## **“Salute senza esclusione”: una storia di collaborazione pubblico-privato sociale in favore della popolazione rom (C)**

MOTTA F.<sup>1-3</sup>, BAGLIO G.<sup>2-3</sup>

<sup>1</sup> Caritas, Roma; <sup>2</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Roma; <sup>3</sup> GrIS Lazio

### **Obiettivi**

Analizzare le modalità di collaborazione pubblico-privato sociale emerse nel corso del progetto Salute senza Esclusione promosso dal GrIS - Lazio, area tematica Rom e Sinti. Discutere punti di forza e criticità di tale collaborazione.

### **Metodi**

Sin dal 2001 il GrIS Lazio, e più in specifico il sottogruppo dedicato al tema della “salute per i rom”, promuove l’iniziativa “Salute senza esclusione” rivolta ai gruppi più marginali di questa popolazione, residenti nei campi della capitale. Una realtà particolarmente ostica da comprendere e problematica da avvicinare, che necessita di una riflessione approfondita, volta a elaborare strategie mirate di intervento. In tale ambito, si è dimostrata da subito cruciale la sinergia pubblico-privato sociale, con il privato sociale chiamato a svolgere un ruolo di intermediazione culturale tra la popolazione rom e gli operatori, e le ASL chiamate a coinvolgersi a pieno titolo nella pianificazione e conduzione dell’intervento, riappropriandosi della loro funzione di tutela e promozione della salute, proprio nei confronti delle frange più marginali della popolazione. Ancora, l’organizzazione di interventi di offerta attiva di prestazioni sanitarie direttamente nei campi, che è continuata nel corso degli anni, ha fatto emergere una strategia che si articola in due fasi. La prima, dal basso verso l’alto: il progetto messo a punto dagli operatori in seno al GrIS (con competenza tecnica e a partire da problemi reali) è portato all’attenzione delle autorità regionali, cui si chiede un’adesione formale; questo assicura il consenso “politico”, ma anche l’ufficialità indispensabile alla buona riuscita dell’iniziativa. La seconda fase si muove in senso contrario, dall’alto verso il basso: le autorità regionali chiedono formalmente ai Direttori Generali delle ASL di aderire al progetto e di incaricare gli operatori, gli stessi che hanno contribuito a elaborare la proposta, restituendola loro sotto forma di “mandato” istituzionale a procedere. Questo procedimento permette di incardinare l’iniziativa della campagna all’interno delle attività istituzionali delle ASL.

### **Risultati**

- La relazione pubblico-privato sociale come modalità di intervento sui gruppi di popolazione difficili da raggiungere rimanda alla centralità del Sistema sanitario nazionale nel promuovere e tutelare la salute individuale e collettiva.- La funzione di mediazione svolta dal privato sociale permette di avvicinare i servizi e la comunità rom, costruendo un rapporto di reciproca fiducia tra utenti e operatori, e rendendo più accessibili i percorsi di presa in carico.- La principale criticità emersa nel corso degli anni deriva dal constatare come, soprattutto in una fase di contrazione della spesa sanitaria, la possibilità per le unità periferiche delle ASL di continuare a intervenire sia strettamente legata a uno specifico mandato istituzionale.

### **Conclusioni**

In situazioni di particolare difficoltà per le attività di promozione della salute, come accade quando si opera con gruppi fortemente marginalizzati quali i rom, la collaborazione pubblico-privato sociale è una condizione chiave per la buona riuscita delle iniziative.

Contatti: Fulvia Motta ([fulvia.motta@gmail.com](mailto:fulvia.motta@gmail.com))

**Azioni a sistema per l'accoglienza di famiglie neo ricongiunte - progetto FEI 2013 (P)**

RIBOLDI B.<sup>1</sup>, CHIARENZA A.<sup>1</sup>, DALL'ASTA I.<sup>1</sup>, PRANDI L.<sup>2</sup>, CODELUPPI L.<sup>2</sup>, CAMPANI N.<sup>3</sup>, CANI G.<sup>4</sup>, FABBI AM.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ausl di Reggio Emilia; <sup>2</sup> Cooperativa sociale Dimora d'Abramo; <sup>3</sup> Unione dei Comuni della Valdenza; <sup>4</sup> Comune di Reggio Emilia

**Obiettivi**

- Promuovere e sostenere un approccio interculturale e complesso dei servizi del territorio rispetto l'inserimento dei nuovi nuclei di migranti.
- Orientare e sostenere l'accesso dei cittadini migranti neo arrivati ai servizi territoriali e più in generale alle risorse presenti nel territorio di arrivo in un'ottica di contenimento delle risorse economiche e valorizzazione e miglioramento dei servizi già operanti nel territorio.

**Metodi**

Le azioni si sono articolate su due livelli ovvero, uno di carattere più formativo e di condivisione di significato, l'altro più operativo. Nel primo livello è stato sviluppato un percorso formativo di 4 incontri volti a costruire, rintracciare e sostenere un significato comune tra gli attori del territorio coinvolti in merito all'accoglienza e a all'inserimento dei cittadini stranieri sul territorio. Nel secondo livello invece sono stati costituiti dei gruppi di lavoro che hanno svolto funzioni di regia, monitoraggio e valutazione dei percorsi di inserimento (circa 40) di cittadini migranti neo ricongiunti che sono stati sperimentati su ciascun territorio. Queste azioni sono state accompagnate da un percorso di ricerca dell'Ausl di Reggio Emilia che è stata incaricata di individuare strategie comunicative rivolte ai neoarrivate per sostenerne l'inserimento.

**Risultati**

Alla luce dei risultati emersi dalla fase di ricerca sopra descritta, si è ritenuto opportuno realizzare un'azione di miglioramento nell'area comunicativa e informativa poiché evidenziata come particolarmente critica sia dagli utenti che dagli operatori intervistati. In particolare è stato progettato e realizzato un materiale informativo integrato riguardante il primo accesso ai servizi sociali, educativi e sanitari della città di Reggio Emilia e dei Distretti coinvolti nel progetto. Si è ritenuto strategico creare un unico materiale in sinergia tra i diversi soggetti per informare rispetto al sistema di accoglienza e all'offerta di servizi presenti sul territorio, tenendo conto della complessità e dei numerosi aspetti (sociali, economici, culturali, ecc.). Inoltre sono stati realizzati incontri con le comunità grazie all'utilizzo di figure di prossimità come gli agenti di salute per fare informazione congiunta e creare relazioni.

**Conclusioni**

Questo progetto ha trovato la sua chiave "innovativa" nel tema dell'integrazione tra servizi e tra settori, che diventa sempre più centrale vista la crescente complessità dei bisogni che si affrontano, l'aumento della consapevolezza in ordine alla globalità della persona e alle interdipendenze tra persona/contesti di vita/ambiente e vista e considerata anche la limitatezza/parzialità delle singole competenze professionali. È quindi necessario un approccio multidisciplinare e pluri-professionale ai problemi. Inoltre considerato che il ricongiungimento familiare non è un percorso lineare e non è un movimento naturale, occorre un'azione di sistema a sostegno di questo processo, facendo interagire i percorsi di accoglienza già esistenti.

Contatti: Benedetta Riboldi ([benedetta.riboldi@ausl.re.it](mailto:benedetta.riboldi@ausl.re.it))

## **Un'ambigua ospitalità. Autonomia e dipendenza nelle pratiche di accoglienza dei richiedenti asilo tra pubblico e privato (C)**

PENDEZZINI A.

Università degli Studi di Torino

### **Obiettivi**

Le politiche di accoglienza italiane, da sempre improntate da una logica di tipo emergenziale, hanno coinvolto in una stretta collaborazione istituzioni centrali e diverse realtà territoriali: amministrazioni locali, cooperative sociali, associazioni di volontariato. A seconda della loro storia, esperienza e *background* culturale esse hanno implementato in forme eterogenee il già incerto quadro normativo nazionale in materia di accoglienza, interpretando spesso in forme originali il mandato affidato loro dalle istituzioni centrali. Obiettivo di questa comunicazione è quello di analizzare criticamente l'interazione tra pubblico e privato nelle pratiche dell'accoglienza. In particolare interrogheremo il materiale empirico raccolto al fine di analizzare in quale misura le convinzioni degli attori sociali che gestiscono l'accoglienza (cooperative, associazioni ed operatori stessi) influenzino a ritroso la visione delle autorità istituzionali o quanto piuttosto le organizzazioni che implementano le politiche stabilite dalla controparte pubblica ne riproducano gli orientamenti.

### **Metodi**

La comunicazione prende spunto da una ricerca etnografica, durata 12 mesi, svolta in due progetti SPRAR e presso le realtà del privato sociale responsabili di tali progetti (Bergamo e Torino). Il campo etnografico è consistito nell'"osservazione partecipante" e nella realizzazione di 30 interviste qualitative con utenti ed operatori dei progetti stessi.

### **Risultati**

Il ventaglio di forme assunte dall'accoglienza gestita da soggetti del privato sociale (dalle grandi strutture, ai piccoli gruppi appartamento, alla cosiddetta "accoglienza diffusa") sembra essere in relazione da un lato con l'onnipresente necessità di fare i conti con le ristrettezze del bilancio, dall'altro lato con le specificità territoriali dei singoli contesti, oltre che con le configurazioni culturali, valoriali e politiche degli enti gestori (*background* cattolico nel contesto bergamasco, laico ed orientato dalla riflessione etnopsichiatrica critica in quello torinese).

### **Conclusioni**

Le retoriche politiche vorrebbero il richiedente asilo vittima assoluta e bisognosa di aiuto durante il processo di valutazione della domanda, ma si spostano presto verso la necessità di vederli divenire soggetti autonomi che prendono decisioni in modo responsabile. Ciò mette in tensione le pratiche degli enti del privato sociale gestori dell'accoglienza, che si trovano confrontati quotidianamente con la contraddizione per cui un proprio lavoro efficace, che esita nella creazione di percorsi di autonomia, rischia paradossalmente di sottrarre utenza in altri settori di attività all'ente stesso che ha ottenuto un esito congruo al proprio mandato, laddove esso gestisca anche progetti di seconda accoglienza e altre attività simili. Questa dinamica segnala i profili di ambiguità assunti dai processi di esternalizzazione del welfare e di affidamento in forma sussidiaria da parte della Stato a enti del terzo settore di servizi di rilevanza pubblica.

Contatti: Andrea Pendezzini ([andrapende@gmail.com](mailto:andrapende@gmail.com))

## **L'esperienza di uno studio sulla salute dei migranti in collaborazione tra ricercatori dell'Università Federico II e volontari della Croce Rossa di Napoli. Metodi, risultati e proposte (P)**

MOLESE A.<sup>1</sup>, RAIOLA E.<sup>2</sup>, PALLADINO R.<sup>3</sup>, SIMONETTI A.<sup>2</sup>, ANGELONI U.<sup>1</sup>, DIODATI A.<sup>1</sup>, TRIASSI M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Croce Rossa Italiana; <sup>2</sup> Università Federico II di Napoli, Sanità Pubblica e Medicina Preventiva; <sup>3</sup> School of Public Health dell'Imperial College of London, Sanità Pubblica e Medicina Preventiva

### **Obiettivi**

Per confermare il profilo "multidimensionale" della salute dei migranti nelle sue diverse articolazioni, si è deciso di effettuare uno studio sullo stato di salute e sul ricorso ai servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in due città – Napoli e Roma – secondo un approccio innovativo, coniugando le metodiche epidemiologiche standard con gli strumenti della medicina narrativa.

### **Metodi**

È stato redatto un accordo di collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Salute, il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" e la Croce Rossa Italiana. I medici igienisti del Dipartimento di Sanità Pubblica hanno predisposto un questionario costituito da:

1. una breve parte anagrafica, relativa ad età, sesso e paese di origine; 2. una parte sull'habitus socio-culturale (religione, grado di scolarità, motivo della migrazione, durata e tappe del percorso migratorio, situazione abitativa, presenza di una rete di supporto sociale, attività lavorativa in Italia e nel paese di origine); 3. una parte sanitaria, relativa sia al ricorso alle cure primarie, ad episodi di malattie ed ospedalizzazioni occorsi nel paese di origine e in Italia, sia alla percezione soggettiva dello stato di salute; 4. una parte – il "core" del questionario - sul progetto migratorio, sul processo di integrazione e le difficoltà incontrate ed, infine, sul "sogno della vita"

Per una maggiore *compliance* tra intervistato e intervistatore, è stata fondamentale l'esperienza dei volontari della Croce Rossa Italiana, già coinvolti in varie attività di soccorso, assistenza ed accoglienza ai migranti. La scadenza per il completamento e la consegna del lavoro è stata fissata al 31 dicembre 2015.

Pertanto, le interviste sono state realizzate dal 21 giugno al 30 settembre 2015. In tal modo, attraverso la condivisione delle diverse competenze, è stato possibile sperimentare una sinergia tra pubblico e privato-sociale, che ha consentito di esplorare la sfera sociale, affettiva e familiare degli intervistati, il loro background socio-culturale ed eventuali disuguaglianze dovute al genere.

### **Risultati**

Nel periodo concordato sono stati intervistati 555 migranti, donne ed uomini di età compresa tra 16 e 90 anni.

Sei volontarie della Croce Rossa di Napoli, opportunamente addestrate, hanno proposto i questionari: – in strada, in modo occasionale (51%); – presso ambulatori STP (14%); – in prossimità dell'Ufficio Stranieri della Questura di Napoli (10%); – presso le stazioni ferroviarie (9%); – nei punti di incontro delle diverse comunità, piazze e giardini pubblici (8%); – nei mercatini (6%); – in negozi dove i migranti lavorano come gestori o dipendenti (2%).

### **Conclusioni**

La collaborazione tra pubblico e privato-sociale ha permesso di progettare e condurre lo studio con successo, raccogliendo informazioni preziose per la loro natura intima e personale, soprattutto grazie all'empatia instauratasi tra volontari di Croce Rossa ed immigrati, che ha abbattuto barriere psicologiche e comportamentali.

Contatti: Antonella Molese ([antonella.molese@cri.it](mailto:antonella.molese@cri.it))

## **Gestione dello stato psicofisico dei profughi e migranti ad Ancona (P)**

PEZZULLA D.

GrIS Marche

### **Obiettivi**

Durante questi ultimi anni numerosi profughi e migranti economici sono arrivati in Italia. Una volta arrivati nel nostro paese, vengono suddivisi fra le regioni e le loro provincie. Ad Ancona queste persone sono inviate al centro regionale della Croce Rossa Italiana dove medici volontari danno le prime cure mediche. Con questo lavoro vogliamo mettere in evidenza le difficoltà nella gestione della salute di queste persone al loro arrivo e proporre azioni atte a migliorare la nostra conoscenza dei loro problemi di salute partendo dalla nostra esperienza ad Ancona.

### **Metodi**

Abbiamo raccolto i dati clinici di 563 profughi arrivati ad Ancona dal 3/1/2015 al 28/8/2015. Abbiamo raccolto dati inerenti a età, nazionalità, sesso, parametri vitali, sintomi, esame obiettivo e terapie effettuate.

### **Risultati**

Gran parte dei pazienti vengono dalla Nigeria, Eritrea e Senegal. Abbiamo riscontrato diversi problemi nel dare loro supporto medico, come la barriera della lingua o la mancanza di dati clinici o anagrafici. I principali problemi riscontrati sono stati la stanchezza dopo il loro viaggio, lesioni cutanee e patologie respiratorie, tipicamente infezioni.

### **Conclusioni**

Una migliore organizzazione nella gestione dei migranti e nella conoscenza della loro condizione psicofisica sono necessari per dare loro un migliore supporto.

*Contatto: Donato Pezzulla (pezzulla.donato@libero.it)*



## **Lost in translation: possono le differenze linguistiche e culturali generare inappropriatezza prescrittiva in un servizio di Pronto Soccorso? (C)**

GROSSO M.<sup>1</sup>, GIACOMETTI M.<sup>2</sup>, DI MARCO I.<sup>3</sup>, DAVINI O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Radiodiagnostica Ospedaliera; <sup>2</sup> Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche; <sup>3</sup> AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Ufficio Relazioni con il Pubblico

### **Obiettivi**

Nel 2014 il 7.4 % dei pazienti giunti al Pronto Soccorso delle Molinette di Torino erano stranieri. Scopo di questo lavoro è di indagare, in un servizio di pronto soccorso di un grande nosocomio, la capacità di risposta che i servizi sono in grado di fornire ad una domanda di salute differente dalla solita, la percezione che i pazienti hanno delle cure e, soprattutto, delle prestazioni di diagnostica per immagini che vengono loro richieste in un servizio d'urgenza, la comprensione di quanti e quali strumenti comunicativi possiedono i professionisti dell'area radiologica e il complesso rapporto tra comunicazione con il paziente e appropriatezza prescrittiva.

### **Metodi**

Revisione della letteratura; analisi statistica dei dati relativi agli accessi in P.S. dei pazienti stranieri nel 2014; Setting: Radiologia d'Urgenza Presidio Molinette-Torino; Studio trasversale, osservazionale, randomizzato, a due bracci (italiani vs stranieri), periodo campione giorni 7; Ampiezza del campione 40 unità di analisi per braccio; Primo braccio pazienti stranieri, secondo braccio pazienti italiani; Randomizzazione 1/K con K=5; Campionamento a saturazione con distribuzione H24. Controllo coerenza interna con Alfa di Chronbach; Consenso informato; 80 questionari m.c. con somministrazione di intervista semistrutturata; 5 interviste strutturate a testimoni privilegiati; Analisi dei dati; Questionari software SPSS Ver. 17<sup>®</sup>; Analisi interviste sbobinatura elettronica e analisi qualitativa.

### **Risultati**

Vi è evidenza di un problema di comunicazione generale e non legato alla provenienza geografica dei pazienti o alla loro capacità di esprimersi. Tra i due gruppi si apprezza una scarsa differenza nella capacità di comprensione. Negli stranieri osserviamo: età media più bassa, scolarità più bassa, più professioni manuali che intellettuali e scarsa consapevolezza situazionale. Consapevolezza di non riuscire a farsi comprendere ma comunque fiducia nel sistema. Nonostante lo studio dimostri forte associazione statistica positiva tra i fenomeni misurati per ciò che riguarda l'appropriatezza prescrittiva, si osserva come a fronte di ciò i pazienti, stranieri e autoctoni, ricevono la prestazione adeguata ma non capiscono le motivazioni.

### **Conclusioni**

Si osserva una grande disomogeneità culturale, tra medici, infermieri e tecnici di radiologia. Quando le difficoltà comunicative sono invalicabili è necessario creare una figura di professionista, autonomo e formato specificamente per l'area sanitaria, il mediatore transculturale sanitario, che collabori con professionisti sanitari con elevate competenze (ottenute sia nella formazione di base che perfezionabili in quella permanente) nell'ambito della comunicazione.

Contatti: Marco Grosso ([mgrosso2@gmail.com](mailto:mgrosso2@gmail.com))

## **Da Torino all'Africa e ritorno (P)**

GANGEMI E.N.<sup>1</sup>, BOLLERO D.<sup>1</sup>, BRONZINO M.P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cute Project Onlus; <sup>2</sup> Sermig, Torino

### **Obiettivi**

Cute Project Onlus (CPO) è stata fondata nell'ottobre 2012 da professionisti in campo sanitario con precedenti esperienze di volontariato. CPO ha come obiettivo la formazione teorica e pratica del personale sanitario dei Paesi in via di sviluppo (PVS), nell'ambito della chirurgia plastica ricostruttiva, con indirizzo specifico rivolto alla cura delle ustioni e dei loro esiti. CPO persegue l'obiettivo tramite progetti umanitari a carattere formativo, l'istituzione di borse di studio in Italia, lo svolgimento di attività sanitarie e didattiche a favore di persone in difficoltà sul territorio regionale e nazionale. Ha effettuato missioni umanitarie nella Repubblica Democratica del Congo, nella Repubblica del Benin e in Uganda. Il Sermig – Arsenale della Pace da 28 anni offre visite mediche e varie prestazioni sanitarie gratuite alle persone in difficoltà grazie alla collaborazione di medici e dentisti, infermieri e farmacisti volontari, grazie ai quali sono state visitate oltre 48.000 persone.

### **Metodi**

Da maggio 2014 è nata una collaborazione a Torino tra CPO e il Sermig dal nome "La plastica è per tutti". Il personale partecipante alle attività è stato selezionato con estrema cura allo scopo di garantire elevati livelli di professionalità, sicurezza e affidabilità. Mensilmente chirurghi plastici ed infermieri offrono visite e prestazioni di chirurgia plastica gratuitamente nel poliambulatorio del Sermig, mettendo anche a disposizione il materiale sanitario necessario per lo svolgimento dell'attività. In questo modo è possibile dare libero accesso alla chirurgia plastica per quei pazienti impossibilitati ad accedere al SSN per poca informazione o per problematiche di tipo burocratico-amministrativo. Indirettamente quindi il progetto ha mirato a regolarizzare l'accesso di questa tipologia di pazienti iscrivendoli al SSN.

### **Risultati**

Da maggio 2014 a febbraio 2016 sono stati visitati 32 pazienti per diverse problematiche tra cui cicatrici o cheloidi (18), lesioni acute (2), lipomi (2), ulcere croniche (1), tatuaggi (1), cisti sebacee (1), granulomi (1), linfomi (1), dermatofibrosarcomi protuberans (1), neoformazioni alla mano (1), acromie della mano (1), agenesie acquisite orecchie (1), onicogrifosi (1) e tilomi (1). Sono state anche eseguite certificazioni mediche necessarie per la richiesta di status di rifugiato politico, attestanti il nesso tra cicatrici e possibili maltrattamenti aggressioni subite nel paese di provenienza. Oltre alle visite, sono stati eseguiti infiltrazioni di cheloidi con cortisonici, medicazioni e diatermocoagulazione di piccole neoformazioni.

### **Conclusioni**

La collaborazione CPO e Sermig di Torino dopo quasi due anni di lavoro è un esempio di volontariato 2.0 che rende accessibile a chiunque l'accesso alle prestazioni di chirurgia plastica nel rispetto dei canali ufficiali del Sistema Sanitario Nazionale.

*Contatto: Ezio Nicola Gangemi (ezio.gangemi@gmail.com)*

## **Prevalenza di infezione da *Helicobacter Pylori* in una popolazione di italiani e immigrati a Roma e risposta a terapia di prima linea (P)**

NOSOTTI L., PETRELLI A., CARUSO A., ROSSI A., PAOLUZZI O., COSTANZO G., FORTINO A., MIRISOLA C.

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

### **Obiettivi**

Si stima che l'infezione da *Helicobacter Pylori* (HP) colpisca circa la metà della popolazione mondiale, potendo causare nel corso degli anni lo sviluppo di ulcera peptica e di neoplasia gastrica. Nei Paesi in via di sviluppo (PVS) la prevalenza dell'infezione è maggiore rispetto ai Paesi occidentali. Obiettivi dello studio sono: 1) stimare la prevalenza dell'infezione da HP in una popolazione di italiani e immigrati con dispepsia cronica afferenti all'ambulatorio di Gastroenterologia del nostro Istituto; 2) valutare la percentuale di pazienti *responder* alla terapia di prima linea.

### **Metodi**

Tra gennaio 2014 e novembre 2014 sono stati visitati 366 pazienti con dispepsia. Di questi, 311 sono stati sottoposti a breath test all'urea (UBT) per la diagnosi di infezione da HP. La distribuzione per genere dimostra una lieve prevalenza maschile (51.4%) con un'età media di 43.1 anni. La distribuzione dei pazienti arruolati, relativamente alle aree geografiche di provenienza, è stata la seguente: Europa 50.2% (di cui Italia 23.5%), Africa 29.3%, Asia 10%, America del Sud 10.6%. I pazienti risultati positivi per infezione da HP al breath test di screening sono stati sottoposti a terapia. La terapia di prima linea è stata differenziata sulla base del Paese di provenienza dei pazienti: 1) nei soggetti provenienti da Paesi con alta percentuale di antibiotico-resistenza alla claritromicina (Italia, Europa, Asia) è stata effettuata la terapia sequenziale; 2) nei soggetti provenienti da Paesi con bassa percentuale di antibiotico-resistenza alla claritromicina (Africa, America) è stata effettuata la triplice terapia con claritromicina.

### **Risultati**

Tra i 311 pazienti sottoposti a UBT, 188 (60.8%) sono risultati positivi per infezione da HP, e di questi 101 hanno effettuato un ciclo di terapia. Tra questi, il 75,2% (76/101) ha risposto alla terapia di prima linea, mentre il 24,8% (25/101) è risultato non *responder*. I pazienti in cui non si è verificata l'eradicazione del batterio sono stati sottoposti a esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con esame colturale e antibiogramma per la valutazione dell'antibiotico-resistenza.

### **Conclusioni**

La prevalenza dell'infezione da HP nella nostra coorte di pazienti è risultata elevata (60,8%); questo dato conferma che l'infezione da HP rappresenta una delle cause principali di dispepsia cronica nelle popolazioni vulnerabili. Per quanto riguarda la risposta alla terapia di prima linea, abbiamo rilevato una risposta complessiva del 75,2% (di cui 80,6% alla terapia sequenziale e 78,3% alla terapia triplice standard con claritromicina). Questo dato sottolinea come sia necessario individuare schemi di terapia più efficaci per l'eradicazione dell'infezione da HP, che siano in grado di superare le resistenze del batterio alla terapia antibiotica, che sono ormai comparse anche in aree geografiche dove prima non erano presenti.

Contatto: Lorenzo Nosotti ([nosotti@inmp.it](mailto:nosotti@inmp.it))

## **L'assistenza sanitaria nel momento della prima accoglienza ai migranti sulla rotta del Mediterraneo: cosa determina i bisogni di salute? (P)**

DI MECO E., AMATO L.M., MIRISOLA C., FORTINO A.

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

### **Obiettivi**

Dal 4.05 al 30.11.2015 l'INMP, in convenzione con il Ministero degli Interni, è stato presente presso il Centro di Primo Soccorso ed Accoglienza (CPSA) di Lampedusa per assicurare ai migranti assistenza specialistica di 2° livello in un contesto caratterizzato da limitate risorse sanitarie. L'obiettivo dello studio è di tracciare un profilo epidemiologico sullo stato di salute dei migranti al momento del loro arrivo.

### **Metodi**

L'équipe, formata da un infettivologo, un dermatologo, uno psicologo, un antropologo e due mediatori transculturali, ha fornito assistenza medico-specialistica ad integrazione e supporto delle prestazioni mediche generaliste erogate dall'Ente gestore del CPSA. Per ogni visita sono state registrate le caratteristiche demografiche dei pazienti, data di arrivo, motivo della visita, diagnosi e terapia.

### **Risultati**

Sono state effettuate visite mediche per 2.283 pazienti. La popolazione è composta per l'84% da maschi; i minori rappresentano il 15%, l'età media è di 22 anni e le nazioni più rappresentate sono Eritrea, Nigeria e Somalia. Eritree e nigeriane rappresentano quasi l'80% delle donne. Meno del 3% i pazienti di origine asiatica.

Le diagnosi più comuni sono scabbia (47%), pediculosi del capo (14%), impetigine (13%), dermatiti (9%), affezioni febbrili (6%), traumatismi superficiali (3%) e disturbi di tipo respiratorio (2%). 14 i casi confermati di malaria (dovuti principalmente a casi di riattivazione di forme latenti), 3 di TBC polmonare e 24 di varicella.

Se confrontati per aree geografiche di provenienza, i pazienti originari dell'Africa orientale hanno un rischio significativamente più alto di presentare all'arrivo scabbia, di avere diagnosi di malaria e varicella. Della stessa area di provenienza (principalmente Somalia) sono inoltre i circa 50 casi di affezioni febbrili associate a ematuria, piastrinopenia, mialgie, disturbi intestinali e, in 6 casi, a sindrome meningea (nessuna meningite batterica confermata). In 5 di questi pazienti è stata diagnosticata infezione da *Borrelia* e, per epidemiologia e presentazione clinica e laboratoristica, è verosimile ricondurre tali cluster ai focolai di febbre ricorrente epidemica già riportati in Italia e altre nazioni europee.

### **Conclusioni**

Le popolazioni provenienti dall'Africa orientale hanno un maggior rischio di presentare all'arrivo in Italia patologie che riflettono la recente lunga permanenza in contesti di detenzione dove patiscono malnutrizione, scarsa igiene e sovraffollamento; tali condizioni favoriscono la diffusione di patologie a trasmissione da contatto, portate da vettori quali i pidocchi del corpo, o la riattivazione di condizioni morbose pre-esistenti. La metodologia di lavoro interdisciplinare sperimentata ha dimostrato di essere efficace sia nel garantire la sicurezza per pazienti ed operatori sia nel pronto riconoscimento di specifiche condizioni morbose al fine di minimizzare i rischi per la salute pubblica e accendere dei riflettori sui profili di fragilità propri di alcuni gruppi di migranti.

Contatto: Eugenia Di Meco (edm1984@gmail.com)

## **MAMMA+: storia di un progetto di intervento multidisciplinare operante dal 2000 a tutela della salute delle donne HIV positive in gravidanza e dei loro figli (C)**

VIRANO S.<sup>1</sup>, GHIANI P.<sup>2</sup>, MASUELLI G.<sup>3</sup>, ZIARATI N.<sup>3</sup>, MILANI A.<sup>1</sup>, FERRO G.<sup>1</sup>, SILVESTRO E.<sup>1</sup>, MATAROZZO F.<sup>1</sup>, TIBALDI C.<sup>3</sup>, GABIANO C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Torino – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio OIRM; <sup>2</sup> Gruppo Abele, Torino; <sup>3</sup> AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Ospedale S. Anna

### **Obiettivi**

Tutelare la salute della mamma in gravidanza e del bambino nel primo anno di vita; Ridurre il rischio di trasmissione verticale dell'infezione da HIV; Supportare la genitorialità in contesti di fragilità sociale; Incrementare la rete sociale; Avviare processi di autonomia economica.

### **Metodi**

Il progetto si avvale di un lavoro di rete tra più figure professionali: ginecologa, ostetrica, assistente sociale, educatrice, pediatra e mediatrice culturale. La presa in carico può avvenire già in gravidanza o successivamente al parto. Obiettivo primario è favorire la *compliance* terapeutica e l'aderenza al *follow up* medico della coppia madre-bambino, tramite l'educatrice che, accompagnando le donne ed i bimbi in ospedale, assicura la loro partecipazione alle visite di controllo, e l'intervento della pediatra che offre a tutti i nuovi nati l'opportunità di una visita domiciliare dopo la dimissione. Il supporto alla genitorialità è parte del ruolo dell'educatrice per mezzo di visite domiciliari, *counselling* telefonico e accompagnamenti presso i vari punti rete del territorio. Educatrice e assistente sociale attivano l'intervento del servizio sociale territoriale al fine di avviare una presa in carico più a lungo termine e condividere gli obiettivi sociali da percorrere per ogni specifico nucleo familiare; offrono consulenza, orientamento, accompagnamento nelle pratiche utili alla regolarizzazione e/o rinnovo documenti; forniscono aiuti economici (fondazioni, Banco alimentare, etc.); coinvolgono le risorse presenti sul territorio in cui le famiglie vivono; propongono percorsi di sostegno psicologico e percorsi formativi.

### **Risultati**

Dal 01/01/2000 al 31/12/2015 sono state prese in carico nel progetto MAMMA+ 104 donne (18.2%) su un totale di 570 coppie madre-bambino seguite presso il nostro Centro. La maggior parte delle donne sono state prese in carico fin dalla gravidanza (45/104, 43.3%), segnalate da ostetriche o ginecologi. Le restanti sono state agganciate in occasione del parto (22/104, 21.2%) o successivamente (32/104, 30.8%). Le donne nel progetto provengono principalmente dall'Africa (69/104, 66.3%); le donne di nazionalità europea rappresentano invece il 20.2% (21/104) dei casi e quelle provenienti dall'Est Europa il 5.8% (6/104). Il nucleo familiare delle donne assistite è costituito da entrambi i genitori con eventuali fratelli nel 53.8% (56/104) dei casi e da un solo genitore nel 26.9% (28/104). Nel 3.8% (4/104) dei casi la diade mamma-bambino è stata accolta in comunità. Nei restanti casi il dato è mancante. Nessun neonato nato da mamma seguita dal Progetto è stato abbandonato o dato in affidamento/adozione.

### **Conclusioni**

MAMMA+ affronta, oltre alla problematica dell'infezione da HIV, anche il disagio socio-economico che si accompagna alla condizione di migrante. La nostra presa in carico rappresenta quindi un'occasione per avviare un percorso di aiuto teso all'integrazione in situazioni che diversamente rischierebbero di rimanere sommerse.

Contatto: Silvia Virano ([silvira07@libero.it](mailto:silvira07@libero.it))

## **L'influenza della cultura su percezione e trattamento del dolore (P)**

ZANNONI MONTANARI D., SIMONAZZI D., MECUGNI D., GRADELLINI C.

Università di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia), Corso di Laurea in Infermieristica

### **Obiettivi**

Analisi dell'influenza della cultura su espressione e gestione del dolore e dei relativi trattamenti.

### **Metodi**

Studio osservazionale con somministrazione di un'intervista semi-strutturata a un gruppo di nove mediatori culturali coinvolti in un progetto ASL.

### **Risultati**

Nelle zone centrali dell'Africa e in Albania, il dolore tende ad essere visto come una componente della vita che deve essere tollerata. Nei paesi nordafricani emerge una connotazione religiosa di purificazione dei peccati. Nella cultura induista esso viene considerato parte del destino che innalza la coscienza a un fine superiore. L'Est Europa segue un approccio biomedico in cui il dolore è correlato a una causa fisica. Per la medicina tradizionale cinese, la salute è il risultato di un armonico equilibrio (Yin e Yang): si parla di dolore quando viene a mancare, ma acquisisce connotazione biomedica nel contesto migratorio. Gli immigrati del Nord Africa tendono ad enfatizzare il dolore a differenza delle persone dell'Est Europa. La mediatrice cinese riferisce difficoltà legate all'utilizzo di espressioni che ne complicano la comprensione. Tendenzialmente nei pazienti africani, cinesi e albanesi emergono comportamenti più stoici, mentre gli altri paesi risultano più viscerali nell'espressione del dolore. Emerge una differenza tra quanto accade nel paese d'origine, con rilevanza di un'amplificazione dell'espressione di dolore. Altro elemento da considerare è la percezione di una necessità di acculturazione dell'espressione del dolore, per ottenere una reale presa in carico. Seppur raramente, tutti i mediatori hanno riferito di utilizzare la scala NRS, considerata semplice e affidabile. La maggior parte dei gruppi culturali sono favorevoli all'utilizzo degli antidolorifici, talvolta preceduti da trattamenti tradizionali. Nella maggior parte dei casi si fa specifico riferimento all'utilizzo di erbe o alimenti (Nord Africa) che trovano riscontro in termini di efficacia terapeutica. Gli immigrati cinesi fanno ricorso a un'ampia varietà di rimedi alternativi, anche se in numero inferiore a quanto accade nel paese di origine. Alcuni trattamenti sono correlati all'interpretazione che viene data al dolore: nella cultura indiana, se il dolore viene associato al malocchio, viene trattato con monili protettori. Gli immigrati dell'Est Europa fanno quasi esclusivo ricorso ai farmaci antidolorifici. In generale, rivolgersi ai servizi di salute, implica accettare il trattamento farmacologico.

### **Conclusioni**

Nella maggior parte dei casi la cultura influenza l'interpretazione che viene data al dolore, ma se la sua gestione viene attuata in contesti culturali differenti, le credenze riguardo al trattamento e alla sua manifestazione tendono maggiormente ad adeguarsi alla cultura dominante. Con il percorso migratorio cambia la percezione del dolore che acquisisce forme di meticcio con la cultura dominante.

Contatto: Cinzia Gradellini ([cinzia.gradellini@unimore.it](mailto:cinzia.gradellini@unimore.it))

## **Analisi del pregiudizio negli infermieri nella presa in carico della persona immigrata (P)**

MARASTI M., GRADELLINI C.

Università di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia), Corso di Laurea in Infermieristica

### **Obiettivi**

Nella presa in carico della persona immigrata, possono emergere sentimenti contraddittori. La difficoltà di comunicazione è quanto più frequentemente riportata come problema prevalente. L'approccio assistenziale centrato sulle differenze culturali rischia di incrementare gli stereotipi: se essi si basano su una componente cognitiva che divide il mondo in categorie, è facile comprendere come possa portare a una standardizzazione dell'assistenza. Il pregiudizio implica giudizio senza conoscenza diretta, caratterizzato da una componente valutativa e motivazionale. Pur considerandolo come un meccanismo di difesa, è evidente quanto possa aumentare la già elevata complessità della relazione. Si propone un'analisi del pregiudizio degli infermieri nella presa in carico della persona immigrata.

### **Metodi**

Lo strumento di ricerca è un questionario già utilizzato, riadattato alle esigenze dello studio e testato. Il campione include gli infermieri dei due distretti ospedalieri dei comuni a più elevata percentuale di immigrati, sulla provincia di riferimento.

### **Risultati**

Per gli infermieri la maggioranza della popolazione straniera proviene da zone che non corrispondono alla distribuzione reale del fenomeno e la percezione della religione maggiormente professata è in contrasto con i dati nazionali. Il 90,5% degli infermieri incontra quotidianamente stranieri immigrati o li conosce personalmente (83,3%). Più del 50% riferisce di avere informazioni correlate ad esperienze personali. Il 40,5% è interessato alla conoscenza di persone immigrate per arricchire la propria formazione (59,4%), istituire relazioni interpersonali (15,6%), culturali e utili per il lavoro (12,5%). Il 16,7% non è interessato alla conoscenza di stranieri per la mancanza di tempo (40%). Dalla letteratura emerge che la barriera linguistica e le differenti abitudini di vita, aumentano i tempi di erogazione dell'assistenza per difficoltà di comprensione. La percentuale di infermieri che non è interessato allo scambio culturale rimane alta e questo può avere ripercussioni sull'assistenza infermieristica. Il 64,3% ha difficoltà comunicative. La lingua risulta il problema principale (70,4%), oltre alla necessità di più tempo per rispondere ai bisogni di salute e per differenza culturale o di mentalità. Su affermazioni che descrivono la persona immigrata con accento negativo il 71,5% è del tutto o in parte in disaccordo. Il 79,6% è del tutto o in parte d'accordo con una visione positiva dell'immigrato. Più del 70% degli infermieri intervistati risulta avere bassi livelli di pregiudizio verso la persona straniera.

### **Conclusioni**

Anche se la grande maggioranza del campione ha una visione positiva dell'immigrato, rimane una percentuale con percezione tendenzialmente negativa. Su 250 questionari inviati, ne sono rientrati 49: i risultati ottenuti, non sono generalizzabili, ma aprono un'ulteriore riflessione sul fatto che il campione coinvolto sia maggiormente propenso all'accoglienza delle diversità.

Contatto: Cinzia Gradellini ([cinzia.gradellini@unimore.it](mailto:cinzia.gradellini@unimore.it))

## **Patologie neuropsichiatriche nei migranti: l'esperienza dell'ambulatorio di Camminare Insieme (P)**

MIGHELI A.<sup>1</sup>, QUAGLIA G.<sup>1</sup>, SACCHI L.<sup>1</sup>, SIMONETTI M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Associazione Camminare Insieme, Torino; <sup>2</sup> Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Firenze

### **Obiettivi**

La popolazione migrante è stata oggetto di pochi studi a livello Europeo, relativamente alle patologie neurologiche e psichiatriche. I dati a livello italiano sono ancora più carenti. Inoltre i dati esistenti in letteratura riguardano prevalentemente accessi in Pronto Soccorso (PS) e ricoveri ospedalieri e non tengono conto del *setting* ambulatoriale.

### **Metodi**

È stato preso in esame il database della popolazione di migranti afferenti all'Ass. Camminare Insieme negli anni 2013-2014. Sono state estrapolate le principali diagnosi neurologiche e psichiatriche. I dati sono stati confrontati con quelli del database della Health Search, basato sulle prescrizioni di visite specialistiche ambulatoriali da parte dei medici di medicina generale (MMG) in Italia e in Piemonte.

### **Risultati**

Rispetto alla popolazione afferente agli ambulatori dei MMG, i migranti presentano (1) un'incidenza complessiva sensibilmente minore di patologie neurologiche; (2) un'incidenza simile di patologie psichiatriche. Fra le patologie neurologiche, la cefalea è la diagnosi più frequente sia fra i migranti sia nella popolazione ambulatoriale dei MMG. Le malattie demielinizzanti e le patologie croniche vascolari o neurodegenerative sono pressoché assenti fra i migranti. Fra le patologie psichiatriche, i disturbi ansiosi in forma libera e somatizzata e le depressioni reattive sono i problemi più spesso lamentati dai migranti, mentre sono scarsamente rappresentati i disturbi alcol-correlati e i disturbi psicotici acuti. I disturbi ansioso-depressivi sembrano particolarmente frequenti fra le badanti, come fenomeno reattivo legato al *burnout* occupazionale.

### **Conclusioni**

La minor incidenza di patologie neurologiche fra i migranti rispetto alla popolazione ambulatoriale dei MMG è in accordo con l'effetto "migrante sano". L'incidenza simile di disturbi ansioso-depressivi fra migranti e popolazione generale ambulatoriale è verosimilmente correlata all'effetto stressogeno del fenomeno della migrazione, di entità tale da annullare l'effetto "migrante sano". La scarsa rappresentatività di patologie alcol-correlate e disturbi psicotici acuti nella nostra popolazione di migranti rispetto ai dati della letteratura è probabilmente legata ad un "bias" di selezione, che esclude dalla nostra casistica soggetti che più facilmente afferiscono ai servizi ospedalieri e ai PS; per l'alcolismo inoltre, la mancata percezione di esso come malattia da parte di molti gruppi di migranti può contribuire alla minore rappresentatività di questa categoria di malati. Studi ulteriori dovranno approfondire il problema della salute mentale fra le badanti e fra i migranti lavoratori rispetto ai rifugiati.

Contatto: Antonio Migheli ([amigheli@gmail.com](mailto:amigheli@gmail.com))



**Prostituzione migrante: ruolo del Servizio sanitario pubblico (P)**

CECCHETTO A., BARELLI A., FLORA M., DEROSI C., GHIRARDI M.

USL 12 Veneziana, Consultori Familiari, Servizio Malattie Infettive, SISP

**Obiettivi**

Ridurre l'incidenza nel territorio veneziano della diffusione delle MTS; ridurre il numero delle IVG ripetute; ridurre i parti prematuri nella popolazione target; ridurre la violenza contro le donne in strada; ridurre il perpetrarsi della pratica delle MGF nelle figlie della popolazione target.

**Metodi**

Protocollo d'intesa ULS - Comune di Venezia per la collaborazione tra l'unità di strada del Comune, il Servizio Malattie Infettive e l'Igiene Pubblica (SISP) dell'USL per garantire assistenza sanitaria, implementare l'uso dei metodi di barriera e dei contraccettivi in genere, riconoscere dignità e diritti alle prostitute.

**Risultati**

Aumento dei colloqui informativi sull'uso del condom femminile e sui contraccettivi in C.F.(con adesione all'uso), riduzione delle IVG, accessi a comunità protette in gravidanza, riduzione degli accessi al P.S. e aumento di quelli a Malattie Infettive (amb. immigrati I livello) aumento attività vaccinale contro epatite B e dei controlli MTS al Sisp nella popolazione target.

**Conclusioni**

Importanza in sanità pubblica di attivare programmi di collaborazione USL/Comuni/privato sociale (Emergency, Unità di strada private) per ridurre la diffusione delle MTS e fare prevenzione attiva sulla popolazione generale di un territorio. Tutelare e affermare i diritti umani anche per le prostitute, combattere la violenza alle donne e il pregiudizio razziale.

Contatto: Alessandra Cecchetto ([alessandra.cecchettococo@gmail.com](mailto:alessandra.cecchettococo@gmail.com))

## **La gestione dei flussi migratori: l'esperienza e l'esempio dell'equipe del PS dell' E.O. "Ospedali Galliera" di Genova (P)**

LEONE S , ZANELLA F. , CREMONESI G., PIERLUIGI D. , SCHEA A., CREMONESI P.

Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera", Università degli Studi di Genova

### **Obiettivi**

Il lavoro della equipe del PS dell'E.O. "Ospedali Galliera" ha come obiettivi principali: valutare prontamente lo stato di salute dei migranti ai fini di fornire cure appropriate, limitare l'eventuale diffusione di patologie infettive, avviare i pazienti, laddove se ne ravveda la necessità, ad un percorso psicologico/psicoterapeutico.

**Metodi:** Nel 2015 la Prefettura di Genova ha identificato come sede urgente e provvisoria il Pala-sport, una tensostruttura della Fiera del Mare.

L'equipe sanitaria (formata da un medico e due infermieri del PS dell' E.O. "Ospedali Galliera" di Genova, un medico e un infermiere del Servizio Igiene della ASL3 genovese) ha lavorato in piena collaborazione con i mediatori culturali. In loco sono state trattate tutte le persone affette da scabbia e/o pediculosi ed inviate successivamente ai centri di accoglienza con indicazioni terapeutiche. I pazienti più gravi venivano inviati in tempo reale al Pronto Soccorso dell'Ospedale Galliera per gli accertamenti diagnostici. Nel corso del 2015 è stato avviato un programma di screening sanitario più completo presso il PS dell'Ospedale Galliera.

Il programma di screening sanitario viene effettuato previ accordi con le strutture di accoglienza. Tutti i pazienti vengono sottoposti ad esami ematochimici, elettrocardiogramma, radiografia del torace e visita medica completa, con refertazione delle eventuali lesioni dovute a riferite torture, violenze o altro. Il paziente viene quindi valutato e indirizzato ad ulteriori visite specialistiche nel caso di riscontro di patologie o anomalie. Rientra nella procedura di screening una valutazione "psicologica" del paziente (effettuata dallo stesso medico) al quale vengono rivolte domande relative all'esperienza personale nel Paese natio e durante il viaggio effettuato. Il medico, quindi, può indirizzare il paziente verso un percorso psicologico fornendo informazioni preliminari al servizio di Psicologia di PS.

**Risultati:** La procedura extra ed intra ospedaliera così organizzata ha permesso di limitare al minimo la diffusione di patologie infettive (in particolare scabbia, pediculosi e tubercolosi). Patologie frequenti quali parassitosi, anemie carenziali o ipovitaminosi vengono indagate ed adeguatamente trattate, anche mediante consulenze specialistiche con successiva presa in carico del paziente da parte dei singoli Ambulatori, ed eventuale successivo follow-up presso il PS. I risultati ottenuti sono, quindi: la diagnosi e guarigione o monitoraggio di patologie acute o croniche dei migranti con conseguente miglioramento della qualità della vita, l'accesso a cure non disponibili o attuabili nei Paesi di provenienza e la drastica riduzione di diffusione di patologie infettive.

**Conclusioni:** il lavoro svolto dall'equipe del PS dell'E.O "Ospedali Galliera", ormai in atto secondo le procedure descritte da più di un anno, ha dimostrato di essere efficace in vari ambiti. Risulta evidente come la valutazione extra ospedaliera e il successivo screening intraospedaliero organizzato apportino benessere nei migranti; tale situazione non può che rispecchiarsi sulla realtà socio-culturale e sanitaria genovese.

La nostra gestione dei migranti non è solamente un atto sanitario: il paziente, accolto fin dall'inizio, diventa e si percepisce come parte integrante della Società, si sente monitorato e protetto; il miglioramento della sua qualità di vita lo porta ad impegnarsi socialmente e ad istruirsi.

Il benessere del "singolo", soprattutto se debole e socialmente estraniato, porta inequivocabilmente al miglioramento del benessere della realtà in cui egli vive.

Contatto: Silvia Leone ([drsilvialeone@gmail.com](mailto:drsilvialeone@gmail.com))

## **CESAIM: l'assistenza sanitaria volontaria agli immigrati a Verona, Veneto. Un anno di attività (C)**

BADONA MONTEIRO G., CAREGARO L., CHIECCHI GP., MISCHI F., SARREGUI B., SCHIAVON P., PANEBIANCO R., MARCHESE V., POSTIGLIONE C., RIGOLI G.

Centro Salute Immigrati (CESAIM), Verona

### **Obiettivi**

Descrivere l'attività annuale del 2015 di un poliambulatorio di medicina generale e specialistica rivolta ad immigrati senza permesso di soggiorno, presente a Verona; descrivere la tipologia di paziente e di patologia più frequentemente riscontrate.

### **Metodi**

Sono stati raccolti e descritti i dati relativi alle visite effettuate dal 01/01/2015 al 31/12/2015 presso il Cesaim (Centro Salute Immigrati), poliambulatorio volontario presente a Verona, aperto 5 giorni su 7 a settimana. In maniera anonima sono stati estrapolati i dati relativi alle caratteristiche dei pazienti (età, provenienza), motivo di visita e tipologia di visita (medicina generale o specialistica). L'attività ambulatoriale del Cesaim viene regolarmente registrata su cartelle cliniche elettroniche attraverso il programma Open Hospital di Informatici Senza Frontiere, che utilizza Mysql, un database open source.

### **Risultati**

Nel 2015 sono state effettuate 5.580 visite, di cui 1.124 (20%) prime visite, per un totale di 1.756 pazienti, 632 dei quali (35,9%) già seguiti presso il centro negli anni precedenti. Il 59% dei pazienti era di sesso maschile; la maggioranza dei pazienti era africana (53%), il 33% europea, il 10% asiatica. I più frequenti paesi di origine sono stati: Nigeria 23%, Marocco 11%, Moldavia 10%, Albania 9%, Romania 8%. Il 17% delle visite totali è stato per patologie endocrino-metaboliche e cardiocircolatorie (diabete, ipertensione, cardiopatie croniche). Tra le visite specialistiche effettuate presso il centro (ortopediche, ginecologiche/ecografia ostetrica, pediatriche, psichiatriche, dermatologiche, diabetologiche, ecografia internistica) il 36,8% sono state visite ginecologiche, con 87 pazienti seguite per gravidanza fisiologica e 48 pazienti seguite per patologie legate a gravidanza e puerperio. Il 20,8% delle visite specialistiche erano visite pediatriche, a fronte di 107 (6,1%) pazienti di età compresa tra 0 e 15 anni afferenti al centro. Tutti i nuovi pazienti sono stati inviati (se non già in possesso) agli uffici deputati all'ottenimento della tessera per stranieri temporaneamente presenti (STP) ed il 28% non è riuscito ad ottenerla per cause variabili.

### **Conclusioni**

I dati relativi alla tipologia dei pazienti (35,9% pazienti già seguiti presso il centro), al motivo della visita (17% di malattie croniche endocrino-metaboliche e cardiovascolari), ed alla difficoltà di ottenimento della tessera STP (28% di mancato ottenimento), indicano la necessità di incrementare la continuità assistenziale per pazienti che altrimenti rimarrebbero privi o avrebbero scarso accesso alle cure di cui necessitano cronicamente, con conseguente aumento di complicanze gravi da gestire (IMA, ictus, complicanze del diabete). Analoga considerazione va effettuata per le categorie "fragili" (gravidanza ed età pediatrica) che, pur avendo diritto ad assistenza sanitaria per legge, per barriere di varia natura trovano difficoltà ad accedere alle cure necessarie presso il Sistema Sanitario Nazionale.

Contatto: *Geraldo Badona Monteiro* ([badonamonteiro.geraldo@gmail.com](mailto:badonamonteiro.geraldo@gmail.com))

## ***Il ruolo della mediazione transculturale nel contesto della prima accoglienza ai migranti in arrivo sulle coste italiane: è davvero solo un problema di lingua? (C)***

CHAMKHI M, TAREKE TEDLA B., DI MECO E., FORTINO A.

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

### **Obiettivi**

Nel periodo maggio-novembre 2015 l'INMP è stato presente presso il Centro di Primo Soccorso ed Accoglienza (CPSA) di Lampedusa con un'équipe multidisciplinare per garantire alle persone migranti sbarcate sull'isola assistenza medico-specialistica affiancata da un servizio di mediazione transculturale. Nel corso dell'attività di mediazione sono state raccolte informazioni sugli assistiti con il duplice obiettivo di offrire una descrizione della popolazione migrante, in particolare riguardo gli aspetti demografici, familiari, le caratteristiche del viaggio ed i motivi di fuga dal paese di origine, e dell'attività dei mediatori culturali nel contesto di prima accoglienza.

### **Metodi**

I due mediatori, di origine tunisina ed eritrea, hanno raccolto i dati oggetto d'interesse attraverso colloqui informali che avevano luogo nel momento delle visite mediche, in particolar modo nei locali d'isolamento per i pazienti affetti da scabbia. Tali dati sono stati in seguito codificati in un database informatico.

### **Risultati**

Sono stati raccolti dati su 2.073 pazienti, prevalentemente maschi (87%) dall'età media di 22 anni; si tratta principalmente di individui celibi/nubili (70%), per lo più provenienti da Eritrea, Somalia e Nigeria. Differenze importanti sono state osservate in termini di durata del viaggio: i soggetti provenienti da Nigeria e Senegal sono quelli che mediamente giungono in Italia dopo un viaggio più breve (152 e 200 giorni), mentre i soggetti provenienti dalla Somalia sono quelli costretti al viaggio più lungo (in media 684 giorni) seguiti da eritrei, sudanesi e gambiani. La principale ragione di uscita da Somalia e Sudan è la guerra, mentre i senegalesi lasciano il proprio paese principalmente a causa della povertà ed eritrei e nigeriani a causa di persecuzioni politiche. Per quanto riguarda la scolarizzazione circa il 31% dei pazienti riporta fino a 5 anni di studio, il 20% dai 6 agli 8 anni e quasi il 40% oltre gli 8 anni. Solo i cittadini eritrei, nigeriani e somali superano gli 8 anni di studio in almeno il 50% dei casi.

### **Conclusioni**

L'esperienza di lavoro interdisciplinare presso il CPSA di Lampedusa permette di offrire una definizione del ruolo della mediazione transculturale nel contesto, spesso emergenziale, della prima accoglienza ai migranti. L'attività di mediazione ha non solo il compito di permettere e facilitare la comunicazione, ma si pone come strumento efficace per creare in primo luogo un incontro tra operatori e pazienti che spesso riportano un recente vissuto traumatico. Attraverso il dialogo si avvia un tentativo di valorizzazione della persona, di costruzione di un'alleanza valida per offrire un'assistenza di tipo medico efficace e accettabile per il paziente. Tale metodologia permette infatti di acquisire informazioni essenziali alla diagnosi ed al riconoscimento di specifici bisogni di salute (caratteristiche del viaggio, permanenza in contesti violenti, con scarso o assente accesso ai servizi sanitari ed al cibo) e favorisce l'alleanza terapeutica medico-paziente.

Contatto: Moez Chamkhi ([elmoezchamkhi@gmail.com](mailto:elmoezchamkhi@gmail.com))

## **Diabete e migrazioni: una vecchia/nuova sfida per il servizio sanitario nazionale (P)**

DE SOCCIO P.<sup>1</sup>, DI NICOLA A.<sup>1</sup>, LIDDO M.<sup>1</sup>, GERACI S.<sup>1</sup>, PALOMBI L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Area sanitaria Caritas, Roma; <sup>2</sup> Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata', Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione

### **Obiettivi**

Il diabete di tipo 2 è causa di una epidemia che sta interessando in modo crescente anche i paesi meno sviluppati. Per rilevare caratteristiche che, almeno in parte, potrebbero variare con l'origine, si è fatto un confronto tra pazienti dell'Europa centro orientale e dell'Asia centro meridionale.

### **Metodi**

Si è esaminato un campione di 287 pazienti che hanno avuto accesso per la prima volta nel 2013-2014 al Poliambulatorio della Caritas di Roma, con malattie classificate con i codici ICD-9.CM, 240-279 (endocrino-metaboliche e nutrizionali).

### **Risultati**

Le provenienze erano così suddivise: 55 Africa (19.2%), 11 Sud America (3.8%), 91 Asia (31.7%) e 130 Europa centro-orientale (45.3%). Si è ritenuta utile un'articolazione in macro-aree geografiche. Gli africani venivano quasi in egual misura da Africa occidentale (21) e settentrionale (19); prevalevano i casi dall'Asia centro meridionale (58) rispetto all'Asia orientale (29). Il 56.6% era di sesso femminile. La maggioranza era tra i 46 e i 60 anni, con un picco nella classe 51-55. Il 43.2% (124) delle diagnosi era di diabete di tipo 2, il 20.2% (58) di patologie tiroidee, il 19.8% (57) di obesità e altri stati di iperalimentazione, il 13.2% (38) di dislipidemia e il 3.5% circa di patologie più rare. Il diabete ricorreva nei maschi per il 66.9%. Si è approfondito il diabete confrontando i pazienti dell'Europa centro orientale e dell'Asia centro meridionale, tra i quali si è rilevato il maggior numero di casi. I casi totali erano 87: 43 (34.7%) tra gli europei e 44 (35,6%) tra gli asiatici. La media dell'anno di nascita era 1960,84±4,9 per i primi, 1971,65±9,3 per i secondi. Si è calcolato il rapporto osservato/atteso usando le percentuali tra gli osservati e gli attesi calcolati sugli immigrati nel comune di Roma ottenendo i seguenti risultati: Asia orientale: 6.5%/18.3%=0.3; Asia centro meridionale: 35.6%/14.9%=2.4; America centro meridionale: 1.6%/10.9%=0.1; Africa settentrionale: 10.5%/4.9%=2.1; Africa occidentale: 4.8%/3.1%=1.6; Africa orientale: 4.1%/2.9%=1.4; Africa meridionale: 1.6%/10.9%=0.1; Europa centro orientale: 34.7%/ 37.1%=0.9. L'Asia centro meridionale presenta un incremento osservato pari a + 140% rispetto all'atteso. Si sono esaminate le due comunità dei due sub-continenti che hanno più diabetici: romeni 56% (24) e bengalesi 70% (31). In base alle presenze nel territorio romano nel 2013 (55104 romeni e 21643 bengalesi), si è calcolato il rapporto bengalesi/romeni: il diabete è 3.58 volte più frequente nei primi.

### **Conclusioni**

Il maggiore rischio di diabete di tipo 2 in un'età molto più giovane e la minore frequenza di stati di iperalimentazione, obesità e dislipidemie tra gli asiatici, in particolare del Bangladesh, fanno ipotizzare che ci siano fattori di rischio aggiuntivi o in parte diversi da quelli "europei" e richiamano l'attenzione sulla rilevanza epidemiologica del diabete tra gli asiatici. Ciò rappresenta una sfida che coinvolge tutti i livelli del sistema sanitario nazionale.

Contatto: Pasquale de Soccio (pdesoccio@gmail.com)

## **Strategie per la presa in carico dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA). Rilevazione dei segnali di rischio per la salute mentale e monitoraggio clinico (P)**

AGGIO F., BELLANTONI C., DAL LAGO B., MAZZONI R., PIZZINATO G., COSTANTINO M.A., CARTABIA M.

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, UO Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA), Milano; IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

### **Obiettivi**

È noto dalla letteratura come i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) presentino un aumentato rischio per la salute mentale oltre che fisica, e come la loro presa in carico in questo ambito presenti significative difficoltà. Obiettivo dello studio è la definizione e validazione di un possibile strumento per l'individuazione precoce dei MSNA a rischio per la salute mentale e analisi delle caratteristiche di un campione di MSNA tra i 13-18 anni inseriti in Comunità socio-educative, con particolare attenzione ai segnali di rischio di disagio psichico.

### **Metodi**

Attraverso una modalità partecipativa che ha visto il coinvolgimento di tutte le realtà sociali e sanitarie partecipanti al Progetto "Migrazione e disagio psichico in età evolutiva" nel territorio milanese negli anni 2009-2016, è stato strutturato uno strumento per la rilevazione dei segnali di rischio per la salute mentale dei MSNA ("griglia osservazione dei segnali di rischio"). Sono state definite 92 domande a cui sono stati attribuiti punteggi standard (0/1, No/Sì; 0/1/2, mai/raramente/spesso). Sono stati costruiti 3 indicatori di rischio relativi alle aree anamnesi, adattamento e comportamento e un indicatore sintetico di rischio "globale" calcolato come media dei 3 indicatori di area ed espresso come: nessun rischio, basso, medio, alto. Per la prima validazione (aprile 2012 – settembre 2013), la griglia è stata compilata per ciascun utente dall'equipe educativa di 13 comunità partecipanti, dopo un periodo d'inserimento del minore di almeno 30 giorni, nel corso di due anni della *survey*. Una seconda raccolta è avvenuta tra marzo 2015 e febbraio 2016.

### **Risultati**

Sono stati monitorati 105 utenti, maschi, in maggioranza egiziani e marocchini (80%), di 13-18 anni d'età (mediana 17), la metà dei quali appartenenti a 3 delle 13 comunità partecipanti, in cui il 64% risiedeva da 4-17 mesi. Il 65% dei ragazzi aveva cambiato almeno una comunità e il 29% aveva una scarsa o insufficiente conoscenza della lingua italiana. Il rischio per la salute mentale è così risultato: alto 4 ragazzi (3.8%), medio 6 ragazzi (5.7%), basso 9 ragazzi (8.6%), nessun rischio 86 ragazzi (81.9%). Rispetto ai dati preliminari, la seconda raccolta (69 schede compilate da 7 comunità) ha evidenziato punteggi di rischio più elevato in tutte le aree per i MSNA in carico alla UONPIA rispetto a quelli non in carico, con una percentuale di alto rischio globale pari a 36% vs 7%.

### **Conclusioni**

Sulla base dei risultati ad ottenuti, la griglia appare uno strumento utilizzabile per l'individuazione e l'invio tempestivo alle UONPIA dei MSNA a maggior rischio per la salute mentale. Si è ora avviato un *follow up* longitudinale a intervalli regolari di tre mesi per i pazienti in carico, al fine di valutare se la griglia possa rappresentare anche uno strumento di monitoraggio del percorso clinico assistenziale.

Contatto: Rossana Mazzoni ([rossana.mazzoni@policlinico.mi.it](mailto:rossana.mazzoni@policlinico.mi.it))

## **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA – per i disturbi di linguaggio e apprendimento nei minori migranti in età scolare (P)**

AGGIO F., BELLANTONI C., COLOMBINI D., COSTANTINO MA., DAL LAGO B., LODOLA L., MARANDO L., MAZZONI R.  
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, UONPIA, Milano; ASST Santi Paolo e Carlo, UONPIA, Milano

### **Obiettivi**

La presa in carico nei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di minori migranti con difficoltà di linguaggio e apprendimento presenta numerose criticità: accesso ai servizi, elevato numero di *drop out*, caratteristiche della valutazione in soggetti bilingue e con diverse rappresentazioni culturali, difficoltà nella formulazione diagnostica e nelle modalità di intervento riabilitativo. Si intende giungere a definire un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) mirato alla presa in carico di disturbi di linguaggio e apprendimento nei bambini/ragazzi migranti (3 e 13 anni) e monitoraggio della sua attuazione nei servizi preposti.

### **Metodi**

La stesura del PDTA è avvenuta attraverso una modalità partecipativa coinvolgente realtà educative, sociali e sanitarie partecipanti al Progetto "Migrazione e disagio psichico in età evolutiva" (2009-2016) nel territorio milanese, attraverso la creazione di un Tavolo di lavoro multi-professionale che ha analizzato le buone prassi e i dati presenti in letteratura confrontandoli con le realtà delle UONPIA di Milano (età di accesso, inviante, motivi di invio, diagnosi e prese in carico riabilitative ed assistenziali) per giungere a linee di indirizzo operative condivise per una miglior risposta al bisogno emergente. In seguito alla stesura del PDTA, sono stati effettuati percorsi formativi nelle UONPIA e avviate azioni di monitoraggio attraverso la compilazione di schede sugli utenti migranti.

### **Risultati**

Il PDTA è stato messo a disposizione di tutti gli interessati al link <http://www.mapa.marionegri.it/>. L'attuazione del PDTA da parte delle UONPIA ha determinato: maggiore accuratezza nell'accoglienza e nella diagnosi differenziale; creazione di equipe multidisciplinari specializzate; utilizzo clinico della mediazione linguistico culturale; revisione delle batterie testali e ricerca di test meno sensibili ai bias culturali; produzione di materiali informativi in diverse lingue; incremento di eventi di sensibilizzazione e supervisione rivolti a ambiti socio-sanitari ed educativi. È in corso un monitoraggio degli utenti presi in carico secondo il PDTA attraverso l'analisi delle schede migranti raccolte annualmente (2014-2016). Dal punto di vista riabilitativo sono in corso sperimentazioni in piccolo gruppo rivolte ai minori migranti e non con diagnosi di DSL/DSA ed ai loro genitori attraverso l'uso di moduli generali relativi alla diagnosi e specifici sui temi della migrazione.

### **Conclusioni**

Il PDTA appare ampiamente utilizzato all'interno della realtà milanese, garantendo risposte più omogenee ed appropriate al tipo di bisogno. Si è concordato il mantenimento del Tavolo per consentire il continuo aggiornamento in riferimento alla letteratura ed alle evidenze scientifiche, l'individuazione di indicatori di esito rispetto all'efficacia del PDTA e la formulazione di modelli di intervento assistenziale condivisi, soprattutto rispetto a percorsi di piccolo gruppo.

Contatto: Rossana Mazzoni ([rossana.mazzoni@policlinico.mi.it](mailto:rossana.mazzoni@policlinico.mi.it))

## **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – PDTA – per la presa in carico di Minori Stranieri Non Accompagnati con disagio psichico (C)**

AGGIO F., BELLANTONI C., COSTANTINO MA., DAL LAGO B., GARRONI D., MAFFEIS P., MARANDO L., MAZZONI R., PIZZICATO G.

Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, UONPIA Milano

### **Obiettivi**

I minori stranieri non accompagnati (MSNA) rappresentano una realtà complessa che richiede politiche socio-sanitarie che tengano conto degli aspetti legati alle conseguenze dei traumi complessi vissuti dai ragazzi e della condivisione di buone pratiche, per garantire interventi efficaci. Si intende giungere alla definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) mirato alla presa in carico di MSNA e al monitoraggio della sua attuazione all'interno della UONPIA della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

### **Metodi**

La stesura del PDTA è avvenuta ad opera dell'equipe clinica della UONPIA, servizio specialistico di riferimento per i MSNA sulla città di Milano, in condivisione con i diversi interlocutori del territorio milanese (Comune di Milano, ASL, UONPIA, DSM Niguarda, Terzo Settore, Comunità Socio-educative), partecipanti al Progetto "Migrazione e disagio psichico in età evolutiva" (2009-2016). Sono stati analizzate le evidenze presenti nella letteratura scientifica, le buone prassi esistenti, i dati di accesso e i percorsi effettivi e sono state definite linee di indirizzo operative volte a migliorare la presa in carico, i percorsi progettuali e di cura dei MSNA con patologia psichiatrica.

### **Risultati**

È stato strutturato, dal 2013, un PDTA specifico per la gestione dei MSNA con disagio psichico che ha incluso modalità e strumenti innovativi. Il PDTA è stato seguito nell'80% dei casi di MSNA giunti presso la UONPIA del Policlinico. Gli MSNA con accesso alla UONPIA dal 2009 ad oggi sono stati il 10% circa di MSNA presenti sulla città di Milano, inviati nel 77,5% dei casi dai Servizi Sociali per problemi relativi al comportamento (67.3%). In prevalenza maschi (96.9%), di origine egiziana (35.7%) e marocchina (32.6%), sono giunti in Italia per la "ricerca di un miglioramento socio-economico" (60,1%) ed hanno ricevuto nel 37,5% dei casi una diagnosi di reazioni a gravi stress e disadattamento, seguita da ritardo mentale (14.7%), disturbi misti della condotta e della sfera emozionale (13.9%) e disturbi d'ansia (11.7%).

### **Conclusioni**

L'applicazione del PDTA ha determinato: tempestività e flessibilità nella risposta, migliore accuratezza nell'accoglienza e nella diagnosi; più appropriato utilizzo clinico della mediazione linguistico culturale; revisione degli strumenti e dei test meno sensibili ai bias culturali; incremento di azioni orientate alla prevenzione, all'invio precoce e all'implementazione della rete interistituzionale. Precede il lavoro partecipato per l'individuazione di migliori risposte di presa in carico e progettualità per i MSNA, i processi di cura e il monitoraggio clinico per l'individuazione precoce di MSNA a rischio per la salute mentale, con particolare attenzione ai segnali di rischio di disagio psichico.

Contatto: Rossana Mazzoni ([rossana.mazzoni@policlinico.mi.it](mailto:rossana.mazzoni@policlinico.mi.it))



## **Alterazioni elettrocardiografiche del tratto ST-T in una popolazione di migranti afferenti al Servizio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo (P)**

DE MICHELE M., POLLACCIA E., SCELFO M., AFFRONTI A.

AOU Policlinico Giaccone, UO Medicina delle Migrazioni, Palermo

### **Obiettivi**

Esistono molte varianti normali elettrocardiografiche per le quali si sospetta una correlazione con aumentato rischio di morte cardiaca. Nel nostro studio abbiamo deciso di porre l'attenzione su due varianti del tratto ST-T con soprasslivellamento nelle derivazioni precordiali: la ripolarizzazione precoce (ERP) e la variante (STTNV) soprasslivellamento del tratto ST con inversione dell'onda T che pone problemi di diagnosi differenziale con l'ECG di infarto acuto del miocardio o di pericardite acuta. Fattori associati sono etnia nera, giovane età, bassa frequenza cardiaca, ipertrofia ventricolare sinistra. Si ipotizza che entrambe siano correlate a maggiore rischio di morte cardiaca, soprattutto negli uomini. Nel nostro studio abbiamo valutato la prevalenza di queste due varianti tra i pazienti ricoverati presso l'U.O.S. di Medicina delle Migrazioni.

### **Metodi**

Svolgendo un'analisi retrospettiva sono stati analizzati i tracciati elettrocardiografici di 445 pazienti extracomunitari ricoverati in regime di Day Hospital dall'1.01.2011 al 31.08.2014, reclutando solo i casi con alterazioni del tratto ST-T che sono stati suddivisi in 3 categorie in base al tipo di anomalia: STTNV, ERP, altre alterazioni. Sono stati raccolti dati relativi a sesso, età, provenienza, data arrivo in Italia, data primo accesso ospedaliero; fattori di rischio cardiovascolare: fumo, diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, alcolismo; dati bioumorali: colesterolemia, HDL, Hb, sodio, potassio, MDRD.

### **Risultati**

Su un totale di 136 pazienti (30,56% dei ricoverati) con anomalie del tratto ST-T, solo un caso ha risposto ai criteri della STTNV. 31 pazienti hanno presentato ERP. Gli ECG dei restanti 104 hanno evidenziato altre anomalie. Fascia di età (30-50 anni), sesso e paese di origine riflettono la distribuzione dell'utenza del nostro servizio. Nell'ambito delle 3 categorie all'anamnesi: STTNV: nessun fattore di rischio o patologia cardiovascolare (CV); ERP: in 19/31 nessun fattore di rischio CV o patologia CV; in 12/31 presenza di comorbilità cardio-metaboliche; altre anomalie: 79/104 presenza di comorbilità cardio-metaboliche; 25/104 sono stati persi al *follow-up*.

### **Conclusioni**

A differenza di molti studi di letteratura abbiamo analizzato pazienti ospedalizzati. Ciò contribuisce a sovrastimare la presenza di patologie. Inoltre abbiamo riscontrato una più bassa frequenza delle due anomalie rispetto alla letteratura che in merito al tema fornisce dati contrastanti. Sembra che la ERP abbia scarsa rilevanza clinica e solo in una minoranza sia spia di aumentato rischio aritmico grave. Per distinguere la variante benigna da quella aritmogena è utile una valutazione aritmologica accurata nei soggetti con anamnesi positiva per sincope, anamnesi familiare di morte improvvisa, aritmie, alterazioni strutturali cardiache, altre anomalie ECG.

Contatto: Miriam De Michele ([miriam.dm89@gmail.com](mailto:miriam.dm89@gmail.com))

## **Un nuovo servizio di sessuologia clinica per migranti (P)**

GREGORI C.

AO San Paolo, Milano

### **Obiettivi**

Presentazione del servizio di sessuologia clinica svolto nel contesto del "Centro di salute ed ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini" presso l'ospedale San Paolo di Milano, nato dopo anni di lavoro ostetrico e ginecologico con questi popoli in movimento: uomini e donne che arrivano portandosi dietro prima di tutto le loro storie e le loro aspettative di futuro. Arrivano in buona salute, a parte gli eventuali effetti del viaggio e delle condizioni di vita critiche o comunque spesso peggiorate rispetto al loro paese. Arrivano portandosi dietro anche la loro libido, vissuta ed agita in modo spesso molto diverso da quello occidentale. Il nostro modo, apparentemente aperto ed accettante ma in verità piuttosto analfabeta in termini di piacere, tende a farci pensare di essere più evoluti anche in tema di sessualità; sembriamo ritenere che possa essere sufficiente chiedere di adeguarsi al modello che proponiamo, inconsapevoli di quanto sia confuso e colmo di contraddizioni. È importante considerare, invece, quanto difficile possa essere agire una sessualità libera e serena nelle precarie condizioni di vita in cui si trovano a vivere molti migranti. È anche rilevante riflettere su come possa essere difficile per chi è o diventa genitore in un paese culturalmente distante dal proprio, cercare di trasmettere un senso di genere e di incontro con le proprie naturali pulsioni in modo sereno ed equilibrato.

### **Metodi**

Il servizio consiste in incontri con una cadenza settimanale o bimensile, alla presenza di mediatrice linguistico culturale, con la nostra Ginecologa e Sessuologa clinica. L'approccio è di tipo sesso corporeo, cioè partiamo dal corpo per agire anche sui blocchi o impacci della mente.

### **Risultati**

Descrizione del caso clinico di una donna sudanese sottoposta a MGF di tipo III, che ha sviluppato un brusco calo della libido dopo l'intervento di deinfibulazione. Abbiamo capito che potrebbe non essere sufficiente restituire un'integrità anatomica senza tenere conto che quelli con cui arrivano sono, molto probabilmente, loro malgrado, i genitali che hanno erotizzato.

### **Conclusioni**

Partendo dal presupposto che una sessualità che non trova armonica espressione, porta uomini e donne ad avere comportamenti disfunzionali anche in altri ambiti e considerando anche che l'OMS stessa ha inserito la salute sessuale come parte integrante della salute delle persone, riteniamo importante promuovere esperienze come la nostra. E se, sull'esempio dei corsi di accompagnamento alla nascita multi-etnici, creassimo dei corsi di accompagnamento alla pubertà? Luoghi dove si possa parlare di menarca, di cambiamenti fisici ed emotivi, di sessualità; occasione per riflettere come madri-mogli-donne.

Contatto: Chiara Gregori ([chiara.greg@hotmail.com](mailto:chiara.greg@hotmail.com))

## **Procedura di assistenza ai pazienti diabetici nell'esperienza del Poliambulatorio Caritas di Roma; un approccio innovativo alla presa in carico della cronicità in pazienti vulnerabili (P)**

CORSARO A.<sup>1</sup>, PETTINICCHIO V.<sup>2</sup>, CIVITELLI G.<sup>3</sup>, ARRIVI F.<sup>2</sup>, SIVESTRINI G.<sup>3</sup>, DI MECO E.<sup>3</sup>, SCIACCA S.<sup>4</sup>, FRATINI P.<sup>5</sup>, GERACI S.<sup>3</sup>, BRUNO S.<sup>1</sup>, DAMIANI G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene; <sup>2</sup> Università di Roma Tor Vergata, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva; <sup>3</sup> Area sanitaria Caritas, Roma; <sup>4</sup> Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata', Scuola di Specializzazione in Medicina Interna; <sup>5</sup> Università degli Studi di Roma 'Tor Vergata', Facoltà di Medicina e Chirurgia

### **Obiettivi**

La crescente prevalenza globale della malattia diabetica non ha risparmiato la popolazione immigrata, in particolare persone provenienti dal Sud Est Asiatico, dove alla predisposizione genetica si aggiunge l'effetto di determinanti ambientali. Il Poliambulatorio Caritas di Roma negli ultimi anni ha registrato un cambiamento del profilo socio demografico e sanitario dei suoi pazienti, ed in particolare, un aumento di patologie croniche cardiovascolari e metaboliche tra cui il diabete, prevalentemente di tipo 2. Per garantire una corretta assistenza a questi pazienti è stata elaborata una "Procedura di assistenza per i pazienti diabetici" che fosse in grado di intercettare e rispondere a particolari condizioni di criticità e vulnerabilità.

### **Metodi**

La definizione e l'implementazione della procedura sono state precedute da un'analisi di contesto e dei bisogni assistenziali dell'utenza. In particolare, è stata realizzata una mappatura preliminare dei Centri Diabetologici (CD), è stato somministrato ai pazienti diabetici afferenti al Poliambulatorio un questionario volto ad analizzare gli stili di vita, la conoscenza della malattia, lo stato della presa in carico, l'aderenza alle indicazioni terapeutiche e sono stati realizzati *focus group* con il personale per rilevare le aree assistenziali che presentavano maggiori criticità. Da questa fase preliminare e in seguito allo studio di direttive e linee guida relative alla malattia diabetica, sono stati pianificati i percorsi per i diversi target di pazienti rilevati.

### **Risultati**

La Procedura si rivolge a medici, infermieri e volontari del Poliambulatorio ed individua attori, responsabilità, campi di azione e tutti gli atti diagnostico terapeutici volti allo screening delle persone ad alto rischio e alla stadiazione dei pazienti diabetici. Data la particolare vulnerabilità degli assistiti è stato predisposto un sistema di stadiazione che si basa su tipo di trattamento, *compliance* terapeutica, compenso glicemico ed eventuale necessità di presidi. Una volta stadati, i pazienti clinicamente più complessi ma più autonomi e complianti, sono indirizzati ai CD territoriali; quelli clinicamente meno gravi e quelli più fragili e a rischio di essere "persi" se lasciati soli nel loro percorso di cura sono presi in carico direttamente dal Poliambulatorio. Per facilitare l'assistenza e il monitoraggio della presa in carico è stata realizzata una scheda da inserire nella cartella del paziente. Sono in corso di elaborazione indicatori per valutare l'applicazione e l'efficacia della Procedura elaborata.

### **Conclusioni**

Nell'elaborazione di una procedura operativa, le fasi di analisi del contesto assistenziale e di definizione dei bisogni di salute sono fondamentali per garantire una presa in carico quanto più personalizzata ed integrata, ma anche standardizzata e facilmente monitorabile, in un contesto di multidisciplinarietà e multiprofessionalità degli operatori e di particolare vulnerabilità dei pazienti.

Contatto: Alice Corsaro (alice.corsaro12@gmail.com)

## **Prevalenza di infezione da HBV in una popolazione di immigrati a Roma (P)**

NOSOTTI L., PETRELLI A., ROSSI A., D'ARCA T., COSTANZO G., FORTINO A., PECORARO L., MIRISOLA C.

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

### **Obiettivi**

L'epatite virale B è definita dall'OMS come problematica di salute pubblica a livello mondiale. I dati presenti in letteratura indicano negli immigrati una diffusione maggiore dell'infezione da HBV rispetto alla popolazione italiana. Scopo del nostro studio è quello di valutare la prevalenza di infezione da HBV in una popolazione di immigrati afferenti all'ambulatorio di Gastroenterologia dell'INMP e di migliorare l'accesso alla diagnosi precoce, alla vaccinazione e all'eventuale trattamento di tale infezione.

### **Metodi**

Tra marzo 2013 e giugno 2014 è stato proposto lo screening per infezione da HBV a 516 immigrati provenienti da aree ad alta e media endemia per HBV. Di questi, 449 hanno accettato il prelievo, mentre 67 hanno rifiutato. Ai 209 pazienti risultati negativi per tutti i marcatori dell'infezione da HBV è stata offerta la vaccinazione contro l'epatite B.

### **Risultati**

La distribuzione dei pazienti arruolati, relativamente alle aree geografiche di provenienza, è la seguente: Europa 41%, Africa 39%, Asia 15%, America del Sud 5%. Il 67,3% dei pazienti era di sesso maschile, e l'età media era di 39.5 anni. Tra i 449 pazienti sottoposti a screening, 35 sono risultati positivi per infezione da HBV (HBsAg positivi); 414 pazienti sono risultati, invece, negativi per infezione da HBV attuale (di cui 163 con immunità da pregressa infezione, 42 con immunità da pregressa vaccinazione e 209 negativi per tutti i marcatori). La prevalenza di infezione da HBV è risultata quindi nella coorte studiata pari al 7,7% (35/449). Tra i 209 pazienti cui è stata offerta la vaccinazione contro l'HBV, 68 (32,5%) hanno rifiutato la vaccinazione, mentre 141 (67,4%) hanno iniziato il ciclo vaccinale. Di questi, 109 hanno effettuato la seconda dose (77,3%) mentre solo 35 (24,8%) hanno completato il ciclo vaccinale (tre dosi). Dallo screening è emersa, inoltre, la bassa percentuale (9,3%) di pazienti vaccinati contro HBV nei Paesi di origine (42/449).

### **Conclusioni**

La prevalenza dell'infezione da HBV nella nostra coorte è risultata nettamente superiore a quella della popolazione generale italiana (rispettivamente 7,7% contro 1%). I risultati sono in accordo con la letteratura nazionale per quanto riguarda l'infezione da HBV nelle popolazioni immigrate, e indicano che la prevalenza dell'infezione in queste popolazioni rispecchia quella dei Paesi di origine. Va segnalato che circa il 40% del campione che ha effettuato lo screening non si è presentato per ritirare la risposta dell'esame sierologico; questa alta percentuale di soggetti persi al follow-up evidenzia una scarsa motivazione e uno scarso interesse per le proprie condizioni di salute da parte di molti immigrati. Dallo screening è emerso, inoltre, che più della metà del nostro campione (il 55,9%) non è mai stata sottoposta a vaccinazione contro HBV, per la mancanza di educazione sanitaria e di campagne vaccinali nei Paesi di origine.

Contatto: Lorenzo Nosotti ([nosotti@inmp.it](mailto:nosotti@inmp.it))

## **Monitoraggio delle malattie infettive nella popolazione immigrata: tipologia e qualità delle informazioni raccolte in alcuni sistemi di sorveglianza disponibili in Italia (P)**

FABIANI M., CAPORALI M.G., DEL MANSO M., GIAMBI C., FILIA A., RIZZO C., D'ANCONA F., RICCARDO F., ROTA MC., DECLICH S.

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

### **Obiettivi**

I migranti sono considerati un gruppo vulnerabile che richiede interventi di prevenzione e controllo delle malattie infettive dedicati. È quindi necessario identificare le informazioni utili a differenziare i diversi sottogruppi di questa popolazione. Questo lavoro si propone di verificare la tipologia e la qualità delle variabili raccolte in alcuni sistemi di sorveglianza delle malattie infettive coordinati dall'ISS-CNESPS con il supporto finanziario del Ministero della Salute – CCM.

### **Metodi**

Sono state considerate le variabili, utilizzabili per una classificazione dei migranti, attualmente raccolte nei seguenti sistemi di sorveglianza: malattie batteriche-invasive, legionella, morbillo e rosolia post-natale, West Nile virus, altre arbovirosi, e rosolia in gravidanza. Per ciascuna è stata valutata la completezza dell'informazione, considerando periodi diversi per i sistemi analizzati, per avere stime basate su un numero adeguato di casi.

### **Risultati**

I sistemi di sorveglianza che raccolgono il maggior numero di informazioni sono quelli del morbillo e rosolia postnatale e della rosolia in gravidanza. Nel primo (4910 segnalazioni nel 2013-2016) sono rilevate la cittadinanza (completezza=93,6%), lo stato di nascita (completezza=99,8%) e l'anno di arrivo in Italia (completezza=22,4% tra 268 nati all'estero). Analogamente, nel secondo (303 segnalazioni nel 2005-2015) sono rilevate la cittadinanza (completezza=97,4%), lo stato di nascita (completezza=54,8%) e l'anno di arrivo in Italia (completezza=45,9% tra 61 cittadine straniere). Il sistema di sorveglianza delle malattie batteriche-invasive (1559 segnalazioni nel 2015) rileva solo la nazionalità (completezza=65,3%), mentre quello delle arbovirosi (536 segnalazioni nel 2013-2015) solo lo stato di nascita (completezza=97,8%). Nessuna informazione viene raccolta nei sistemi per la legionella e del West Nile virus.

### **Conclusioni**

La tipologia e la qualità delle informazioni raccolte nei diversi sistemi di sorveglianza sono disomogenee e insufficienti per un'adeguata classificazione dei migranti. Il paese di residenza, che unitamente alla cittadinanza consentirebbe di stimare tassi di incidenza utilizzando come denominatore le stime ISTAT relative ai cittadini stranieri residenti in Italia, non è rilevato in nessun sistema analizzato. Inoltre, l'anno di arrivo in Italia, che permetterebbe una più accurata valutazione dello stato di migrante, è raccolto solamente nei sistemi di sorveglianza del morbillo e rosolia post-natale e rosolia in gravidanza, con una basso livello di completezza. La nazionalità e lo stato di nascita non sono variabili con informazioni considerate utilizzabili. Sarebbe quindi necessario identificare a livello nazionale le variabili da raccogliere nei sistemi di sorveglianza, oltre a raccomandare l'inserimento dati on-line con obbligatorietà di compilazione dei campi, al fine di indirizzare azioni di prevenzione e controllo dedicate a questa specifica popolazione vulnerabile.

Contatto: Silvia Declich ([silvia.declich@iss.it](mailto:silvia.declich@iss.it))

## ***Il ruolo dei mass media nella percezione dell'epidemia ebola (P)***

PETTINATO E., GRADELLINI C.

Università di Modena e Reggio Emilia, Corso di Laurea in Infermieristica

### **Obiettivi**

Il 2013 ha registrato un'importante epidemia di ebola in Africa che ha superato i ventimila casi. A luglio si sono registrati i primi casi occidentali. L'OMS ha dichiarato l'emergenza internazionale solo nell'agosto 2014, quando il virus aveva già mietuto migliaia di vittime, periodo che corrisponde alla prima risonanza mediatica. In questo contesto caratterizzato da una carenza di informazioni, diventa interessante analizzare gli articoli dei quotidiani relative all'epidemia.

### **Metodi**

La ricerca è stata effettuata analizzando gli articoli pubblicati dal quotidiano a più ampia diffusione nazionale, nel periodo agosto/novembre 2014.

### **Risultati**

La grande maggioranza degli articoli è stata pubblicata in agosto (31%) e in ottobre (42%), in corrispondenza della dichiarazione di emergenza dell'OMS e della comparsa dei primi casi occidentali. Il 53% degli articoli riguarda i contagi conclamati e sospetti di persone occidentali; il 29% porta dati relativi al contesto africano; il 12% riguarda i possibili trattamenti. Il 17% degli articoli dà informazioni sul virus e sulla patologia. Nelle immagini utilizzate, la categoria predominante è quella che comprende elementi classificati come altro (30%): strumenti di prevenzione, diagnosi precoce. Seguono le immagini di operatori che indossano DPI (23%) e foto di bambini (13%). Spesso viene utilizzata la personificazione del virus (25%) che conferisce connotati umani. Altre figure retoriche sono la metafora (24%), l'iperbole (21%) e la metonimia (20%). Il 14% degli articoli utilizza termini impropri con definizioni precoci di epidemia (in riferimento a un singolo caso) o errate di casi reali (su sospetti). Il 36% degli articoli cita fonti autorevoli: ONG (26%), l'OMS (25%), i direttori scientifici dei centri italiani di riferimento (23%), il Ministro della salute (20%).

### **Conclusioni**

Le notizie sono scelte privilegiando quelle con maggiore impatto emotivo, puntando sulla vicinanza psicologica e fisica con il lettore. Più della metà degli articoli individuati riguarda la malattia in persone occidentali. Questa può risultare una delle cause alla registrazione di un elevato numero di persone che si è rivolto alle strutture sanitarie temendo di aver contratto la malattia. È importante sottolineare che i segni/sintomi sono aspecifici, assimilabili a patologie comuni. Si sono, inoltre, verificati episodi di razzismo e stigmatizzazione verso persone di origine africana o in rientro dal paese. Termini impropri utilizzati nel testo, possono aumentare la percezione di pericolo, come la descrizione del caso isolato senegalese come epidemia, soprattutto se accompagnati da immagini di forte impatto emotivo; l'utilizzo delle immagini di bambini mette in luce il lato più brutale dell'epidemia. Dai dati risulta che l'argomento non è stato manipolato dal punto di vista contenutistico, ma certamente amplificato come problematica reale e di grande rischio, con ricadute in termini di timore condiviso della patologia.

Contatto: Cinzia Gradellini ([cinzia.gradellini@unimore.it](mailto:cinzia.gradellini@unimore.it))

## **HIV/TB: “Altre Sofferenze” (P)**

PETTIRINO F.<sup>1</sup>, BUSSO M.<sup>2</sup>, SORDELLA F.<sup>2</sup>, ELGENDI M.<sup>3</sup>, AGHATISE I.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ricercatore indipendente; <sup>2</sup> ASL TO 2, Ambulatorio MISA Malattie Infettive; <sup>3</sup> Volontario ASPIC

### **Obiettivi**

Il progetto “HIV/TB: Altre Sofferenze” ha inteso esplorare, tramite metodo etnografico, i vissuti di oltre trenta pazienti afferenti all’ambulatorio MISA (Migrazioni e Salute, Ospedale Amedeo di Savoia ASL TO2) con il proposito di voler comprendere in maniera approfondita le eziologie complesse di riferimento, i significati socio-culturali e le reali poste in gioco presenti nella loro esperienza di malattia.

### **Metodi**

Realizzazione di interviste semi-strutturate a pazienti affetti da HIV/TBC sulla base del modello McGill Illness Narrative Interview La MINI (McGill Illness Narrative Interview) è uno strumento di ricerca qualitativa il cui scopo è quello di coinvolgere attivamente il paziente nella produzione dei significati della sua esperienza di malattia e nell’individuazione del suo “miglior interesse” relativamente alla sua specifica condizione sociale ed al trattamento sanitario da seguire. La MINI invita i pazienti ad esplorare i diversi significati ed i modi di ragionamento relativi al problema di salute. Permette inoltre all’intervistatore di determinare se gli intervistati stanno impiegando etichette popolari o modelli culturali legati ai loro sintomi o alla condizione di malessere.

### **Risultati**

È stato compiuto un primo passo verso un mutamento paradigmatico che consenta andare oltre al modello operativo biomedico “una malattia, una cura” attraverso la problematizzazione del concetto di patologia e di quello di *compliance* per proporre una presa in carico del paziente straniero secondo una ritrovata centralità della sua prospettiva.

### **Conclusioni**

Impossibili da ridurre a meri fenomeni biologici, malattie fortemente stigmatizzate come la positività al virus HIV e alla tubercolosi hanno la straordinaria capacità di rimandare sempre a significati più ampi, sociali e culturali, politici ed economici, che mettono in gioco le questioni più intimamente legate ai vissuti individuali all’interno di mondi morali locali che danno forma specifica alla malattia e ne definiscono le conseguenti forme di sofferenza. Analizzare le risposte dei pazienti e della loro cerchia relazionale a questo tipo di patologie significa volgere lo sguardo alla reciproca influenza tra fenomeni biologici e sociali sia nella definizione della malattia che nella scelta dei percorsi di cura. Soltanto una visione d’insieme capace di ricomprendere variabili più ampie di quelle esclusivamente biomediche consente di immaginare possibili risposte alternative e suggerisce al contempo che la mancanza di aderenza ai trattamenti terapeutici non risieda tanto in una carenza informativa da parte dei pazienti sui meccanismi di azione degli agenti patogeni o da una fallacia comunicativa da parte del personale sanitario, ma sia piuttosto da ricercare nelle profonde pieghe esistenziali e sociali dei vissuti soggettivi che non possono essere trascurati nell’ottica di una efficace presa in carico.

Contatto: Fabio Pettirino ([f.pettirino@tin.it](mailto:f.pettirino@tin.it))

## **Progetto “Mediterraneo: Cultural Assistant Counselor e HBV, HCV e HIV” (P)**

UCCELLATORE P., DESIDERIO C., DI MAURO A., CAMPIONE S., LEONFORTE S., COCO G., SAPIENZA S., RASPAGLIESI M.  
Associazione Terra Amica Onlus, AO per l’Emergenza Cannizzaro, UO Malattie Infettive

### **Obiettivi**

Le continue emergenze legate agli sbarchi comportano condizioni di marginalità degli immigrati rispetto all’accesso ai servizi sanitari, a causa sia di condizioni disagiate e povertà, ma anche dovute a barriere linguistiche e culturali che ostacolano la comprensione stessa di malattia, salute e prevenzione. A tal fine si è ritenuto opportuno formare mediatori culturali specializzati in ambito sanitario, Cultural Assistant Counselor (CAC), capaci di fornire un aiuto qualificato nella lotta alle patologie infettive (HIV, HCV e HBV).

### **Metodi**

Il progetto, iniziato nel 2014, ha previsto una mappatura dei servizi e la selezione pubblica di n°54 mediatori culturali (35 italiani e 19 extracomunitari) in 2 anni. La formazione, durata 80 ore, è stata suddivisa in lezioni frontali e dinamiche di gruppo di tipo esperienziali. L’efficacia della formazione è stata misurata tramite questionario costruito ad hoc, somministrato in fase pre e post formazione. I CAC formati, hanno acquisito conoscenze e capacità specifiche per sensibilizzare gli immigrati sull’importanza della prevenzione e diagnosi precoce, e diffondere conoscenze su HIV, HBV e HCV, attraverso la messa in atto di un modello di sensibilizzazione a cascata, sviluppato con l’ausilio del questionario P.P.A. (Percezione e Prevenzione AIDS) costruito appositamente.

### **Risultati**

La somministrazione del questionario P.P.A. ha permesso ai CAC di sensibilizzare 653 soggetti stranieri, appartenenti a oltre 33 diverse nazionalità. Dal questionario si evince che il 50% dei soggetti non conosce la differenza tra HIV e AIDS, il 55% non ha mai fatto il test HIV e il 26% non usa il preservativo durante i rapporti sessuali; inoltre, i soggetti ignorano che la modalità di trasmissione sia sperma (22% per virus HIV) e sangue (16% per HIV, 40% per HBV e 64% per l’HCV). I dati mostrano il rischio non percepito delle malattie sessualmente trasmesse. È importante evidenziare che, su 653 soggetti sensibilizzati, 142 hanno effettuato test di screening per HIV (2% positivo), HBV (13%) e HCV (4,5%).

### **Conclusioni**

I risultati sintetizzano la complessità nell’affrontare la tematica in oggetto e sostanziano il bisogno di un approccio eclettico e multifattoriale alla gestione delle patologie infettive. Mediante il metodo sperimentato attraverso il nostro intervento, tra le persone che non avevano mai eseguito il test HIV, circa il 40% ha effettuato il test dopo la sensibilizzazione. I CAC stranieri hanno avuto sul territorio una penetrazione maggiore rispetto agli autoctoni e, grazie al P.P.A., hanno potuto agganciare, in breve tempo, un cospicuo numero di soggetti stranieri anche al di fuori della propria rete. Il progetto, mantenendo la collaborazione tra mediatori culturali, immigrati e U.O. Malattie Infettive, si pone l’obiettivo di continuare a sviluppare forme significative di integrazione, sensibilizzazione e prevenzione non solo tra gli immigrati, ma allargandole anche alla popolazione autoctona.

*Contatto: Mario Raspagliesi (marioraspagliesi@tin.it)*



## **Sangue Amaro. Hiv, prevenzione e migrazione, un'analisi antropologica (P)**

ABRIGNANI I.

Università degli Studi di Bologna

### **Obiettivi**

Il lavoro nasce dall'esperienza all'interno del progetto Fellowship Program Community Award (2013-2014), in collaborazione con l'Unità operativa di Malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara e la Coop.sociale Camelot, mirato alla prevenzione dell'Hiv e rivolto ai rifugiati e richiedenti asilo. L'attenzione si pone oltre la pura informazione in termini di prevenzione, poiché la promozione e la salvaguardia della vita in termini meramente biologici non può prevalere rispetto ai temi della giustizia sociale, delle realtà politica e culturale del paziente. Conoscere gli schemi culturali ha consentito di evitare errori di interpretazione e conflitti di intenti tra il personale sanitario e gli utenti. Gli obiettivi hanno ruotato intorno ai processi di analisi e di riorganizzazione dei servizi sanitari centrati sul modello di assistenza innovativo e culturalmente garante della dignità della persona, tenendo conto della realtà sociale in cui si situa, anche quella che lascia oltre quella che trova. Il virus nella maggior parte dei casi conduce molti a una morte di tipo sociale prima che fisica, un tradimento vergognoso commesso dal proprio corpo e la vergogna è legata a un'imputazione della colpa poiché il principale mezzo di trasmissione è di tipo sessuale.

### **Metodi**

Il metodo condotto è di ricerca partecipata e interdisciplinare attraverso un approccio narrativo e interculturale; la collaborazione tra antropologia, medicina, giurisprudenza e mediazione culturale ha investito sulle relazioni che di fatto hanno consentito di valutare l'efficacia di intervento e di produrre una maggiore efficienza del sistema medico. Due diverse strategie sono state proposte nell'offerta del test di prevenzione Hiv: colloqui individuali e questionari semi-strutturati, al fine di dare spazio e tempo alla parola e al silenzio.

### **Risultati**

I risultati delle proposte hanno visto dieci risposte su dieci questionari consegnati e la partecipazione di settantaquattro persone ai colloqui, quarantacinque delle quali hanno fatto il test, quindici hanno rifiutato e tredici non si sono presentate. In entrambe le strategie gli aspetti che accompagnano l'Hiv riguardano per lo più il pericolo, il contagio, l'emarginazione, la morte.

### **Conclusioni**

Il sangue emerge come rappresentante più diretto dei sentimenti d'amore e di dolore, nonché il depositario degli stati d'animo, l'amarezza richiama dunque al tormento di non poter dare sfogo a tali sentimenti. In conclusione emerge come lo stesso prelievo del sangue diventi un'esperienza culturalmente e socialmente informata che rischiamo di non capire se la riduciamo ai nostri parametri ontologici ed epistemologici.

Contatto: Ivana Abrignani ([ivanabrignani@gmail.com](mailto:ivanabrignani@gmail.com))

## **Prevenzione e controllo della tubercolosi tra gli immigrati nell'ULSS 20 di Verona (P)**

CONTI E., POSTIGLIONE C., COLUCCI L., PINTANI A., MARCER D., NAPOLETANO G.

ULSS 20 Verona, Dipartimento di Prevenzione

### **Obiettivi**

Descrivere l'attività del programma di screening per la tubercolosi svolto Presso il Dipartimento di Prevenzione (DP) dell'ULSS 20 di Verona in profughi richiedenti protezione internazionale, arrivati nel 2015. In Italia negli ultimi anni si è assistito al progressivo aumento dei casi di tubercolosi, soprattutto a carico delle persone provenienti da Paesi ad elevata endemia (l'OMS definisce come alta una incidenza  $\geq 100$  casi/100.000 abitanti).

### **Metodi**

Il DP viene contattato dalla prefettura che comunica l'arrivo di nuovi profughi sul territorio di Verona, e le Strutture di destinazione. Il personale del DP contatta i Centri di accoglienza e prende accordi per ricevere i profughi presso L'ambulatorio di Sorveglianza e Prevenzione della tubercolosi, oppure si reca sul posto. La procedura di screening inizia con l'esecuzione del test intradermico secondo Mantoux (TST). I soggetti asintomatici che risultano cutipositivi ( $\geq 10$  mm) vengono sottoposti a Rx torace; i soggetti con TST dubbia vengono sottoposti a test Quantiferon. Nei cuti-positivi, dopo aver escluso la tubercolosi attiva, precedenti terapie antispecifiche o eventuali controindicazioni, viene proposto il trattamento dell'infezione tubercolare latente (ITBL) che richiede controlli clinici mensili sino al termine. Il regime terapeutico utilizzato è isoniazide – rifampicina per 3 mesi.

### **Risultati**

Nel territorio di Verona e provincia sono presenti dodici associazioni/cooperative che lavorano nell'ambito dei programmi di accoglienza dei profughi richiedenti protezione internazionale. Nell'anno 2015 sono stati sottoposti al test Mantoux 682 soggetti, maggiormente concentrati nei mesi da Maggio ad Agosto: 212 sono risultati positivi, 364 negativi e 65 hanno avuto una risposta dubbia; di questi ultimi 50 hanno fatto il quantiferon: 29 erano positivi. I 241 soggetti con Mantoux o quantiferon positivi, sono stati sottoposti a rx torace. Tra questi è stato identificato solo un caso di tubercolosi polmonare attiva, e altri 3 sono attualmente in corso di studio per lesioni polmonari da definire. Gli altri sono stati sottoposti a trattamento antibiotico specifico.

### **Conclusioni**

Scopo dell'attività del nostro ambulatorio sono la prevenzione ed il controllo della diffusione della tubercolosi nella comunità, attraverso lo screening dei gruppi a rischio ed il trattamento dell'infezione tubercolare latente. La tubercolosi rappresenta un problema per l'alta contagiosità delle forme attive e per la sua capacità di diffondersi in presenza di condizioni di vita scadenti, che possono verificarsi tra gli immigrati nei primi anni dopo l'arrivo dai Paesi di origine. Il trattamento delle infezioni latenti previene lo sviluppo di forme attive: è importante che venga eseguito correttamente e per il periodo necessario. Per questo abbiamo optato per un regime terapeutico breve (isoniazide 300+rifampicina 600 per 3 mesi).

Contatto: Chiara Postiglione ([chiarapostiglione@hotmail.com](mailto:chiarapostiglione@hotmail.com))

## **Malattia di Chagas a Palermo. Screening sierologico su una popolazione di immigrati provenienti dall'Ecuador (P)**

POLLACCIA E., ROTOLO G., VITALE G., DE MICHELE M., AFFRONTI M.

AOU Policlinico Paolo Giaccone, UO Medicina delle Migrazioni, Palermo

### **Obiettivi**

La Malattia di Chagas (MdC), o Tripanosomiasi Americana, è una zoonosi endemica nell'America Latina, causata dal *Trypanosoma Cruzi* e trasmessa all'uomo tramite deiezioni di alcuni insetti ematofagi. Nell'ultimo ventennio, contestualmente all'incremento dei flussi migratori tra l'America Latina e i cosiddetti Paesi sviluppati, è aumentato il numero dei casi di MdC nei Paesi non endemici. Qui la malattia ha la possibilità di diffondere tramite vettori inusuali, come trasfusioni e donazioni d'organo, e da madre a figlio durante la gravidanza. Il lavoro si è preposto di indagare la prevalenza di MdC a Palermo, tramite lo studio di una piccola comunità di ecuadoriani ivi residente, e di promuoverne la conoscenza nelle fasce più a rischio, così da attuare misure di prevenzione primaria e secondaria, in accordo alle linee guida della WHO.

### **Metodi**

Lo screening sierologico è stato eseguito nella popolazione migrante proveniente da zone endemiche, prevalentemente Ecuador ma anche Colombia e Perù, nei figli di madri latino-americane nati in Italia, e viaggiatori italiani che, per legami di parentela acquisita, si recano spesso in America Latina. La sierologia per MdC consta della esecuzione di due test in parallelo (eseguiti con tecniche ed antigeni diversi, come richiesto dalle linee guida internazionali e della WHO) entrambi basati sulla metodica ELISA. I risultati positivi sono stati confermati con tecnica WesternBlot presso ISS.

### **Risultati**

Il campione è rappresentato da 73 pazienti: 47 donne e 26 uomini, età media 40 anni, tra questi 64 cittadini ecuadoriani (essi rappresentano  $\frac{1}{4}$  della presenza ecuadoriana a Palermo), 1 cittadino colombiano, 5 cittadini peruviani (di cui 2 nati e cresciuti in Italia) e 3 italiani sposati o conviventi con donne latino-americane. I risultati non hanno confermato le attese in quanto è stato riscontrato un solo caso di positività sierologica.

### **Conclusioni**

Lo studio effettuato, per l'esiguità del campione, non consente di trarre conclusioni definitive sulla presenza della MdC nella popolazione in studio. Lo screening sierologico, infatti, non ha evidenziato, tranne che in un caso, la presenza della malattia e/o dello stato di portatore, nonostante il nostro campione provenisse da regioni dell'Ecuador ad elevata endemia. Il soggetto risultato affetto da malattia è stato inviato presso un centro di riferimento e trattato. Lo studio ha valutato l'assenza di un impatto epidemiologico della malattia a livello locale nel tempo presente, ed ha consentito di validare le misure di controllo eventuali da prendere per contrastarla. Tali misure consistono di un percorso assistenziale integrato per i pazienti affetti da MdC con un inquadramento diagnostico completo del soggetto risultato positivo, una ricostruzione epidemiologica delle modalità di contagio, lo screening di eventuali contatti, il trattamento dei soggetti risultati positivi.

Contatto: Elisa Pollaccia ([elisa.pollaccia@hotmail.it](mailto:elisa.pollaccia@hotmail.it))

## **Sperimentazione di un modello formativo per la tutela della salute dei lavoratori stranieri del comparto edile - Progetto "Sicurezza e salute dei lavoratori stranieri del comparto edile" programma CCM 2013 (P)**

SESTI F.<sup>1</sup>, DEL GAUDIO R.<sup>1</sup>, BAGLIO G.<sup>1</sup>, SIGNORINI S.<sup>2</sup>, SONNO M.<sup>3</sup>, COSTANZO G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Roma; <sup>2</sup> Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL); <sup>3</sup> Commissione Nazionale per la prevenzione infortuni, l'igiene e l'ambiente di lavoro (CNCPT)

### **Obiettivi**

Il progetto mira a fornire un sostegno al sistema delle piccole e medie imprese del settore edile, per una migliore presa in carico della salute del lavoratore straniero, attraverso la definizione di un modulo formativo sperimentale, nel quadro del D. Lgs. 81/08, sul diritto alla tutela della salute e sulla promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

### **Metodi**

Il progetto, di durata biennale, è stato finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie e attuato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) in partenariato con l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e la Commissione Nazionale per la prevenzione infortuni, l'igiene e l'ambiente di lavoro (CNCPT). Sono stati inoltre coinvolti i Comitati Paritetici Territoriali (CPT) di Roma, Milano, Bergamo, Verona e Varese per le attività formative. A partire dalla revisione della letteratura in materia e dall'analisi di contesto, è stato definito il pacchetto formativo sperimentale nei contenuti e negli strumenti. Rispetto ai contenuti, le nozioni relative a salute e sicurezza nei luoghi di lavoro sono state integrate con le informazioni inerenti il diritto alla tutela della salute, l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale e l'organizzazione dei servizi sanitari, con l'intento di favorire l'integrazione sanitaria dei lavoratori stranieri e facilitare una migliore comprensione dei temi trattati. Relativamente agli strumenti, in linea con l'art. 36 del D. Lgs. 81/08, è stata inclusa la presenza in aula dei mediatori transculturali dell'INMP sia per veicolare le informazioni sul diritto alla tutela della salute sia per facilitare la comunicazione tra docente e discenti. Il combinato disposto ha permesso di raggiungere gli obiettivi: sono stati formati 245 lavoratori stranieri attraverso 13 corsi di aggiornamento nei 5 CPT coinvolti e un corso di formazione base presso il CPT di Roma.

### **Risultati**

Per valutare la sperimentazione è stata condotta un'analisi quantitativa attraverso la valutazione dei questionari somministrati in aula e una qualitativa attraverso un focus group e le testimonianze delle tre mediatrici transculturali dedicate. In merito all'acquisizione di contenuti in materia di diritto alla tutela della salute è emersa l'efficacia della formazione erogata. Anche la presenza dei mediatori in aula è risultata efficace e di maggior rilievo nella formazione di base.

### **Conclusioni**

Il modello formativo sperimentato ha dimostrato una sua significatività nell'aumentare le conoscenze dei lavoratori stranieri sulle norme generali in materia di salute e sicurezza. Sulla base dell'esperienza condotta, sembrerebbe quindi utile diffondere un modello di formazione culturalmente orientato, ai sensi del D. Lgs. 81/08, che preveda anche la trattazione delle tematiche sul diritto alla tutela della salute.

Contatti: Flavia Sesti ([sesti@inmp.it](mailto:sesti@inmp.it))

## **Centro Salute Mamma Bambino, Spazio alla Prevenzione, attraverso la Peer Education (C)**

FERRANDO C.

Associazione Camminare Insieme, Torino

### **Obiettivi**

Camminare Insieme dispone di uno spazio denominato Centro Salute Mamma Bambino (Csmb), dove vengono realizzate attività finalizzate all'aiuto socioeconomico a nuclei famigliari in particolare situazione di disagio sociale/economico a causa di problemi sanitari e alla promozione della salute materno-infantile. L'obiettivo specifico è creare interventi mirati a tutela della salute di mamme e bambini: fornitura latte e pannolini, medicinali e contraccettivi; distribuzione di alimenti del Banco alimentare per 6/12 mesi.

### **Metodi**

Realizziamo percorsi di educazione e promozione della salute materno-infantile attraverso il metodo della Peer Education. Proponiamo incontri settimanali con medici ed esperti sui temi di salute e prevenzione, contraccezione, gravidanza e allattamento, MST, prevenzione primaria dei tumori, alimentazione e cura del bambino, educazione dei figli e problematiche legate alle differenze culturali. I percorsi di promozione della salute vengono realizzati in collaborazione con altre Associazioni e l'Università. Con i progetti InfoRom e Insieme Salute realizziamo interventi di sostegno sociosanitario alle famiglie Rom residenti nei campi e ospitate in housing comunali e a mamme rifugiate con neonati. Avviamo azioni mirate al soddisfacimento dei bisogni primari e attività di promozione della salute, attraverso incontri con le donne e visite pediatriche, ginecologiche e bilanci di salute neonatale. Con il progetto Studiamo Insieme proponiamo delle attività di sostegno scolastico per bambini con disturbi dell'apprendimento, inviati dalle scuole. Abbiamo attivato un doposcuola con rapporto 1 a 1, per un recupero scolastico individualizzato e un laboratorio di gioco educativo, per attivare competenze cognitive attraverso attività ludiche ed espressive. In parallelo proponiamo dei percorsi formativi rivolti ai genitori, su educazione, salute e alimentazione.

### **Risultati**

Da 17 anni attiviamo progetti di sostegno a nuclei in situazioni di particolare marginalità e vengono attuati interventi di emergenza in rete con S.S e Ufficio Stranieri, con Ospedali e Scuole. Dal 1995 sono passate al Csmb 700 mamme con i loro bambini. Proponiamo incontri settimanali per un totale di circa 40 incontri all'anno. Sono 63 le donne segnalate e frequentanti il Csmb. Alcune delle donne hanno assunto un ruolo di facilitatrici culturali e linguistiche, nei confronti delle altre donne. Attraverso questo tipo di esperienza, le donne hanno potuto acquisire LifeSkills e conoscenze utili per potersi muovere autonomamente attraverso i servizi.

### **Conclusioni**

Il Csmb è luogo di accoglienza, spazio di ascolto, di sostegno e del "prendersi cura" che è diventato punto di riferimento e luogo in cui le donne possono, con l'aiuto di mediatrici, di esperti e volontarie, imparare semplici nozioni di prevenzione primaria delle malattie.

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

## **Mutilazioni Genitali Femminili: un progetto con le donne del Corno d'Africa a Roma (P)**

FORCELLA E.<sup>1</sup>, ABI AHMED L.<sup>2</sup>, CRIVELLI A.<sup>3</sup>, EUGENI E.<sup>4</sup>, LORENZINI L.<sup>1</sup>, MATERIA E.<sup>4</sup>, SANTONE G.<sup>4</sup>, SCASSELLATI G.<sup>5</sup>, MANTINI V.<sup>1</sup>, E IL GRUPPO DI LAVORO SULLE MGF: BAGLIO G., BUONCRISTIANO M., D'AGUANO G., MANCINI I., SANTONICO V.

<sup>1</sup> Regione Lazio, Direzione Salute e Politiche Sociali, Area Programmazione dei servizi territoriali, delle attività distrettuali e dell'integrazione sociosanitaria e umanizzazione; <sup>2</sup> Associazione Nosotras; <sup>3</sup> Fondazione L'Albero della Vita; <sup>4</sup> ASL Roma A; <sup>5</sup> AO San Camillo Forlanini

### **Obiettivi**

Nell'ambito delle iniziative promosse dal Dipartimento per le Pari Opportunità per la prevenzione e il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), la Regione Lazio ha realizzato, insieme a partner del SSR e del privato-sociale (ASL RMA, AO San Camillo Forlanini, Fondazione L'Albero della Vita, Associazione Nosotras), un progetto di ricerca-azione basato sull'*empowerment* delle comunità e sul ruolo delle donne come agenti di cambiamento. Il progetto rispondeva a tre finalità: a) predisposizione di modelli di intervento innovativi, volti a favorire l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di MGF; b) realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento mirati a coloro che operano su questo tema; c) realizzazione di eventi tesi a sensibilizzare la comunità straniera sul tema delle MGF.

### **Metodi**

Sono stati realizzati: a) Un'indagine trasversale per stimare la prevalenza delle MGF nelle principali comunità straniere a tradizione escissoria presenti a Roma (eritrea, somala, etiopie), al fine di ovviare alla carenza di informazioni sul fenomeno. Sono state contattate 393 donne, di queste 341 hanno risposto al questionario. b) Interviste di profondità con donne etiopi ed eritree al fine di acquisire informazioni in merito al tema. c) 3 cicli di azione con la partecipazione delle comunità per discutere il tema delle MGF, sensibilizzare le donne, affrontarne le conseguenze sulla salute, individuare strategie volte al superamento della pratica. d) Attività di formazione (per gli operatori socio-sanitari e per gli operatori scolastici) volte ad aumentare la consapevolezza sul tema delle MGF e accrescere le competenze relazionali nel confronto con donne appartenenti ad altre culture. e) Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione: 4 laboratori scolastici dal titolo "I diritti delle Bambine e dei Bambini"; un video; 2 eventi per le comunità di riferimento.

### **Risultati**

Dall'indagine di prevalenza, dalle interviste di profondità e dai cicli d'azione è emerso come il contenimento sessuale, il rispetto delle tradizioni e il fattore religioso siano le motivazioni all'origine della pratica e del suo mantenimento. Quasi tutte le donne coinvolte hanno maturato un punto di vista critico sulle MGF, in virtù della propria esperienza di sofferenza, delle campagne in cui sono state coinvolte nei paesi d'origine, ma anche della pressione del contesto sociale di arrivo.

### **Conclusioni**

Attualmente non sembrano esserci particolari valori associati alle MGF, a Roma, e appare esserci una bassa evidenza di rischio per le ragazze nate e cresciute qui. Tutte le donne coinvolte sottolineano la necessità di continuare a condurre progetti per il contrasto alle MGF, ma anche di impegnarsi più ampiamente sul fronte della tutela della salute e dei diritti, e in attività che possano contribuire al miglioramento complessivo della qualità della vita delle donne migranti. Sugeriscono di coinvolgere gli uomini nei percorsi di sensibilizzazione e rideducazione della pratica.

Contatti: Erica Eugeni ([erica.eugeni@gmail.com](mailto:erica.eugeni@gmail.com))

## ***I bisogni delle donne immigrate. Incontri con un gruppo di donne immigrate e residenti nel Comune di Senigallia (P)***

SPAZIANI F., ANGELETTI M.

GrlS Marche

### **Obiettivi**

Nell'ambito di un progetto più ampio che il GrlS Marche vorrebbe intraprendere per migliorare i servizi dedicati alla popolazione immigrata nel territorio di Senigallia, si sono svolti a marzo 2016 due incontri con donne immigrate al fine di esplorare i loro bisogni sulla base di testimonianze dirette, di vita quotidiana e di esperienze passate. Gli incontri avevano anche l'obiettivo di stimolare la produzione di idee dai gruppi e di incoraggiare un processo di conoscenza reciproca tra donne di cultura diversa.

### **Metodi**

L'indagine si è svolta attraverso due *focus group* condotti da due moderatori del GrlS Marche, seguendo una lista di argomenti specifici quali i servizi sanitari, i rapporti familiari e quelli sociali con altri immigrati e con gli italiani, il grado di integrazione e di comprensione reciproca, miglioramento e creazione di altri servizi agli immigrati. Hanno partecipato 15 donne dai 35 ai 72 anni provenienti dal Perù, Senegal, Ucraina, Russia, Turchia e Marocco e arrivate in Italia da un minimo di 5 ad un massimo di 24 anni di cui buona parte vissuti a Senigallia. Un terzo incontro è previsto a breve per includere nell'indagine donne provenienti da altri Paesi ancora. La conduzione dei *focus group* si è svolta scegliendo un approccio informale e non rigido (scelta di un luogo accogliente, spazio alla spontaneità, sistema flessibile delle domande).

### **Risultati**

Durante gli incontri le donne hanno mostrato una crescente apertura riportando esperienze molto personali con un forte coinvolgimento anche emotivo. Si è creato un ambiente collaborativo e di scambio dove su alcuni argomenti è emersa una visione univoca quale la forte necessità di un servizio di mediazione culturale che è loro mancato appena arrivate in Italia, soprattutto in ambito sanitario durante la loro prima gravidanza. Nessuna di loro ha ricevuto mai o visto un servizio di mediazione culturale, in nessun ambito. Sono anche emerse esperienze negative nell'ambito sanitario, benché all'inizio degli incontri sembrasse che gli aspetti positivi fossero gli unici di cui avevano fatto esperienza. Altro punto condiviso è stata la necessità di uno sportello per gli immigrati che eroghi in modo competente e non improvvisato servizi di informazione e assistenza in vari ambiti (diritto alla salute, assistenza legale, diritto alla casa e contratti, produzione di documenti e burocrazia, diritti in caso di sinistri). Sono inoltre emerse situazioni ed episodi di isolamento o discriminatori anche in ambiente scolastico nei confronti dei loro figli.

### **Conclusioni**

L'esperienza ha mostrato la necessità di andare avanti su questo percorso di indagine e analisi dei bisogni, perché la risposta in termini di partecipazione e di apertura è stata significativa, così come il personale contributo di ogni partecipante. Risulta senz'altro confermata l'esigenza di proseguire con l'indagine coinvolgendo anche gli attori chiave del territorio per arrivare ad azioni concrete di miglioramento dei servizi in risposta ai bisogni emersi.

Contatti: M.Francesca Spaziani ([fraspa2@gmail.com](mailto:fraspa2@gmail.com))

## **Iniziative congiunte a favore della salute materno-infantile e degli adolescenti (P)**

IACOBONI D.

Comitato Collaborazione Medica, CCM (ONG/Onlus)

### **Obiettivi**

- Aggiornare le competenze interculturali degli operatori sanitari di Torino;
- Supportare gli operatori sociali che lavorano a Torino con madri e minori stranieri;
- Coinvolgere i giovani italiani e stranieri a Torino in attività scolastiche e extrascolastiche su adolescenza, sessualità e affettività;
- Sostenere la salute e facilitare la genitorialità di donne italiane e straniere.

### **Metodi**

Il progetto si articola in 4 percorsi formativi, per target differenti, da svolgersi nell'arco di 12 mesi:

1. Incontri di saperi: percorso di formazione per operatori sociali che lavorano con donne/madri straniere sull'accudimento del bambino, con attenzione ai diversi modelli educativi e di *maternage*. I 6 incontri si terranno presso 2 Consultori Pediatrici e sono stati gestiti da operatrici del Servizio di Pediatria Preventiva e Sociale dell'ASL TO1. Ciò permetterà di rafforzare la collaborazione tra servizi sociali e servizi sanitari e lo scambio di esperienze tra operatori con diverse competenze.
2. Costruire Alleanze: uno sguardo antropologico e interculturale su salute e cura: Laboratorio per operatori sanitari che si confrontano con utenza italiana e straniera, volto a rafforzarne le competenze relazionali e culturali per la costruzione di una solida alleanza terapeutica. Conduzione congiunta e multidisciplinare.
3. La storia siamo noi, laboratorio di Teatro dell'Oppresso (TDO): il percorso del TDO, gestito da un esperto, ha visto la partecipazione di 12 adolescenti (14-18 anni), tra cui migranti di seconda generazione. L'attività era volta a creare un gruppo di confronto protetto e non formale in cui i ragazzi si sentissero a loro agio nel raccontare il proprio vissuto.
4. "... e che i venti del cielo danzano tra di voi": Percorso di educazione all'affettività per 16 classi di 5 scuole secondarie di 1° grado di Torino. Il percorso, condotto da un medico, un'infermiera e 2 educatrici ha coinvolto insegnanti e genitori. Ciò ha permesso di rafforzare la collaborazione tra servizio sanitario, scuole e famiglie, mediante lo scambio sull'approccio globale ai temi dell'adolescenza e della sessualità.

### **Risultati**

- 2 percorsi di formazione per 60 operatori sociali dell'ASL TO1 (Torino); - 1 laboratorio di alleanza terapeutica per 20 operatori sanitari dell'ASL TO1 (Torino); - 1 laboratorio di TDO per adolescenti, realizzato con/per 20 ragazzi italiani e stranieri a Torino. - 16 percorsi sull'affettività per 450 studenti di 5 scuole secondarie di primo grado di Torino.

### **Conclusioni**

La diversificazione e l'integrazione dei percorsi educativi e formativi per vari target è efficace per favorire il miglioramento delle relazioni tra cittadini italiani e stranieri, in un contesto urbano ad alta densità migratoria.

Contatto: *Daria Iacoboni* ([daria.iacoboni@ccm-italia.org](mailto:daria.iacoboni@ccm-italia.org))



## **Progetto “Integrazione Rom”: inclusione scolastica, sociale e sanitaria dei minori Rom (C)**

NIGRA M., CAVALLO L., ZEROSI C.

COI ONG, Cooperazione Odontoiatrica Internazionale

### **Obiettivi**

Promuovere la prevenzione e la cura della bocca, all'interno di un progetto di accompagnamento per l'accesso pieno e non discriminato all'istruzione e all'integrazione sociale nei minori Rom.

### **Metodi**

Nell'ambito del progetto “Integrazione Rom”, promosso del Consorzio CIdiS (Consorzio Intercomunale di Servizi), e finanziato dal Fondo Europeo per l'Integrazione di Cittadini di Paesi Terzi 2007 – 2013, l'ONG COI – Cooperazione Odontoiatrica Internazionale si è occupata della promozione della salute orale nella popolazione minorile degli insediamenti di Orbassano, Rivalta, Piossasco, Volvera e Beinasco (Provincia di Torino). Sono stati organizzati 6 laboratori sanitari di prevenzione primaria e secondaria, e cure di base emergenziali delle patologie orali (svolte direttamente presso gli insediamenti e della durata di 2 giorni e mezzo ciascuno).

L'intervento, si è composto di due parti integrate: la parte ludico - educativa di in-formazione e prevenzione delle malattie della bocca (gestita da un'équipe di educatori e animatori); la cura delle urgenze in loco (gestita da un'équipe di odontoiatri).

L'attività ludico educativa ha avuto il duplice obiettivo di trasmettere contenuti di prevenzione e salute orale e di instaurare una buona relazione tra le equipe ed i beneficiari. Le attività di cura, svolte direttamente in loco con tecnica ART (Atraumatic Restorative Treatment) hanno risolto le problematiche odontoiatriche di emergenza.

Per i casi più gravi che non è stato possibile trattare in loco si è provveduto al riferimento e accompagnamento presso il Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture di volontariato che effettuano cure gratuite.

Sono stati svolti anche 11 laboratori di in-formazione sulla salute orale nelle scuole, il cui scopo principale è stato quello di rendere protagonisti i minori rom davanti ai compagni, come portatori di un messaggio di salute, per migliorare la loro inclusione nel contesto classe e nella società.

### **Risultati**

*Attività di prevenzione:* 117 bambini coinvolti nell'attività di prevenzione.

*Attività di screening:* 95 bambini visitati, con 792 carie in totale. Il 92% dei bambini visitati presentava carie (la media italiana secondo i dati OMS del 2005 è del 59,1% per i ragazzi dai 6 ai 18 anni). L'indicatore di carie (DFMT) è di 8,3 carie a bambino. L'indice di gravità delle lesioni PUFA (Pulp involvement – Ulceration – Fistula – Abscess) è particolarmente alto e risulta 3,3.

*Attività di cura:* 77 beneficiari curati (sigillature su denti 255; otturazioni 74; estrazioni 28)

*Laboratori nelle scuole:* 11 laboratori nelle scuole primarie con coinvolgimento di 264 minori di cui 16 rom.

*Contatto:* Michela Nigra ([michela.nigra@gmail.com](mailto:michela.nigra@gmail.com))

**La tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati nell' HUB di Bologna (P)**

FORESTI G., CAMISOTTI F.

Cooperativa sociale Camelot, Ferrara; Comune di Bologna, AUSL Bologna

**Obiettivi**

Condivisione delle metodologie di presa in carico sanitaria realizzate tramite il progetto, restituzione degli esiti delle procedure di screening sanitario seguite dai minori stranieri non accompagnati (msna) transitati nel progetto HUB.

**Metodi**

Per tutti i msna accolti: rilascio tessera sanitaria che garantisce diritto all'assistenza sanitaria in regime di esenzione, iscrizione al SSN, accesso ad un medico del Dipartimento Cure Primarie, screening TBC e sanitario, avvio dell'iter vaccinale, presa in carico multidisciplinare delle vulnerabilità tramite l'Equipe Territoriale Integrata MSNA, disponibilità di una rete di accoglienza in grado di recepire le esigenze di continuità di presa in carico territoriale di quei minori particolarmente vulnerabili.

**Risultati**

Accesso al diritto alla salute fisica e psicologica per i msna accolti nel progetto.

**Conclusioni**

Condivisione di un modello sperimentale ed integrato di accesso alle procedure di presa in carico, emersione e diagnosi all'interno di percorsi di prima accoglienza per msna.

*Contatto: Giulia Foresti (giuliaforesti@coopcamelot.org)*

## **Unità di strada (P)**

DA PRA M., OBERT O., DEAMBROGIO S., DON BELLUCCI U.

Gruppo Abele, Torino

### **Obiettivi**

Favorire l'emersione dallo sfruttamento delle vittime di tratta; promuovere la prevenzione delle MST (malattie sessualmente trasmissibili) e la tutela della salute tra le persone che si prostituiscono/vengono fatte prostituire in strada; preservare la salute a livello comunitario.

### **Metodi**

In Piemonte operano più Unità di Strada; alcune, di matrice laica, focalizzano l'intervento sull'informazione sanitaria; altre di matrice religiosa promuovono la fuoriuscita dallo sfruttamento. L'Unità di Strada del Gruppo Abele nasce nel 2007, la sua équipe multidisciplinare è formata da una mediatrice, una operatrice/operatore e un autista. Durante le uscite viene distribuito materiale informativo, preservativi e generi di conforto. È previsto un numero di telefono reperibile 24H. Il progetto si avvale di un lavoro di rete con i servizi sanitari del territorio con l'obiettivo di facilitare l'aggancio e la presa in carico socio-sanitaria. Si evidenziano le seguenti collaborazioni: Reparto MST dell'Ospedale Amedeo di Savoia: lavora con personale e mediatrici formati su tratta e sfruttamento ed eroga gratuitamente servizi di screening, visite ginecologiche e di controllo. Consultorio familiare interculturale: si avvale di un'équipe multiprofessionale ed interviene nelle situazioni più complesse per motivi socio-sanitari o culturali. ASL-Regione Piemonte, circolare Ottobre 2013: nata a partire dalle osservazioni degli operatori dell'Unità di Strada e dalla collaborazione con lo sportello ISI dell'ASL TO1, consente agli Sportelli ISI della Regione Piemonte di rilasciare tessere ENI ed STP alle persone vittime di tratta che non detengono i requisiti richiesti.

### **Risultati**

Dal 2007 sono state incontrate ed informate 3.200 persone (10.500 contatti). La media annuale è di 90 accompagnamenti ai servizi. Richieste: prenotazione MST; orientamento ed accompagnamento ai servizi socio-sanitari; Tessere ENI/STP; sostegno alla gravidanza; IVG; accompagnamenti ai consultori, all'etnopsichiatria; fuoriuscita da sfruttamento e prostituzione. Uscite di monitoraggio specifiche: sfruttamento per accattonaggio; persone transessuali; minori; donne rom, italiane, cinesi, marocchine. Dal 2016 è operativa la Procedura Operativa per la segnalazione delle minorenni dedite alla prostituzione, emessa dalla Procura della Repubblica presso i Tribunali di Torino e Ivrea, e il Tribunale per i minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta, stilata con la collaborazione dell'Unità di Strada.

### **Conclusioni**

Per ottenere una completa tutela delle persone vittime di tratta è indispensabile la collaborazione tra più servizi. Tutelare la salute sessuale delle persone che si prostituiscono significa tutelare la salute sessuale di tutti. È fondamentale che le Istituzioni tornino a finanziare e facilitare azioni di rete di questo tipo.

Contatto: Mirta Da Pra ([pagineopp@gruppooabele.org](mailto:pagineopp@gruppooabele.org))



---

# ALLEGATO 1

III Workshop nazionale dei GrIS  
Firenze 15-16 maggio 2015

## Immigrazione e diritti, informazione, equità

A cura di Giulia Capitani, Manila Bonciani, Francesca Santomauro, Laura Delli Paoli, Luisa Sanvito (GrIS Toscana) con contributi dei GrIS Lazio, Trentino, Lombardia e Emilia-Romagna

Il III workshop nazionale dei GrIS, organizzato a Firenze nel maggio 2015, si è tenuto in un momento particolare della recente storia dei flussi migratori che interessano il nostro paese. A metà 2015, infatti, è ormai chiaro che il numero di migranti diretti in Italia è destinato ad aumentare, diversamente da quanto era capitato dopo il "picco" delle primavere arabe del 2011, riassorbito l'anno successivo. Se il naufragio al largo di Lampedusa dell'ottobre 2013 aveva avuto un forte impatto sull'opinione pubblica, consentendo al governo di lanciare l'operazione Mare Nostrum senza eccessive levate di scudi, un anno dopo, di fronte al progressivo ma costante aumentare degli arrivi, si respira un clima decisamente diverso. Si moltiplicano gli episodi di intolleranza nei confronti dei richiedenti asilo, in particolare le manifestazioni di protesta all'arrivo dei pullman che trasportano i migranti nei centri di accoglienza. Si diffonde la voce che ogni richiedente asilo riceve direttamente dal governo 35 euro al giorno, cifra che corrisponde invece alla base d'asta del costo pro die-pro capite dei bandi per la gestione dei centri. L'idea che i rifugiati siano dei privilegiati, mantenuti dallo stato, si radica velocemente in larghe fette dell'opinione pubblica. In questo contesto, nell'inverno 2014 scoppiano tensioni nel quartiere di Tor Sapienza, alla periferia orientale di Roma: corrono voci false circa presunte violenze operate da migranti nei confronti di ragazze del posto, vengono aggrediti alcuni richiedenti asilo, fino al vero e proprio assedio da parte della popolazione del quartiere a una piccola struttura di accoglienza che ospita poche decine di minori stranieri non accompagnati, che in pochi giorni sono diventati il capro espiatorio di una situazione di marginalità che nulla ha a che vedere con loro.

È in quelle settimane che il GrIS Toscana ha cominciato a organizzare il workshop. A fronte di questi episodi, ci è sembrato fondamentale provare a offrire un contributo in termini di analisi e riflessione critica di quanto sta avvenendo. Ci siamo concentrati in particolare su due aspetti: il ruolo dei media nella costruzione di una narrazione negativa della migrazione, ovviamente strumentale agli interessi politici di alcuni. E la riflessione secondo cui l'accoglienza dei migranti, ben lungi dal rappresentare uno spreco in termini di risorse, al contrario rappresenta un risparmio a fronte di ben più costose politiche di respingimento, un investimento in termini di riduzione dei costi futuri, e produce immediate ricadute positive nei territori. L'analisi di entrambi i temi è stata proposta nell'ambito di una lettura più ampia del contesto di crisi economica, che impatta anche sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e rimette in discussione il diritto alla salute per tutti, minando i principi di solidarietà sociale, integrazione e convivenza. Alla luce di questo panorama complessivo, abbiamo provato a rispondere alle seguenti domande: in che modo l'informazione sull'immigrazione (in particolare sui temi relativi alla salute) contribuisce a rafforzare la conflittualità ed alimentare forme di intolleranza e razzismo? Che costi ci sono per la garanzia dei diritti agli immigrati e quanto effettivamente la società civile ne è consapevole? L'equità in salute può essere considerata una questione a somma zero, nella quale se qualcuno ci guadagna, sicuramente c'è chi ci perde? Le relazioni che seguono riassumono le riflessioni proposte dal workshop.

Il workshop nazionale dei GrIS costituisce anche l'occasione per i gruppi regionali di confrontarsi su esperienze e posizioni condivise all'interno dei gruppi stessi su temi di interesse comune. Ampio spazio quindi è stato dedicato ai lavori di gruppo su tematiche proposte dai GrIS stessi, che hanno poi condotto i singoli gruppi facilitando la discussione sui seguenti aspetti: rapporto tra pubblico e privato sociale; questioni organizzative della mediazione interculturale; politiche regionali e percorsi di integrazione; strategie per l'accoglienza dei profughi.

### **GRUPPO DI LAVORO: Rapporto tra pubblico e privato sociale**

*A cura del GrIS Lazio (Gnolfo F., Geraci S., Trillò M.E., Benedetti P., Leotta D., Guidi S.)*

Il GrIS Lazio e gli altri gruppi immigrazione e salute nascono come luoghi di incontro e confronto tra il "pubblico" e il "privato sociale". All'inizio degli anni '90 in Italia manca una normativa che garantisca l'assistenza sanitaria ai migranti, manca una azione di sistema del SSN. Il merito del privato sociale è quello di rispondere ai bisogni dei migranti, il ruolo è "politico": riflessione sulle condizioni di esclusione, denuncia delle inerzie. Nascono una pluralità di esperienze, di diversa ispirazione, nasce una rete (SIMM), un movimento di advocacy. Il servizio pubblico è stimolato a garantire universalità e equità, come previsto dalla Costituzione e dalla riforma sanitaria. I servizi iniziano a dare risposte adeguate ai bisogni dei migranti. Così nasce il "GrIS" con questa visione condivisa.

Attualmente stiamo vivendo un lungo periodo di "transizione", nel quale sono in atto profondi processi di cambiamento del welfare, che ridefiniscono il profilo e il ruolo della sanità pubblica (e del terzo settore). Le riforme del SSN e della Costituzione, le politiche di austerità e spending review sono processi ispirati all'economicità a scapito dell'equità di accesso, anche con effetti di esternalizzazione dei servizi. Le politiche emergenziali (emergenza Nord Africa, emergenza nomadi) hanno provocato sperpero di denaro pubblico fino al malaffare (Mafia capitale). Nella Costituzione è stato inserito il principio di sussidiarietà e la Camera dei Deputati ha approvato il Disegno di legge Delega per la Riforma del Terzo Settore. Alcuni parlano di welfare partecipativo, di ruolo pubblico del Terzo settore, altri parlano di coprogettazione tra ente locale e Terzo settore. Sono in atto cambiamenti culturali che richiedono nuovi strumenti di analisi e conoscenza.

Le domande che hanno costituito il punto di partenza della discussione sono state:

- Quali sono i principi condivisi nella relazione pubblico-privato sociale all'interno dei GrIS?
- Può avere un senso dotarsi di una carta dei principi, documento che contiene (pubblico-privato sociale) della SIMM?
- Quale contributo la cultura/prassi di rete dei GrIS può portare allo sviluppo di sistemi di welfare partecipato nei territori?

L'analisi del contesto mostra eventi non occasionali, assistiamo ad un disegno politico di attacco ai diritti di cittadinanza, ad una deriva mercantilistica che ha come effetto la privatizzazione di settori del welfare. Spesso le istituzioni e il terzo settore condividono una visione privatistica, che non ha interesse per la "persona", sia esso l'assistito oppure l'operatore dei servizi sociosanitari. Il privato sociale in alcune situazioni rivendica una funzione pubblica, mentre il servizio pubblico rinuncia alla sua funzione. Il privato sociale può avere un ruolo di denuncia e di stimolo nei confronti del pubblico che arretra istituzionalmente rispetto al suo mandato (non fa valutazione dei bisogni e programmazione), ma arretra anche culturalmente, perché non vuole rispondere ai nuovi bisogni di salute, in particolare nelle condizioni di marginalità sociale. Il privato sociale virtuoso può mostrare attraverso interventi sul campo e buone pratiche che si può fare altrimenti, anche in termini appropriatezza e di sostenibilità.

Nei GrIS, la condivisione dell'analisi politica e di principi basilari è l'elemento di unione tra pubblico e privato sociale. Alcuni sono gli elementi irrinunciabili:

- Centralità del SSN come bene comune
- Collaborazione nella chiarezza e rispetto dei ruoli
- Centralità della persona

- Responsabilità del servizio pubblico
- Visione politica comune (Universalità del diritto alla salute, Società solidale)
- Valore della rete

La riflessione e il lavoro di gruppo vogliono essere contributi che sono ripresi nel Congresso SIMM di Torino nel 2016, della costruzione condivisa di una Carta dei principi. Di fronte ai sofisticati strumenti di propaganda, è necessario continuare l'analisi, anche con il contributo di nuovi attori esterni alla SIMM che possono contribuire alla comprensione delle trasformazioni in atto e conseguentemente alla denuncia delle violazioni dei principi costituzionali fondanti la nostra società.

### **GRUPPO DI LAVORO: Questioni organizzative della mediazione interculturale**

*A cura del GrIS Trentino (Cescatti E.)*

La proposta del lavoro di gruppo sulla mediazione interculturale (MIC) si basa sulla necessità di confrontare le esperienze regionali, di sapere se le problematiche vissute sono o meno comuni e condivise, e di proporre strategie ed azioni condivise che mirino a migliorare la MIC nel servizio sanitario.

L'esperienza pregressa del Gr.I.S. Trentino è di un servizio di Mediazione Interculturale nei servizi sanitari provinciali funzionante, utilizzato, e di qualità, che ha aiutato gli operatori sanitari aziendali a comunicare con gli/le utenti straniere di recente immigrazione, e a capire e considerare alcune differenze culturali e di abitudini di vita che influenzano le scelte in materia di salute. Fino al 2012 il Servizio di mediazione era gestito da due piccole Cooperative locali che provvedevano - assieme ad operatori sanitari - alla formazione dei mediatori interculturali ed avevano stretti rapporti e regolari incontri con i responsabili dei servizi e con i reparti beneficiari degli interventi, soprattutto nell'area materno-infantile e della salute mentale; a sua volta l'Azienda Sanitaria restituiva e discuteva con le Cooperative la valutazione degli interventi di mediazione interculturale effettuati.

Per contenimento dei costi e necessità amministrative, da tre anni il servizio è gestito da un'impresa privata, che si occupa di interpretariato e traduzioni, con significative ripercussioni negative sul servizio: una diminuzione della qualità degli interventi, un calo delle richieste degli operatori sanitari, una riduzione dello stipendio percepito dalle MIC, e l'abbandono del lavoro da parte di alcune tra le mediatrici più competenti e motivate. Inoltre, l'impresa che ha vinto l'appalto non è inserita nel contesto territoriale, ha rapporti solo formali ed impersonali con le mediatrici e non ha mai organizzato corsi di formazione per i MIC né interventi di supervisione, benché tali attività fossero previste dal contratto.

Il Gr.I.S. Trentino ritiene che un servizio di traduzione non può sostituire la mediazione, che è necessario definire un percorso formativo per il MIC riconosciuto a livello nazionale, che è importante la formazione congiunta dei mediatori con quella degli operatori sanitari.

Le domande che hanno costituito il punto di partenza della discussione sono state:

- La mediazione interculturale nel servizio sanitario è importante ed è interesse dei GrIS promuoverne l'esistenza ed un corretto funzionamento?
- Come sono organizzate la MIC e la formazione dei mediatori nelle varie regioni? Come sono formati gli operatori sanitari all'utilizzo della mediazione?
- Che posizione assumere rispetto all'orientamento delle Aziende sanitarie a privilegiare un servizio di traduzione rispetto alla mediazione?
- Quale strategia adottare come GrIS nei confronti di Aziende Sanitarie, Assessorati alla Salute, e come S.I.M.M. nei confronti del Ministero della Salute per garantire un servizio di mediazione interculturale efficace ed efficiente?

È stata sottolineata l'importanza della mediazione linguistico-culturale, riconoscendo come questa sia passata da essere uno strumento nella comunicazione tra operatori e pazienti/utenti ad essere sempre più un elemento fondamentale nel sistema socio-sanitario, vista anche l'attuale situazione migratoria che sta portando a prevedere e normare la presenza del mediatore linguisti-

co-culturale in alcune delicate situazioni (es. identificazione minori non accompagnati, commissioni richiesta asilo, centri SPRAR).

Si propone di lavorare a favore di un riconoscimento ufficiale a livello nazionale della figura professionale di mediatore linguistico-culturale e dei relativi percorsi formativi: la SIMM dovrebbe prendere una posizione, attraverso anche l'elaborazione di un documento condiviso, per sollecitare questo cambiamento presso le istituzioni. I Gr.I.S. potrebbero promuovere a livello regionale dei percorsi formativi congiunti per mediatori e operatori dei servizi, avvalendosi della SIMM come provider formativo, per diffondere questa visione del ruolo e dell'importanza del mediatore linguistico-culturale all'interno delle strutture socio-sanitarie locali.

Le regioni che hanno vissuto maggiormente l'utilizzo della mediazione linguistico-culturale nei servizi hanno constatato il diffondersi di servizi di interpretariato, talvolta solo telefonico, che nulla hanno a che fare con la mediazione come rapporto di relazione tra utenti e istituzioni. I Gr.I.S. dovrebbero operare a livello locale per far rientrare nei criteri di selezione degli enti gestori dei servizi di mediazione linguistico-culturale non solo quello economico, ma anche quelli inerenti qualità ed esperienza nel servizio e la conoscenza del territorio nel quale si andrà ad operare.

È importante anche che le piccole realtà associative che si occupano di mediazione si consociano tra loro per partecipare ai bandi di gara europei/nazionali volti alla gestione dei servizi di mediazione per i quali vengono richiesti livelli di fatturato molto alti, al fine di preservare una gestione locale e consapevole dei suddetti servizi.

### **GRUPPO DI LAVORO: Politiche sanitarie regionali e percorsi di integrazione**

*A cura del GrIS Lombardia (Bonisegna M.C.)*

Il gruppo si è proposto di discutere ed identificare una definizione del termine "integrazione" e alcuni elementi caratterizzanti questo processo.

Dato il contesto di lavoro rappresentato da workshop, si è concentrato sul ruolo che la società e, nello specifico, i servizi sanitari, possono giocare nel percorso di integrazione delle persone straniere.

Al di là delle sensazioni personali, il gruppo si è proposto di individuare alcuni indicatori utilizzabili per che permettano di valutare se le politiche sanitarie che le Regioni stanno elaborando rappresentano un elemento di facilitazione o di ostacolo nei percorsi individuali di integrazione.

Parte della riflessione è stata poi dedicata a capire se la SIMM e i GrIS possano/debbero occuparsi di questa tematica.

Le domande che hanno costituito il punto di partenza della discussione sono state:

- Considerando il punto di osservazione rappresentato da ogni Gruppo Regionale, esiste un nesso fra le politiche sanitarie e i percorsi d'integrazione?
- Si possono individuare degli "indicatori di integrazione" in ambito sanitario?
- Se l'accesso ai servizi è una via di integrazione, quali sono i meccanismi che possono favorirlo od ostacolarlo?
- Quale ruolo possono avere la SIMM e i GrIS?

Nelle scienze sociali il termine integrazione indica l'insieme di processi sociali e culturali che rendono l'individuo membro di una società. L'integrazione è, cioè, il processo storico (e quindi in costante corso di svolgimento) attraverso il quale il sistema acquista e conserva un'unità strutturale e funzionale, pur mantenendo la differenziazione degli elementi.

Occorre tenere presente che è un processo bidirezionale, che non si basa solo sugli sforzi d'inserimento degli ospiti, ma che rimanda al principio del "reciproco adattamento".

La riflessione del gruppo si è concentrata sul ruolo che gioca la società ospitante nei processi d'integrazione, chiedendosi, in particolare, se garantire l'effettivo accesso ai percorsi di assistenza sanitaria e la reale fruibilità dei servizi rappresenti/possa rappresentare una via per l'integrazione.

Il tema si potrebbe prestare a mille approfondimenti.



Di sicuro, per valutare se ci sono approcci che, favorendo o ostacolando l'accesso alla cura della salute, possono favorire o ostacolare i percorsi d'integrazione in atto, sarebbe necessario individuare un insieme misurabile di "indicatori d'integrazione" in ambito sanitario. A questo proposito il gruppo ha visionato uno schema riportato nel rapporto elaborato e presentato dall'ISTAT nel 2013 intitolato "Integrazione: conoscere, misurare, valutare".

Al di là della scelta e dell'utilizzo degli indicatori (ne sono stati indicati alcuni quali ad esempio: l'accesso ai percorsi di medicina preventiva, l'adesione ad alcuni programmi di screening, la donazione del sangue, la presenza nelle strutture sanitarie di mediatori e di materiale informativo in lingue diverse, ...), è stato osservato che manca l'idea che bisogna educare lo sguardo a osservare e a giudicare le azioni e le politiche sanitarie anche nell'ottica dei percorsi d'integrazione.

Il gruppo ha condiviso che probabilmente, ponendosi in questa prospettiva, acquisterebbe molto più peso l'attenzione alle domande e ai bisogni reali dei pazienti.

### **GRUPPO DI LAVORO: Strategie per l'accoglienza dei profughi**

A cura del GrIS Emilia-Romagna (Calacoci M., Choroma F.)

Il territorio italiano nel corso dell'anno 2014 e nei primi mesi del 2015 è stato interessato da un numero costante di arrivi di richiedenti protezione internazionale, in gran parte a seguito di sbarchi sulle coste meridionali italiane o attraversando autonomamente altre frontiere. Questo forte e rapido incremento di presenze ha comportato un necessario e doveroso ampliamento del sistema di accoglienza nazionale. Il flusso migratorio ha quindi comportato un aumento significativo ma non sufficiente dei posti messi a disposizione dagli Enti Locali all'interno del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR). È stato quindi implementato un sistema di accoglienza parallelo allo SPRAR ma coordinato direttamente dalle singole Prefetture locali su richieste specifiche avanzate dal Ministero dell'Interno. Ad oggi il sistema di accoglienza emergenziale inaugurato nel 2014 accoglie all'interno dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) un numero di richiedenti o titolari di protezione internazionale o umanitaria decisamente superiore rispetto allo SPRAR, il quale nonostante un sempre maggiore allargamento della rete nazionale non è riuscito a rendersi sufficientemente elastico per dare pronta risposta all'incessante flusso migratorio che interessa l'Italia a partire dal 2014. Secondo i dati forniti dal Ministero dell'Interno aggiornati al Febbraio 2015, in Italia risultano accolti 37.028 migranti nei CAS a fronte dei soli 20.596 posti SPRAR occupati. Anche il dato regionale risulta in linea con quello nazionale, essendoci in Emilia-Romagna 2.672 migranti accolti nei CAS e solamente 782 posti SPRAR occupati. Parallelamente, la Regione Emilia-Romagna ha inaugurato nel corso degli anni 2014 e 2015 strutture di primissima accoglienza – HUB per migranti: il Centro Mattei a Bologna per gli adulti (capienza di circa 275 posti) e le strutture afferenti al progetto FAMI "Hub Accoglienza MSNA Emilia-Romagna" del Comune di Bologna (50 posti per Minori Stranieri non Accompagnati). Queste strutture, sulla base di un programma nazionale di revisione del sistema di accoglienza italiano, svolgono la funzione di prima accoglienza per migranti, screening sanitario, prime procedure di identificazione e invio verso progetti di seconda accoglienza (CAS e/o SPRAR). Il sistema di accoglienza regionale ha quindi portato a regime la strutturazione di diversi livelli di accoglienza (HUB-CAS-SPRAR). In particolare si evidenzia però che tuttora sono forti i contrasti e in alcuni casi le divergenze che in particolare emergono nell'espletamento delle attività di accoglienza, protezione ed integrazione a seconda che il migrante sia accolto nello SPRAR o in un CAS. In particolare l'elemento che appare fortemente differenziante risulta la diversa ottica di programmazione del sistema di accoglienza. Da una parte lo SPRAR che, in sintonia con gli Enti Locali, permette una programmazione triennale degli interventi in stretto raccordo con i servizi territoriali; dall'altra parte il sistema dei CAS nato per affrontare emergenze temporanee, con convenzioni periodiche stipulate con le Prefetture locali e una programmazione decisamente di più breve durata. Altro aspetto che merita sicuramente un'attenzione ed un approfondimento specifico riguarda l'accoglienza dei casi vulnerabili (art.8 D.Lgs.

140/2005): sulla base dell'osservazione del flusso migratorio che ha interessato il territorio regionale negli ultimi mesi, si può evidenziare che sono due le vulnerabilità che hanno maggiormente impegnato il sistema di accoglienza nel tentativo di fornire risposte adeguate: i minori stranieri non accompagnati e i soggetti vittime di torture o violenze. Entrambe le tipologie di vulnerabilità implicano la creazione di percorsi di presa in carico specifici e mirati, essendo portatori di esigenze che portano i professionisti coinvolti nei percorsi di accoglienza a ragionare su specifiche problematiche a cui il sistema nazionale di accoglienza, la normativa vigente, il diritto internazionale e le prassi territoriali faticano a trovare risposte efficaci e giuridicamente corrette. Il riferimento è a due temi specifici in relazione ad entrambe le tipologie di vulnerabilità: con riferimento ai minori stranieri non accompagnati, risulta necessario arrivare ad un approccio scientifico al tema dell'accertamento dell'età, con una prassi condivisa e rispettosa dei diritti dei minori su cui il progetto FAMI del Comune di Bologna sta lavorando; rispetto invece ai migranti vittime di tortura e violenza, il territorio regionale, con particolare riferimento all'esperienza di Parma, è da diversi anni attivo nella ricerca di nuove metodologie di presa in carico multidisciplinare delle esigenze degli stessi migranti in stretta relazione con i servizi socio-sanitari territoriali. La strategia regionale per l'accoglienza di migranti, oltre quindi ad un cambiamento strutturale imposto negli ultimi mesi con la creazione di diversi livelli di accoglienza (HUB-CAS-SPRAR), si interroga quindi sul tentativo di rispondere anche ai punti sopracitati, al fine di garantire un'accoglienza regionale che possa rispondere efficacemente ai bisogni e alla richieste di migranti vulnerabili.

Le domande che hanno costituito il punto di partenza della discussione sono state:

- Il territorio emiliano-romagnolo si caratterizza oggi per l'implementazione di un sistema di accoglienza articolato, con diversi livelli di intensità e quindi una diversa impostazione dei servizi erogati per i migranti accolti. È un sistema che presenta alcuni aspetti virtuosi ma che invece deve ancora consolidarsi su alcune pratiche (si veda rapporto CAS-SPRAR). Negli altri territori quali strategie si sono realizzate per l'accoglienza dei migranti giunti in Italia negli ultimi mesi? Sono in funzione, come previsto da specifici accordi in materia, tavoli di coordinamento istituzionali e non che permettano una programmazione degli interventi di accoglienza? In ambito sanitario, sono attivi protocolli o accordi di collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali per garantire ai migranti dei percorsi di screening sanitario, iscrizione SSN e programmazione di interventi specialistici?
- A fronte dell'arrivo di un numero sempre maggiore di minori stranieri non accompagnati sul territorio regionale, risulta necessario impostare un sistema ed una procedura di age-assessment multi-disciplinare e rispettosa della normativa internazionale. Ciascun GrIS è a conoscenza di esperienze, prassi e progettazioni che si stanno sviluppando nei territori di riferimento in tale ambito? Quale approccio stanno implementando? Quali criticità invece continuano a riscontrarsi?
- Il flusso migratorio che ha interessato il territorio emiliano-romagnolo negli ultimi mesi si caratterizza per una presenza molto alta di migranti vittime di torture e violenza. Questo dato comporta l'avvio di una riflessione specifica sull'effettiva corrispondenza tra i bisogni di queste persone e la proposta di accoglienza attiva. Esistono progetti e realtà, come il territorio di Parma, che nel corso degli anni hanno proposto diversi modelli di presa in carico mirati sulle vulnerabilità specifiche di queste persone. I GrIS sono a conoscenza di modelli di presa in carico specifici per i soggetti vittime di tortura e violenze attivi nei rispettivi territori? È previsto un coordinamento costante tra i soggetti gestori dell'accoglienza e i servizi sanitari pubblici per l'impostazione di percorsi di presa in carico?
- Sulla base delle vostre esperienze e contesti, ritenete necessario approntare degli indicatori (di processi ed outcome) al fine di favorire l'emersione dei casi vulnerabili e misurare gli esiti di percorsi di presa in carico?

Il gruppo di discussione si è focalizzato in primo luogo sul dibattito inerente il primo screening sanitario che deve essere effettuato in occasione dell'arrivo sul territorio italiano di gruppi di profughi o di migranti.

Su questo aspetto è stata portata la testimonianza di quanto accade nella Regione Emilia Romagna, dove una circolare prescrive l'effettuazione della radiografia toracica per tutti gli individui. Tale adempimento viene effettuato a seguito dell'ingresso nell'HUB regionale, centro governativo che garantisce l'accoglienza di primo livello sul territorio emiliano-romagnolo.

Tale approccio non è stato esente da osservazioni critiche, in quanto qualcuno ha evidenziato come la radiografia toracica appaia un esame di tipo invasivo, che in molti casi potrebbe essere evitato all'esito di un'adeguata visita pneumologia e Mantoux.

Altri hanno però evidenziato come si tratti probabilmente di un approccio inevitabile alla luce dei numeri di migranti che il sistema di accoglienza si trova oggi a dover gestire. Infatti, l'incremento degli arrivi non consentirebbe, con i mezzi ed il personale a disposizione, uno screening per escludere casi di tubercolosi in favore di tutti i soggetti interessati (Mantoux +visita pneumologia e poi rx torace) in quanto la lettura della Mantoux avviene dopo 48-72 ore rispetto all'effettuazione, e questo può rappresentare un elemento problematico dal punto di vista organizzativo. Alla luce di queste considerazioni, la radiografia toracica, come primo screening per la tubercolosi, potrebbe pertanto essere una misura necessaria per tutelare le esigenze di salute pubblica.

Alla luce del dibattito, è infine emersa l'esigenza di protocolli operativi che disciplinino compiutamente le modalità dello screening sanitario dei migranti che giungono sul territorio.

Il gruppo di discussione si è quindi focalizzato sul tema dell'accertamento dell'età dei migranti presunti minori o che si dichiarino tali. La questione è di particolare rilevanza, in quanto dalla minore età del soggetto discendono conseguenze importanti, quali l'inespellibilità dal territorio nazionale, il diritto ad essere inserito in un progetto di accoglienza specifico per minori, il diritto ad essere assistiti da un tutore in caso di assenza in Italia di soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale, particolari garanzie procedurali in caso di richiesta di protezione internazionale, ecc.

Il tema dell'accertamento dell'età acquisisce pertanto un'importanza fondamentale per garantire che a tutti i soggetti di minore età venga garantito il rispetto dei diritti fondamentali, in conformità a quanto stabilito dagli strumenti di diritto internazionale, e nel rispetto del principio dell'interesse superiore del minore. Analogamente, la predisposizione di procedure di accertamento che garantiscano idonee garanzie procedurali appare indispensabile per affrontare in maniera adeguata le situazioni in cui sorgano fondati dubbi sull'effettiva età di un sedicente minore.

A fronte di tali esigenze, dal dibattito è emersa una situazione caratterizzata da un sostanziale vuoto normativo a livello nazionale. Non esiste infatti una disciplina uniforme che regoli la materia nei suoi vari aspetti: l'individuazione dei soggetti incaricati di disporre l'accertamento, le modalità dell'accertamento stesso, le garanzie procedurali, l'identificazione dell'autorità responsabile dell'adozione di un provvedimento di attribuzione dell'età, ecc.

In assenza di un quadro normativo adeguato, in alcuni territori, quali ad esempio Napoli e Torino, si è riusciti a pervenire all'adozione di protocolli operativi, attraverso una concertazione condotta fra i rappresentanti delle strutture sanitarie, delle autorità di pubblica sicurezza, delle organizzazioni che operano nell'ambito della tutela di diritti dei migranti, ecc.

Nei territori dove invece non è stato adottato alcun protocollo si procede all'accertamento dell'età senza seguire procedure stabilite, prevalentemente sotto l'impulso dell'autorità di pubblica sicurezza. Il metodo di gran lunga più applicato consiste nella radiografia del distretto mano-polso sinistro: trattasi tuttavia, come risaputo, di un approccio ampiamente discutibile, posto che comporta un ampio margine di errore, in particolare proprio nella fascia di età prossima ai 18 anni. Peraltro dal dibattito emerge come molto spesso i referti di tale accertamento non riportino nemmeno l'indicazione del range di errore.

Dal dibattito è dunque emerso come, sebbene l'adozione di protocolli territoriali debba essere accolta come un fatto positivo, ed abbia assicurato una prassi applicativa decisamente migliore nei rispettivi territori, tuttavia l'esigenza di una disciplina uniforme a livello nazionale continui ad essere avvertita come una necessità pressante. Tale disciplina dovrebbe possibilmente assicurare un approccio multidisciplinare nelle modalità di accertamento dell'età, che non si basi cioè solamen-

te sull'esame radiologico, ma possa comprendere osservazioni di tipo pediatrico, psicologico, medico-legale, ecc, in modo tale da ridurre il range di errore dell'accertamento.

È stato anche sottolineato che un tentativo di adozione di un protocollo nazionale era stato messo in opera, ma il testo non era stato licenziato dal Consiglio dei Ministri. Il gruppo di lavoro ha quindi auspicato che tale percorso possa essere ripreso e portato a termine.

Infine, il dibattito si è rivolto al tema dell'accertamento e della certificazione medica di eventuali vulnerabilità dei migranti che giungono in Italia, derivanti talvolta da torture o maltrattamenti subiti nel paese di origine o nei paesi di transito dei profughi. È stato evidenziato come si tratti di un tema alquanto importante e delicato, anche perché tali accertamenti possono risultare rilevanti, in caso di domanda di protezione internazionale, sulle decisioni delle Commissioni territoriali che sono incaricate di esaminare le richieste di asilo.

Nell'ambito di questo dibattito è stata inoltre portata all'attenzione dei partecipanti l'esperienza di uno psichiatra operante nell'area milanese, che ha denunciato un sensibile incremento, negli ultimi tempi, di disturbi psichiatrici in capo ai cittadini stranieri. Questa situazione va probabilmente fatta risalire alla situazione sempre più critica presente in molti dei paesi di origine dei profughi, nonché all'instabilità e violenza diffusa nei paesi di transito, e segnatamente in Libia, che comportano in molti casi un vissuto particolarmente traumatico per i migranti che giungono in Italia.

## III Workshop nazionale dei GrIS Firenze 15-16 maggio 2015

### Nazionalità e appartenenze nel racconto mediatico sull'immigrazione

Anna Meli

Direttrice comunicazione COSPE e attivista Associazione Carta di Roma

Le modalità che i media utilizzano per descrivere gli immigrati e i rifugiati influiscono significativamente sulle rappresentazioni, gli atteggiamenti e i giudizi che la popolazione ospitante elabora nei loro confronti e sui processi di auto-rappresentazione dei migranti.

Le ricerche degli ultimi anni sulla rappresentazione degli immigrati nei media italiani rilevano un quadro generale caratterizzato dal perdurare di alcuni nodi problematici – sovrarappresentazione in cronaca e in cronaca nera in particolare, limitata varietà delle fonti, uso di un linguaggio non adeguato e talvolta scorretto – ma registrano anche segnali positivi e interessanti che meritano di essere sottolineati e analizzati.

In primo luogo, l'indagine già di qualche anno fa "Mister Media – L'immagine delle minoranze sulle reti televisive e radiofoniche nazionali italiane"<sup>1</sup>, realizzata dal Centro d'Ascolto Radio televisivo in collaborazione con il Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale dell'Università La Sapienza, aveva evidenziato una notevole differenza nella trattazione e negli spazi dedicati tra mezzo televisivo e radiofonico. Quest'ultimo risultava offrire sul tema della migrazione, così come su quelli delle minoranze in generale, una rappresentazione più ampia e variegata che usciva dalla cronaca per diventare notizia e approfondimento su aspetti anche sociali, economici e culturali. Il dato positivo relativo al mezzo radiofonico conferma della maggiore capacità di questo medium di accendere l'attenzione su una pluralità di temi, ma sottolinea anche che un'altra narrazione è possibile e compatibile con i tempi informativi.

Un altro dato significativo è quello dell'Osservatorio Europeo sulla sicurezza<sup>2</sup> che negli ultimi anni ha sottolineato come, nonostante permanga la sovrarappresentazione delle delittuosità degli stranieri rispetto alla criminalità autoctona, secondo il rapporto è calata notevolmente rispetto agli anni precedenti "la paura dello straniero". *"Le paure globali, l'inquietudine economica e il rifiuto della politica colpiscono la maggioranza della popolazione. I flussi migratori, che continuano, incessanti, hanno alimentato una crescita della tensione, fra gli italiani. Ma, comunque, in misura limitata. L'indagine europea, curata da Pragma, sottolinea, infatti, come l'immigrazione costituisca un'emergenza prioritaria per il 3% degli italiani"* commenta Ilvo Diamanti nell'introduzione all'ultimo rapporto del 2015.

Un dato particolarmente positivo se si considera che permane invece l'anomalia tutta italiana rispetto ai media europei che vede l'informazione televisiva continuare a preferire la spettacolarizzazione dei "casi criminali" (il 55% delle notizie in prima serata), sottolineando quindi una difficoltà del sistema informativo di adeguarsi alla realtà e anche alla percezione dei cittadini.

Sul versante del linguaggio dei media per raccontare la migrazione, si registrano dati positivi sull'uso di terminologie più appropriate soprattutto in riferimento alla ricerca condotta dal Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale dell'Università La Sapienza sul trattamento informativo degli sbarchi a Lampedusa tra il febbraio e aprile 2011<sup>3</sup>. La parola migrante sta sostituendo sempre più spesso il termine "immigrato/i" così come c'è un maggiore ricorso ai termini "profughi e rifugiati", anche se alcune parole particolarmente stigmatizzanti come quella di "clandestino/i" resistono e persistono negli articoli e servizi così come nelle titolazioni.

Nell'ultimo rapporto Carta di Roma si evidenzia d'altro canto come "Le parole maggiormente

utilizzate svelano anche i toni prevalenti della narrazione giornalistica, le associazioni linguistiche e quelle con altri temi o fenomeni più generali, per esempio con la questione religiosa o il terrorismo. Il linguaggio adoperato dai titolisti, inoltre, differenzia in maniera abbastanza significativa il profilo delle testate.

Pubblicazioni sul *"lessico della paura"*<sup>4</sup> e sulle *"parole sporche"*<sup>5</sup> che i mezzi di comunicazione hanno utilizzato e ancora in parte utilizzano per raccontare un fenomeno complesso come quello della migrazione sono di qualche anno fa. Mi preme ricordare però che risale addirittura al 1998 la rubrica "Le parole che escludono", curata mirabilmente da Giuseppe Faso nell'inserto mensile "percorsi di cittadinanza" del giornale *Aut/Aut*, edito da ANCI Toscana. La raccolta di parte di quegli interventi, ovvero una lista di parole su cui riflettere, è confluita nel volume *Lessico del razzismo democratico* (Derive e Approdi, Roma 2008) in cui Faso spiega attraverso un'analisi rigorosa e pungente delle singole parole "quanto queste rimangono intrise dall'uso che se ne fa, dal significato comune che gli si attribuisce".

La riflessione sulla metamorfosi sia delle parole che usiamo quando parliamo di immigrazione, sia dei loro significati sta coinvolgendo non solo esperti e linguisti<sup>6</sup>, ma anche i giornalisti che delle parole fanno uso quotidiano.

Oltre alle pubblicazioni di Guadagnucci e Di Luzio, Francesco Bonami dalle pagine de *La Stampa* ha rilanciato nel marzo del 2013 il dibattito sul razzismo nel linguaggio corrente con un articolo dal titolo "Un paese che non sa punire i razzismi" (*Lastampa.it*, 10 marzo 2013), in cui pur operando delle forzate generalizzazioni sull'Italia e gli italiani, ricorda la responsabilità delle parole e la mancanza di sistemi di controllo prima sociali, ma anche legislativi, rispetto ai razzismi e alle discriminazioni verbali.

D'altronde il linguaggio della migrazione si sviluppa ed è animato nello spazio pubblico prevalentemente dalla politica e dai media. Questi ultimi dipendono produttivamente dalle fonti istituzionali, oltre che recentemente anche dal web e dai social media. In Italia, più che in altri paesi europei, i media ospitano volentieri o fanno proprio il discorso delle istituzioni. "Ciò che appare sui giornali, o nelle televisioni, sposa lo sguardo delle istituzioni e allo stesso tempo gli dice come parlare, traducendo in linguaggio quotidiano il loro punto di vista"<sup>7</sup>.

Riguardo alla normativa italiana volta a contrastare i reati di espressione di odio razziale (*hate speech*), il Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione razziale (CERD) ha sottolineato più volte l'insufficiente applicazione da parte delle autorità giudiziarie, che ha fatto sì che solo in alcune occasioni uomini politici sono stati perseguiti per dichiarazioni discriminatorie ed incitanti all'odio e/o alla superiorità razziale ed anche in questi casi, ha trovato sempre applicazione la misura di sospensione condizionale della pena.

Nel citato *Rapporto* il Comitato ONU ha dunque incoraggiato le autorità italiane ad una più severa applicazione delle normative di contrasto penale alla discriminazione e all'incitamento all'odio razziale, nonché invitato a responsabilizzare maggiormente i mass-media a rispettare i principi deontologici e le regole della Carta di Roma "finalizzata a prevenire l'utilizzo di termini e linguaggi razzisti, discriminatori o connotati negativamente nei confronti dei migranti".

La Carta di Roma, ovvero il codice deontologico su migranti e richiedenti asilo siglato dagli organismi di categoria del giornalismo italiano (FNSI e CNOG) nel 2008 sta progressivamente entrando nelle redazioni, grazie anche all'attivismo dell'omonima associazione, nata alla fine del 2011 per promuoverne la piena attuazione ([www.cartadiroma.org](http://www.cartadiroma.org)).

Nel 2015, come ben analizza Ilvo Diamanti nell'introduzione al Terzo Rapporto Carta di Roma, la migrazione è diventato *"Argomento auto-evidente e auto-imposto. In seguito a diversi eventi, in parte distinti e in parte collegati. I flussi dei profughi, dall'Africa e dal Medio Oriente. In seguito a guerre, carestie. Accentuati, negli ultimi mesi, in seguito agli attentati che hanno sconvolto Parigi. E il mondo. Eventi diversi, ricondotti e ricuciti insieme attraverso il filo delle migrazioni. Che sono divenute lo specchio cangiante delle nostre paure, delle nostre inquietudini"*.

Le inquietudini sono acuite proprio dall'incerto profilo dello "straniero" che emerge dai media.

I migranti sono descritti, di volta in volta, come profughi, uomini in fuga dalla povertà o dalla violenza. Oppure - come invasori, possibili terroristi, estremisti islamici che minacciano la nostra vita, insinuandosi fra le pieghe della nostra società.

Un atteggiamento bipolare che si rileva da molti anni già sull'uso della nazionalità nei titoli e nella narrazione giornalistica per designare gli autori di reati e che tende a scomparire o essere molto meno evidente quando gli immigrati sono vittime di reati.

La prima versione delle Linee Guida per l'applicazione della Carta di Roma citava questa raccomandazione "Si dovrebbe usare con maggiore responsabilità e consapevolezza rispetto a quanto avviene attualmente la nazionalità per nominare il/la protagonista di un fatto di cronaca".

Informazioni quali l'origine, la religione, lo status giuridico-immigrato, richiedente asilo, rifugiato, regolare/irregolare ecc. non dovrebbero essere utilizzate per qualificare i protagonisti se non sono rilevanti e pertinenti per la comprensione della notizia.

Perché scrivere, ad esempio, "Clandestino arrestato per il furto di un motorino" significa attribuire alla caratteristica della clandestinità un ruolo fondamentale nella spiegazione di ciò che è successo.

"Non ha fatto notizia. A parte qualche veloce lancio ai Tg e qualche riga sui giornali, nessun commento importante". Così, su Facebook, lo scrittore Roberto Saviano commentava la vicenda di Anatoky Korol il 38enne ucciso per aver tentato di sventare una rapina in un supermercato a Napoli. "Anatoly era ucraino. Se fosse stato il contrario, se l'ucraino fosse stato il rapinatore, oggi su questo caso avremmo avuto molta più attenzione, raccolte di firme, cortei", conclude Saviano.

L'attenzione e la sensibilità su questi doppi pesi e doppie misure sembra essere progressivamente aumentata ma un grave fatto di cronaca può far regredire rapidamente il dibattito.

Il cosiddetto "caso di Colonia" ne è un esempio illuminante.

La notte di Capodanno 2016 a Colonia nei pressi della stazione ferroviaria sono avvenute numerose molestie e furti ai danni prevalentemente di donne tedesche. Secondo le testimonianze delle vittime, gli aggressori sembravano di origine nordafricana e mediorientale. Questo dato è emerso da subito come il più rilevante nelle cronache e nei titoli dei maggiori quotidiani non solo italiani, tanto che la cancelliera Merkel è stata costretta l'11 gennaio ad annunciare leggi più restrittive per i richiedenti asilo. Assai meno rilevante è stato l'accento posto sull'inerzia della polizia che non solo è stata accusata insieme ai media locali di aver voluto mettere a tacere per giorni l'accaduto (il capo della polizia di Colonia è stato sospeso dall'incarico) ma che ha anche sorvolato sulle dichiarazioni di Ralf Jäger, ministro dell'interno dello stato Renania Settentrionale-Vestfalia, che ha riferito che quella notte la polizia locale di Colonia non accettò i rinforzi dalla vicina Duisburg e non richiamò gli agenti a riposo.

I dati relativi al numero delle denunce e alle persone coinvolte sono state rese note ufficialmente solo in un'intervista al quotidiano Die Welt il 15 febbraio 2016 da Ulrich Bremer, il magistrato che guida le indagini sui fatti di San Silvestro. Bremer ha fornito un bilancio delle denunce: sono 1.054, di cui 454 per molestie o aggressioni sessuali.

Dopo aver interrogato quasi trecento persone e aver visionato 590 ore di filmati, il procuratore di Colonia ha rivelato che più del 60 per cento delle aggressioni non è stato a sfondo sessuale, ma a scopo di furto. E soprattutto che su 58 aggressori, 55 non erano profughi. Si tratterebbe per la maggior parte di algerini e marocchini residenti in Germania da molto tempo, oltre a tre tedeschi. Sono stati individuati solo due profughi siriani e un iracheno.

Dalle colonne di un quotidiano online francese Mediapart.fr si fa notare come nel 2015 alla festa di Pamplona "sono state presentate 1.656 denunce (nel 2014 erano state 2.047), quattro delle quali riguardavano aggressioni sessuali. Alla festa della birra di Monaco, vengono presentate in media due denunce ogni anno, secondo l'associazione *Sichere Wiesn für Mädchen und Frauen* che aiuta le donne durante l'Oktoberfest. Nel 2002 però sono stati contati tredici stupri. Questa cifra dovrebbe essere moltiplicata per dieci, dal momento che di solito le vittime non presentano denuncia".

Allo stesso tempo Oliver Roy, esperto francese di Islam in un editoriale su Internazionale del 4 marzo 2016, evidenzia come il problema delle molestie sessuali non può ascriversi solo ad un'ap-

partenenza religiosa o ad una vera o presunta appartenenza culturale. "Il maschilismo e le molestie sessuali esistono un po' dappertutto. Perché circoscrivere questo fenomeno ai musulmani invece di combatterlo in tutte le sue forme?"

Quattro giornaliste, editorialiste sempre su Internazionale si chiedono "Che avesse ragione Michel Houellebecq, nel suo pur assai misogino *Sottomissione*? Gratta l'odio dei maschi europei verso gli invasori islamici, e ci troverai l'invidia".

"Non avremo mai risposta a queste domande, per la ragione molto semplice che la notte di Colonia ha ottenuto l'effetto che doveva ottenere a prescindere dallo svolgimento dettagliato dei fatti. E l'effetto consiste in una rapida e potente mobilitazione dell'immaginario europeo, nonché di quello islamico, in materia di sesso e razza: due fattori che quando si intrecciano, e oggi sulla scena globale si presentano sempre intrecciati, sono capaci di produrre miscele esplosive" continuano le 4 giornaliste ed esperte.

La violenza maschile contro le donne è, purtroppo, uno dei pochi esempi di comportamento universale che il mondo globale ancora conosce.

In conclusione, i fatti di Colonia dimostrano che lungi dall'essere una vicenda particolare legata alla presenza di profughi particolarmente misogini, le aggressioni sessuali e gli stupri fanno parte di una cultura ampiamente condivisa in cui a volte l'alcol funziona da catalizzatore.

## Note

<sup>1</sup> "Mister Media – L'immagine delle minoranze sulle reti televisive e radiofoniche nazionali italiane – Rapporto 2011" – a cura del Centro d'Ascolto dell'Informazione Radiotelevisiva e del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza Università di Roma – marzo 2012.

<sup>2</sup> [http://www.demos.it/indagini\\_europee.php](http://www.demos.it/indagini_europee.php).

<sup>3</sup> "Rapporto UNHCR 2011 – Il trattamento informativo degli sbarchi a Lampedusa – febbraio – aprile 2011" a cura del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale della Sapienza Università di Roma, in collaborazione con Libera Università Maria Ss Assunta – Dipartimento di Scienze Umane e Università di Verona, Gruppo di analisi interculturale ProsMedia del Centro Studi Interculturali.

<sup>4</sup> Giulio Di Luzio, *Clandestini. Viaggio nel vocabolario della paura*, Ediesse, Roma, 2013.

<sup>5</sup> Lorenzo Guadagnucci, *Parole sporche. Clandestini, nomadi, vu cumprà: il razzismo nei media e dentro di noi*, Altreconomia, Milano, 2010.

<sup>6</sup> Francesco Benigno, *Parole nel tempo. Un Lessico per pensare la storia*, Viella, Roma, 2013.

<sup>7</sup> Marcello Maneri "I media creano il panico" in Lunaria (a cura di), in *Rapporto sul razzismo in Italia*, Manifestolibri, Roma, 2009.



## III Workshop nazionale dei GrIS Firenze 15-16 maggio 2015

### L'Europa sospesa tra il rifiuto e l'accoglienza

Grazia Naletto

Presidente di Lunaria e portavoce di Sbilanciamoci

“Emergenza”. È questa la parola chiave che ricorre nel dibattito pubblico europeo con riferimento alle donne, agli uomini e ai bambini che anche negli ultimi mesi hanno attraversato i confini di mare e di terra per ricostruire in Europa la propria vita in un paese diverso da quello di origine. Attraversa i titoli dei giornali ma, soprattutto, il dibattito e le politiche istituzionali chiamate a confrontarsi con l'ennesimo mutamento delle migrazioni sempre più “forzate” dalle deflagrazioni delle guerre civili e delle crisi internazionali, ma anche dalle “semplici” situazioni di indigenza economica.

L'esistenza di chi parte rischiando di morire, come è avvenuto incessantemente ancora nel 2015 a più di duemilanovecento persone (UNHCR, 2015), annega in questa parola, declinata in tutte le varianti possibili con un unico comun denominatore: il punto di vista è quasi esclusivamente quello di chi fa parte della società di destinazione.

Siamo dunque davvero di fronte a un'"emergenza"? O piuttosto l'evocazione ormai pluridecennale di questa parola è funzionale al mantenimento di una "gestione emergenziale e straordinaria" delle politiche migratorie e degli interventi di accoglienza e inclusione sociale dei migranti e dei richiedenti asilo che giungono in Europa e nel nostro paese?

Indubbiamente già a partire dal 2014 i movimenti di persone diretti in Europa hanno conosciuto una crescita significativa: nel solo 2015 al 25 settembre risultano 499.826 nuovi arrivi via mare. Non sono invece ancora disponibili dati ufficiali complessivi sui flussi di persone che hanno seguito la nuova rotta dell'Est.

La crisi umanitaria attualmente in corso ha esacerbato ulteriormente una frattura che ha caratterizzato sin dalle origini il processo di costruzione dell'Europa comunitaria: quella esistente tra i paesi del Sud e, in seguito, dell'Est, che ospitano le frontiere esterne e i paesi del Centro e del Nord, dotati di sistemi di welfare e di accoglienza più efficienti.

Proprio l'impatto delle migrazioni e delle politiche migratorie sui sistemi di welfare e sulla spesa pubblica dei paesi di destinazione ha costituito una delle questioni maggiormente dibattute a livello internazionale. Le scelte di contenimento dei flussi migratori regolari e il cosiddetto “contrasto alle migrazioni illegali” da un lato e il progressivo irrigidimento delle norme sulla cittadinanza e sull'accesso ai diritti sociali, dall'altro, sono stati spesso giustificati dai governi dei paesi europei con la necessità di contenere la spesa pubblica. Discipline eccessivamente garantiste in tema di ingresso e soggiorno sul territorio, di ricongiungimenti familiari, di accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati, di acquisizione della cittadinanza e di protezione sociale comporterebbero infatti, secondo un approccio che è purtroppo prevalso sino ad oggi, un'espansione “insostenibile” della spesa pubblica. Le politiche Europee di “contenimento” delle migrazioni economiche, promosse a partire dalla seconda metà degli anni '70, in particolare negli Stati europei di antica immigrazione, sono espressione di questa visione.

Si tratta di un approccio inappropriato a far fronte alla natura dei flussi migratori attuali: questi interessano in grandissima parte cittadini di paesi terzi attraversati da guerre e conflitti interni, ma rendono anche sempre più aleatoria la netta distinzione tra migranti economici e richiedenti asilo, avvicinando peraltro sempre più, attraverso la nuova rotta dell'Est, le frontiere “esterne” ai paesi di destinazione privilegiati: la Germania innanzitutto, ma anche la Svezia e la Norvegia.

La misurazione dell'impatto della presenza di cittadini stranieri sulla finanza pubblica del nostro paese non è per altro di semplice realizzazione: la carenza e l'eterogeneità dei dati disponibili in serie storica e la disomogeneità della popolazione di riferimento (che nei diversi casi può riferirsi ai cittadini nati all'estero -tra i quali anche cittadini italiani-, ai cittadini stranieri residenti in Italia, ai titolari di permesso di soggiorno o restringersi ai cittadini stranieri provenienti da paesi ad alta pressione migratoria), ostacolano l'esatta quantificazione del rapporto esistente tra contributi (fiscali e previdenziali) e prestazioni riferibili alla popolazione straniera.

Con queste difficoltà hanno dovuto confrontarsi i diversi studi realizzati ad oggi.

In generale, secondo l'OCSE l'impatto fiscale della popolazione immigrata è ridotto e in genere non eccede lo 0,5% del PIL in termini positivi o negativi (OCSE, 2013) e quando si osserva che i cittadini stranieri offrono un apporto alla finanza pubblica inferiore rispetto a chi possiede la cittadinanza del paese di residenza, è perché pagano in media meno tasse e contributi rispetto ai secondi, a causa delle inferiori retribuzioni, e non perché beneficiano in misura maggiore dei servizi sociali.

Per quanto riguarda l'Italia, tutti gli studi effettuati sino ad oggi concordano nel concludere che la natura della composizione del nostro modello di welfare, molto sbilanciata a favore della spesa pensionistica, e la composizione demografica della popolazione straniera, in media molto più giovane di quella italiana, generano al momento un saldo positivo sulla nostra finanza pubblica (cfr. tra gli altri, D'Elia e Gabriele, 2009 e 2010; Devillanova 2010; Fondazione Leone Moressa, 2013 e 2015; INPS-IDOS 2009 e 2010; Stuppini 2010).

Uno studio svolto da Lunaria nel 2013 ha proposto una stima della spesa sociale pubblica imputabile ai cittadini stranieri considerando la spesa pubblica per istruzione, sanità, pensioni, disoccupazione, carceri e protezione sociale tenendo conto delle diversità demografiche e del diverso ricorso ai servizi e alle prestazioni che caratterizzano la popolazione italiana e quella straniera. La Tabella 1 ne sintetizza i risultati.

La ripartizione della spesa pubblica riconducibile ai cittadini stranieri, evidenzia che i valori più elevati di spesa interessano la sanità (oltre 5 miliardi di euro pari al 34,52) e l'istruzione (4,8 miliardi di euro, pari al 32,43%). Le spese per interventi a favore delle politiche di inclusione sociale (esclusione e protezione sociale e spesa sociale dei Comuni per "immigrati e nomadi") risultano invece piuttosto limitate sia in termini assoluti che relativi.

In complesso la spesa sociale complessiva riconducibile a beneficiari stranieri risulta secondo

**Tabella 1** – Spesa sociale totale e spesa sociale imputabile alla popolazione straniera. Valori in euro.

Voci di spesa	Anno	Spesa sociale totale	Spesa riconducibile a beneficiari stranieri	% rispetto alla spesa totale	% rispetto alla spesa totale stranieri
Istruzione primaria e secondaria	2011	54.777.000.000	4.848.414.000	8,85	32,43
Sanità	2011	112.039.000.000	5.160.873.475	4,61	34,52
Pensioni	2010	258.447.000.000	1.350.820.000	0,52	9,04
Disoccupazione	2011	13.431.000.000	1.874.967.600	13,96	12,54
Esclusione e protezione sociale	2011	1.836.000.000	73.440.000	4,00	0,49
Carceri	2011	4.034.000.000	1.457.887.600	36,14	9,75
Spesa sociale dei Comuni per "immigrati e nomadi"	2010	184.411.897	184.411.897	100	1,23
<b>Spesa totale riconducibile a beneficiari stranieri</b>		<b>444.748.411.897</b>	<b>14.950.814.572</b>	<b>3,36</b>	<b>100</b>

Fonte: Lunaria, *I diritti non sono un costo. Immigrazione, welfare e spesa pubblica*, 2013

Lunaria pari a 14,95 miliardi di euro, valore superiore ma del tutto compatibile, dato il numero delle voci di spesa considerate e l'incremento della popolazione straniera negli ultimi anni, con gli altri studi esistenti in materia. Per tutte le categorie di spesa analizzate la quota di spesa riconducibile ai cittadini stranieri non supera il 15% del totale con la sola eccezione di quella carceraria, l'incidenza più bassa risulta sulla spesa pensionistica.

Complessivamente, i cittadini stranieri incidono per il 3,36% sul totale della spesa sociale considerata e per il 2,07% sulla spesa pubblica complessiva, a fronte però di un'incidenza della loro presenza nettamente superiore, pari nel 2011, al 7,54% della popolazione totale.

Per quanto riguarda invece il gettito fiscale e contributivo riferibile ai cittadini nati all'estero, l'imposta netta versata risulta pari a 6,5 miliardi su un reddito complessivo dichiarato di 43,6 miliardi mentre i contributi previdenziali versati ammontano a circa 8,4 miliardi di euro, di cui quasi 3 miliardi provenienti direttamente dai lavoratori stranieri. La stima delle entrate non arriva a calcolare altri introiti della finanza pubblica riconducibili ai cittadini stranieri, tra i quali l'Iva e l'insieme delle altre imposte dirette e le entrate derivanti dall'aliquota complessiva ordinaria sui profitti delle imprese straniere.

Ad analoghe conclusioni è giunto uno studio recentemente pubblicato dalla Fondazione Moresa. Lo studio ha analizzato i dati relativi al gettito fiscale dei cittadini nati all'estero così come risultante dalle dichiarazioni dei redditi 2014: l'imposta IRPEF netta versata è pari a 6,8 miliardi di euro su un reddito complessivo dichiarato di 45,6 miliardi; il gettito si riduce a 3,15 miliardi se si considerano solo i cittadini stranieri. Per quanto concerne i contributi previdenziali versati le stime si riferiscono al 2013: si tratta di 15,7 miliardi che scendono a 10,3 miliardi se si considerano solo i cittadini stranieri. Il bilancio tra contributi e prestazioni sarebbe secondo questo studio positivo, con un beneficio per la nostra finanza pubblica pari a 3,9 miliardi di euro (Fondazione Moresa, 2015).

Occorre per altro ricordare che nessuna stima riesce a rendere visibile l'apporto che la popolazione straniera, soprattutto femminile, garantisce alla sostenibilità del nostro sistema di welfare grazie all'erogazione, spesso informale e dunque invisibile alle statistiche, di quei servizi che sono sempre più colpiti dai progressivi tagli alla finanza pubblica: i servizi per l'infanzia e per gli anziani (INPS, 2011).

## Conclusioni

I conflitti che hanno contrapposto i paesi comunitari in occasione della cosiddetta emergenza Nord-Africa del 2011, subito dopo la strage di Lampedusa del 3 ottobre 2013, al momento del varo della missione italiana Mare Nostrum e della missione europea Triton e, infine, in merito alla proposta di reinsediamento e di redistribuzione dei rifugiati avanzata dalla Commissione Europea nel maggio e nel settembre 2015, sono generati non solo, ma in grande misura, da un'analisi divergente degli effetti che una strategia di accoglienza e d'inclusione dei migranti e dei rifugiati potrebbe determinare nel medio e nel lungo periodo sulla finanza pubblica europea e nazionale.

Il tema che l'Italia e l'Europa dovrebbero affrontare oggi non è quello della scelta tra le politiche del rifiuto e quelle dell'accoglienza e dell'inclusione, semmai quello della *qualità* di queste ultime. Sarà questa a determinare l'esito positivo o negativo del progetto migratorio delle migliaia di donne, uomini e bambini, che riusciranno a giungere sani e salvi nel continente europeo e, quindi, anche il "peso" minore o maggiore che la loro presenza comporterà sulla finanza pubblica.

È dunque lungimirante una politica europea volta da un lato a garantire la "regolarità" del soggiorno dei cittadini stranieri e, dall'altro, ad allargare il perimetro della cittadinanza sociale, in modo da limitare lo sviluppo dei processi di auto ed etero-ghettizzazione della popolazione straniera.

Per quanto riguarda l'Italia, vi sono almeno due priorità.

In primo luogo è necessario favorire l'inserimento dei cittadini stranieri nel mercato del lavoro. La competizione al ribasso dei lavoratori stranieri nei confronti dei lavoratori italiani, ampiamente documentata da numerosi studi empirici, è la stessa che si ha con riferimento all'economia som-

mersa rispetto all'economia emersa e con riferimento al lavoro in nero rispetto al lavoro in regola. Da questo punto di vista le migliori garanzie non possono che essere la facilitazione dell'ingresso sul territorio per motivi di lavoro e per cercare lavoro, il contrasto al lavoro nero (dei cittadini italiani come di quelli stranieri) e l'applicazione della normativa sul lavoro e dei contratti collettivi nazionali, che fissano i livelli minimi oltre i quali la competizione non è ammessa. Valorizzare pienamente le potenzialità della forza lavoro straniera, senza confinarla nel recinto del lavoro generico non qualificato, costituisce infatti la strategia ottimale anche dal punto di vista dell'efficienza e della crescita economica, cosa che altri paesi, ma non l'Italia, sembrano avere ben compreso. Ciò va considerato anche in relazione al tema della sostenibilità stessa dei sistemi di *welfare*: questa dipende infatti dall'apporto contributivo assicurato dai lavoratori, che risulta ridotto nel mercato del lavoro secondario, essendo questo caratterizzato da livelli bassi di retribuzione.

Appare inoltre indispensabile nella fase attuale, un maggiore impegno pubblico nel coordinamento e nella qualificazione delle politiche di accoglienza finalizzate a migliorare la qualità dell'inserimento sociale, culturale ed economico dei richiedenti asilo e dei rifugiati.

Gli interventi sopra indicati dovrebbero però essere accompagnati anche dal rafforzamento del sistema di welfare generale per evitare che la competizione tra cittadini autoctoni e stranieri nell'accesso ai servizi e alle prestazioni sociali sia destinata a crescere nei prossimi anni.

Un maggiore investimento di risorse pubbliche nell'assistenza sociale (servizi sociali territoriali, servizi per l'infanzia, assistenza alle persone non-autosufficienti), nell'istruzione, nei servizi per le pari opportunità, nelle politiche di edilizia residenziale pubblica e l'introduzione di una forma di sostegno al reddito, sono indispensabili per proteggere le persone italiane e straniere dagli effetti (tutt'altro che dissolti) della crisi e sarebbero sostenibili con una riforma del sistema fiscale finalizzata a una maggiore progressività ed equità (Rapporto Sbilanciamoci!, 2015).

## Bibliografia

- Commissione Europea, Dg Migrazioni e Affari Interni, *Funding Home Affairs*, 2014, [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/financing/fundings/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/financing/fundings/index_en.htm)
- C. Devillanova, "Immigrazione e finanza pubblica", in Fondazione Ismu, *Sedicesimo rapporto sulle migrazioni*, 2010, 2011, pp.195-205
- D'Elia F., Gabriele S., Tozzi M., "Effetti dell'immigrazione sulla finanza pubblica e privata in Italia", in ISAE, Rapporto trimestrale, Politiche pubbliche e redistribuzione, ottobre 2009
- D'Elia F., Gabriele S., "Immigrazione e bilancio pubblico in Italia, I diritti alla prova dell'immigrazione", in Rivista delle Politiche Sociali, n. 2, aprile-giugno 2010
- Fondazione Leone Moressa, *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Tra percorsi migratori e comportamento economico*, il Mulino, 2013
- Fondazione Leone Moressa, *Il valore dell'immigrazione*, Franco Angeli, 2015
- Inps – Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, *IV Rapporto sui lavoratori di origine immigrata negli archivi Inps. La regolarità del lavoro come fattore di integrazione*, 2011
- Lunaria (a cura di), *Costi disumani. La spesa pubblica per il "contrasto dell'immigrazione irregolare"*, maggio 2013, [www.lunaria.org](http://www.lunaria.org)
- Lunaria (a cura di), *I diritti non sono un costo. Immigrazione, spesa pubblica e welfare*, novembre 2013
- OCSE, *International Migration Outlook*, 2013
- Pugliese E., Mingione M., "Immigrati e welfare: Europa e Usa", *La Critica sociologica*, (143), 2002, pp. 105-118
- Sbilanciamoci!, *Rapporto 2015. Come usare la spesa pubblica per la pace, la solidarietà e l'ambiente*, [www.sbilanciamoci.org](http://www.sbilanciamoci.org)
- Stuppini A., "Il contributo finanziario degli immigrati", in Caritas-Migrantes, *Immigrazione Dossier Statistico 2010*, pag. 309-314
- UNHCR, *Refugees/Migrants Emergency Response - Mediterranean*, al 25 settembre 2015 [http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php?\\_ga=1.234698973.211625123.1443166975](http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php?_ga=1.234698973.211625123.1443166975).

## III Workshop nazionale dei GrIS Firenze 15-16 maggio 2015

### Assalto finale al Servizio sanitario nazionale

Gavino Maciocco

Università degli Studi di Firenze

*"The assault on universalism"*. L'articolo del BMJ uscito alla fine del 2011 fu scritto da due tra i più noti ed esperti analisti di politica internazionale, Martin McKee e David Stuckler<sup>1</sup>. Secondo gli autori la riforma del NHS allora in gestazione, voluta dal governo conservatore, mirava a smontare dalle fondamenta il glorioso National Health Service: si trattava di un vero assalto all'universalismo. La loro tesi era che si utilizzava la crisi economico-finanziaria per distruggere i sistemi di welfare universalistici, come il NHS e altri servizi sanitari nazionali: *"La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi"*.

In Inghilterra sappiamo come è andata a finire: la temuta riforma è entrata in vigore nel 2013 producendo l'intera privatizzazione dei servizi sanitari<sup>2</sup>.

Analogo destino è toccato alla Spagna: anche qui un governo conservatore non ha perso l'occasione fornita dalla crisi di sbarazzarsi – con un semplice decreto reale (aprile 2012) – del sistema sanitario universalistico, per consegnare tutto alle assicurazioni<sup>3</sup>.

Anche in Italia c'è stato, ed è sempre più duro e devastante, l'assalto all'universalismo. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Inghilterra e Spagna, nel nostro paese l'assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia l'assalto c'è, ma non si deve vedere. I politici di turno, commedianti di dubbio talento, dicono e non dicono, dicono e si contraddicono, promettono e smentiscono, gettano cortine fumogene per coprire l'enorme danno che stanno infliggendo alla popolazione italiana.

L'assalto all'universalismo si attua in Italia attraverso il de-finanziamento "coatto"<sup>4</sup> del fondo sanitario nazionale, iniziato con il governo Monti. Dal 2010 al 2013 il finanziamento pubblico per la sanità ha subito una decurtazione del -3,5% in termini reali, (dai 112,5 mld del 2010 ai 110,0 mld del 2013). Seguirono di conseguenza: blocco del turnover del personale, riduzione dell'offerta pubblica, aumento spropositato dei ticket, migrazioni di massa di utenza dal settore pubblico a quello privato.

#### **"Nuove modalità di finanziamento"**

In Italia l'assalto all'universalismo c'è, ma non si deve vedere, se mai si può intuire, da frasi sibilline, come quella pronunciata da Mario Monti nel 2012: *"La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro di cui andiamo fieri potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni"*. Pressato dalle domande su cosa intendesse riguardo alle "nuove modalità di finanziamento", il presidente Monti si schermì. Ma i colleghi bocconiani del prof. Monti, Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, chiarirono: *"Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro Stato sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se anziché essere tassato con un'aliquota del 50% dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate"*. (Corriere della Sera, 23 settembre 2012). E non mancò neppure la copertura da "sinistra" all'idea di Monti: così il governatore della Toscana, Enrico Rossi, non esitò a affermare: *"Continueremo a razionalizzare le spese ma bisogna andare oltre e con i sindacati già ne discutiamo: vanno create assicurazioni mutualistiche per diagnostica e specialistica, ormai la rete del privato sociale offre prestazioni a prezzi concorrenziali con il servizio sanitario"*

nazionale per chi non è esentato dal ticket" (La Repubblica, 24 Novembre 2012)<sup>5</sup>.

Troppi erano, già allora, gli indizi per non capire quale era la direzione che si voleva far prendere alla sanità italiana: quella del privato e delle assicurazioni. Del resto il messaggio contenuto nella lettera di Trichet e Draghi indirizzata al governo italiano nell'agosto 2011 era inequivocabile: riforme radicali per privatizzare su larga scala servizi e professioni.

Inizia l'assalto all'universalismo, *made in Italy*. Nessuna legge di riforma all'inglese o alla spagnola: troppo pericolosa elettoralmente. Assalto all'universalismo, senza dichiararlo. Con liste d'attesa infinite e ticket alle stelle, si può fare. Del resto quando l'assessore alla sanità della Toscana, senza ombra di rammarico o scusa, afferma "Già oggi tanti si rivolgono a Misericordie e Pubbliche Assistenze per visite e esami (a pagamento ndr) visto che il pubblico espelle dal suo circuito un numero enorme di persone non garantendo la tempestività delle prestazioni" (La Repubblica, 3 ottobre 2015), il governatore Rossi può dirsi pienamente soddisfatto: missione compiuta.

### Il patto, stracciato, della salute

L'assalto all'universalismo all'italiana contempla anche la squallida pantomima di un Patto per la salute tra governo Renzi e regioni firmato in pompa magna a luglio 2014 e disdetto tre mesi dopo<sup>6</sup>. La pantomina si ripete nel 2015: la legge 6 agosto 2015 prevede un incremento del fondo sanitario per il 2016 (113,1 mld di euro), ma viene annullato dalla legge di stabilità appena presentata, che stabilisce per il prossimo anno un finanziamento di 111 miliardi di euro, 1 mld in più rispetto al 2015, ma 4 mld in meno rispetto a quanto stabilito nel Patto per la salute e 1.5 mld in meno rispetto ai livelli di finanziamento del 2010.

Ma il de-finanziamento "coatto" non può conoscere soste. Il servizio sanitario nazionale non deve riprendere fiato: infatti la legge di stabilità 2016 all'art 34 recita: "Le Regioni assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per il 2017 e 5.480 per ciascuno degli anni 2018 e 2019, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, da recepire con Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni entro il 31 gennaio di ciascun anno": è lo stesso meccanismo che quest'anno ha tolto alla sanità 2.3 mld di euro e che nei prossimi anni potrebbe costare al SSN oltre 8 mld di euro.

### Quasi una famiglia su due rinuncia alle cure

"Lunghie liste di attesa nella sanità pubblica e costi proibitivi in quella privata. Per questo quasi una famiglia su due rinuncia alle cure. Nel 41,7% dei nuclei familiari, almeno una persona in un anno ha dovuto fare a meno di una prestazione sanitaria. I cittadini inoltre pagano di tasca propria oltre 500 euro procapite all'anno, mentre nell'ultimo anno al 32,6% degli italiani è capitato di pagare prestazioni sanitarie in nero". La fonte è una ricerca del Censis<sup>7</sup>, riportata dalle news online ma rapidamente scomparsa dalla circolazione: dai giornali, dai telegiornali e dai talk show. Il governo non gradisce: l'assalto all'universalismo c'è, ma non si deve vedere. Le vittime ci sono, ma non se ne deve parlare.

Si taglia la sanità, per tagliare le tasse, per rilanciare i consumi e l'economia, questo è il ragionamento che si sente di continuo. E se fosse vero il contrario? Se le famiglie, invece di consumare, mettessero da parte i soldi nel timore di spese impreviste per la salute? Pensino i nostri commedianti che il primo sistema universalistico al mondo, il NHS britannico, era nato proprio per questo: per sollevare le persone malate dalle preoccupazioni finanziarie: "You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness" (Ministry of Health, 5th July 1948).

### Note

<sup>1</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/>,

<sup>2</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/tag/dossier-nhs/>.

<sup>3</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/>.

<sup>4</sup> <http://www.rassegna.it/articoli/sanita-ovvero-la-strategia-del-definanziamento-coatto>

<sup>5</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2012/11/ssn-allarme-rosso/>.

<sup>6</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2014/10/il-patto-stracciato-e-idea-shock-di-rossi/>

<sup>7</sup> [http://www.repubblica.it/salute/2015/10/20/news/sanita\\_censis\\_il\\_41\\_2\\_delle\\_famiglie\\_rinuncia\\_alle\\_cure\\_-125502711/](http://www.repubblica.it/salute/2015/10/20/news/sanita_censis_il_41_2_delle_famiglie_rinuncia_alle_cure_-125502711/)

## Raccomandazioni finali del XIII Congresso SIMM 2014 (Agrigento, 14 - 17 maggio 2014)

### **Salute è partecipazione**

«Partecipazione» è un concetto molte volte invocato nell'ambito della promozione e tutela della salute dei migranti, ma che difficilmente viene tradotto in effettivo strumento di programmazione e attuazione di politiche, servizi, interventi e azioni. In effetti, anche laddove la riflessione abbia permesso di riconoscere all'approccio partecipativo la tensione verso la relazione con l'alterità, questo non sempre ha significato in termini operativi l'avvio di veri e propri processi di co-costruzione degli interventi con il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, in primo luogo dei migranti.

#### *Raccomandazioni*

- Applicare l'approccio partecipativo ai diversi ambiti di azioni, quali gli interventi di prevenzione e promozione della salute, la formazione degli operatori, la ricerca relativa alle popolazioni migranti con particolare riferimento alle donne e ai minori;
- attivare processi dal basso, favorendo la condivisione e lo scambio tra i soggetti coinvolti, in modo da creare le condizioni per la costruzione di relazioni che conferiscano nuovo valore a spazi e azioni comuni;
- manifestare la disponibilità e la volontà di rinegoziare le dinamiche di potere che entrano in gioco nelle relazioni con l'altro, innescando processi di *empowerment* che portino a una maggiore consapevolezza dei propri diritti e all'autodeterminazione, come forma di partecipazione politica.

### **Interventi di accoglienza e tutela per i migranti forzati**

L'accoglienza dei 'migranti forzati' implica la necessità di elaborare risposte puntuali a specifiche esigenze cliniche, legate essenzialmente alle cause della fuga (stress post traumatico), aggravate dalle condizioni del viaggio e rese più critiche dalle situazioni di vita nei centri di accoglienza. Se la recente operazione "Mare Nostrum" ha limitato i drammi dei naufragi, il sistema di accoglienza italiano si sta dimostrando inadeguato e l'organizzazione, ancora una volta ispirata da logiche emergenziali, sta producendo disagio e malattia in persone spesso particolarmente fragili.

Riemergono, inoltre, pregiudizi sulle condizioni di salute degli stranieri e sui presunti rischi per la popolazione ospite (associati in particolare all'occorrenza di malattie infettive e al loro rischio di trasmissione), che amplificano le discriminazioni e lo stigma nei confronti degli immigrati, portando oltretutto a risposte inappropriate e a conseguenti danni per la salute di tutta la popolazione.

#### *Raccomandazioni*

- Attivare urgentemente corridoi umanitari con il coinvolgimento internazionale;
- pianificare un'accoglienza diffusa che preveda il superamento dei Centri Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA), la piena valorizzazione degli Enti locali, il potenziamento del Sistema Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) e il miglioramento dei processi di monitoraggio e di verifica sulla sua attuazione;
- definire procedure di prima accoglienza anche in ambito sanitario: dal *triage* al momento del

l'arrivo, alla presa in carico, fino all'inserimento nei normali percorsi del servizio sanitario, attraverso la condivisione di protocolli con le aziende sanitarie e i medici di medicina generale e con il coinvolgimento degli interessati;

- realizzare programmi di formazione dedicati a tutti gli operatori coinvolti nell'organizzazione e attuazione dei piani di accoglienza, in modo da offrire assistenza appropriata ai migranti forzati (con particolare riferimento alle competenze psico-traumatologiche) e fornire loro le necessarie certificazioni medico-legali.

### **La tutela della salute dei bambini**

Il minore non è soltanto "oggetto di tutela e assistenza", ma anche e soprattutto "soggetto di diritto", e quindi titolare di diritti in prima persona: a 25 anni dalla firma della Convenzione di New York, elemento irrinunciabile per la tutela della salute è un Servizio sanitario nazionale universalistico che preveda l'iscrizione obbligatoria e l'assegnazione di un medico a tutti i minori, indipendentemente dallo status giuridico dei loro genitori, che sia calibrato sui problemi delle famiglie e dei bambini, in particolare di quanti vivono in condizioni di rischio sociale o psicosociale, e che sia capace di ripensare i percorsi assistenziali per "fare meglio con meno" in un'ottica di piena inclusione ed equità.

In questo quadro, si riconosce l'importanza del riconoscimento della cittadinanza, come diritto ad avere diritti e punto di partenza per ogni possibile percorso di inserimento sociale.

Si ribadisce inoltre la centralità del Pediatra di Libera Scelta (PLS), non solo come riferimento per la "presa in carico" e la tutela della salute del minore, ma anche come possibile "catalizzatore" dei processi di integrazione e sostegno alla genitorialità.

#### *Raccomandazioni*

- Accelerare l'iter di riforma della legge sulla cittadinanza per garantire ai minori nati o cresciuti in Italia una piena inclusione e contemporaneamente portare avanti un nuovo concetto di cittadinanza per un'Italia più inclusiva e meno discriminatoria;
- approvare una legge che garantisca il diritto alla registrazione anagrafica per tutti i figli indipendentemente dalla situazione giuridico-amministrativa dei genitori, senza la necessità di esibire documenti inerenti al soggiorno, in modo da evitare che ci siano "nati invisibili" con conseguenze aberranti di ordine sociale e sanitario;
- rivolgere un'attenzione particolare ai Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), garantendo l'assistenza del pediatra e la presenza del mediatore culturale, abbreviando il più possibile il tempo della loro permanenza nei luoghi di sbarco e accelerando le procedure volte a garantire un loro rapido trasferimento presso familiari regolarmente soggiornanti in Italia o in altri Paesi europei;
- garantire la corretta e rapida applicazione del Regolamento Dublino III che, nel valutare l'interesse superiore del minore, stabilisce nuovi criteri per l'esame della domanda di protezione internazionale;
- garantire risorse adeguate per i programmi di accoglienza, di educazione e di inclusione dei MSNA;
- favorire percorsi di formazione al fine di arricchire la "competenza culturale" dei professionisti per quanto riguarda i minori migranti presenti in Italia, le più frequenti problematiche socio-sanitarie e psicologiche, le normative italiane/europee relative a ciascuna di queste;
- rivolgere un'attenzione particolare ai bambini "detenuti" con le loro mamme.

### **Determinanti sociali e disuguaglianze**

La misura della crisi che attraversa oggi la sanità si esprime tangibilmente nella deriva di sapore aziendalista che vorrebbe banalmente ridurre la sanità a mercato, i pazienti a clienti, la tutela della salute e le dimensioni della cura a puro esercizio di *benchmarking*.



Per contro, la riflessione più avanzata sui modelli di *welfare* pone oggi l'accento sulla dimensione "ecologica" della salute e sull'importanza dei fattori socio-economici nel determinare lo stato di benessere degli individui e delle popolazioni, comprese quelle migranti.

#### *Raccomandazioni*

- Riorientare il Servizio sanitario nazionale verso l'attenzione ai bisogni emergenti, la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità (cui appartengono anche alcune tipologie di migranti), l'equità nell'offerta secondo le diverse opportunità di ciascuno e la responsabilità nel proporre risposte appropriate e nel doverne poi rispondere alla comunità (*accountability*);
- mantenere una forte impronta universalistica della copertura sanitaria, in quanto approccio eticamente doveroso ed economicamente sostenibile per la tutela della salute;
- esercitare un'azione di stimolo e di coordinamento rispetto alla definizione di politiche inter-settoriali per la promozione della salute, anche attraverso l'adozione sistematica dell'approccio HIA (*Health Impact Assessment*).

#### **Diritto alla salute senza discriminazioni**

Esiste attualmente nel nostro Paese un'estrema difformità nelle politiche d'accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri, sia tra le regioni sia talvolta all'interno della stessa regione, con interpretazioni locali delle norme tali da ostacolare l'inclusione e favorire la discriminazione. Per contrastare la frammentazione e l'eterogeneità del quadro normativo sul territorio nazionale, si afferma l'opportunità che il modello di rete istituzionale espresso dal Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari", da cui è scaturito l'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012, diventi un *network* stabile, potendosi proporre alle Regioni e Province Autonome (PP.AA.) e al Ministero della Salute come punto di riferimento ineludibile per la programmazione locale e nazionale in questo specifico ambito.

Tenendo conto della complessità del fenomeno migratorio, si ritiene che una risposta efficace in particolare negli ambiti della programmazione e della definizione di percorsi assistenziali adeguati, sia la valorizzazione delle reti socioassistenziali, sanitarie, giuridiche e istituzionali per la tutela degli immigrati; per tale motivo, la SIMM con le sue realtà territoriali (GrIS) intende favorire l'incontro e l'interazione con le altre società scientifiche, con gruppi e istituzioni nazionali e internazionali di provata esperienza, per una lettura sempre più approfondita del fenomeno migratorio, da cui trarre elementi utili e proposte per l'elaborazione di politiche adeguate e tempestive.

#### *Raccomandazioni*

- Valorizzare le reti esistenti, in particolare i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), in ambito istituzionale, scientifico e dell'associazionismo, in quanto riferimenti puntuali per la comprensione dei bisogni e delle criticità emergenti, e al tempo stesso luoghi privilegiati per la sperimentazione di nuove forme di operatività e sinergia tra i diversi attori;
- sostenere il ruolo del Ministero della Salute nella *governance* del tema della tutela degli immigrati nei suoi diversi aspetti (dall'emergenza sbarchi, alle richieste di protezione e all'accoglienza dei rifugiati; dalla tutela delle donne alla transizione epidemiologica verso un maggior carico di malattie croniche; dalla presenza dei campi rom, al crescente numero di minori non accompagnati), con identificazione di interlocutori riconoscibili, competenti e coesi (anche grazie a collegamenti funzionali stabili tra le diverse Direzioni);
- adottare strategie e interventi utili a che le Regioni e le Province Autonome rendano operative, senza ulteriori ritardi, le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni e PP.AA. del 20 dicembre 2012, e verifichino che ciò avvenga in modo omogeneo in ogni territorio/distretto sociosanitario.

*Il Congresso della SIMM, giunto alla sua XIII edizione, da quasi 25 anni è un momento di sintesi delle esperienze di tutela sanitaria in Italia, di analisi delle problematiche emergenti, di stimolo politico per interventi di pianificazione adeguati, di sostegno delle motivazioni di quanti, spesso in prima linea e in alcuni casi ignorati dalle Istituzioni, si impegnano per garantire accoglienza, dignità e salute ai cittadini immigrati. Anche quest'anno, gli oltre 200 operatori che per tre giorni si sono confrontati ad Agrigento, con la loro partecipazione e le loro testimonianze hanno affermato che la tutela della salute deve essere responsabilità e patrimonio di tutti, senza alcuna esclusione.*

---

# ALLEGATO 3

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)  
e Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM)

## Protocollo di intesa

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (di seguito denominata "SIMM") con sede legale in Roma, Via Marsala, 103 – 00185, C.F. n.° 96147150583, rappresentata dal Presidente Dr. Mario Affronti e l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (di seguito denominata "OIM") con sede legale in Roma, Via Nomentana, 62 – 00161, C.F. n.° 96016160580, rappresentata dal Direttore dell'Ufficio Speciale di Coordinamento per il Mediterraneo e Capo Missione in Italia e Malta, Dr. Federico Soda:

### VISTI

i principi etici della SIMM, quali indicati nell'art. 2 del suo Statuto, che comprendono, tra gli altri: *"la tutela della salute come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività"* e *"il vincolo della trasparenza nei rapporti con altri soggetti pubblici e privati"* e i suoi scopi, quali indicati nell'art. 3 del suo Statuto, che prevedono, tra gli altri, che la SIMM: *"patrocina e gestisce attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti"* e *"promuove l'impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni"*;

gli obiettivi e le funzioni dell'OIM, quali indicati nell'art.2 dell'Atto costitutivo dell'agenzia, ratificata dal Governo italiano;

### CONSIDERATO CHE

l'OIM ha già realizzato numerose iniziative di formazione rivolte ad operatori sanitari a livello nazionale ed internazionale;

la SIMM ha maturato negli anni una esperienza specifica nel campo della formazione degli operatori sanitari, anche acquisendo il riconoscimento nazionale di Provider ECM, e intende promuovere e sviluppare nuove iniziative volte a favorire la competenza degli enti sanitari e dei professionisti che in essi e con essi operano;

membri della SIMM e dell'OIM hanno già realizzato in partnership, con reciproca soddisfazione, una serie di attività finalizzate a favorire la formazione di operatori sanitari e associazioni di migranti sui temi della salute e delle competenze interculturali;

SIMM e OIM si impegnano a:

#### Art.1

- a) promuovere e realizzare corsi di formazione per operatori sanitari sui temi di interesse reciproco sia in ambito nazionale che internazionale; in particolare:
- b) l'OIM provvederà a formulare, in collaborazione con la SIMM, proposte formative congiunte e presentarle per accedere al finanziamento delle competenti Istituzioni;

c) la SIMM provvederà a realizzare tali iniziative formative, anche riconosciute con crediti ECM, ad elaborare la metodologia didattica e a produrre il materiale necessario per il successivo svolgimento dei corsi, sia a livello di formazione dei formatori che di formazione degli operatori del Servizio sanitario pubblico, a livello nazionale e locale e di verificare le competenze acquisite.

Art.2

Per lo svolgimento di tali attività in tutte le loro fasi, sia la SIMM che l'OIM potranno avvalersi della propria rete di partenariato.

Art.3

Il presente Protocollo, che non comporta impegni di spesa per i sottoscrittori, entra in vigore al momento della sua firma, ha la durata di un anno e s'intende rinnovato tacitamente salvo diversa comunicazione di una delle parti firmatarie.

Art. 4

Per realizzare le iniziative di cui all'art. 1, SIMM e OIM sottoscriveranno ulteriori e specifici accordi o intese, anche per definire le modalità di collaborazione delle rispettive organizzazioni e amministrazioni nell'elaborazione e realizzazione degli interventi stessi.

Art.5

Il Protocollo potrà essere modificato in ogni tempo, di intesa fra la SIMM e l'OIM. Ogni modifica dovrà essere concordata in forma scritta.

Art. 6

Ogni e qualsiasi controversia che potesse sorgere in dipendenza del presente Protocollo sarà risolta amicalmente tra le parti.

Art. 7

Nessuna disposizione del presente Protocollo, o quanto altro ad esso relativo, potrà essere interpretata come rinuncia ai privilegi e alle immunità di cui l'OIM gode, né come conferimento ad altri di alcuno di questi privilegi ed immunità.

*Roma, 25 settembre 2015*

---

# ALLEGATO 4

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)

## Programma “Linee guida sulla tutela della salute e l’assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti”

### Documento tecnico

#### 1. Razionale

Il fenomeno migratorio pone il Servizio sanitario nazionale di fronte a nuove e importanti sfide, non solo in termini epidemiologici (analisi dei bisogni), ma soprattutto programmatori e organizzativi. Una risposta efficace a tali sfide risiede nella possibilità di gestire organicamente le criticità, mediante un approccio di sistema che superi la parcellizzazione e l’estemporaneità delle soluzioni, proponendo modalità assistenziali standardizzate e basate su evidenze scientifiche.

Per tale ragione, è necessario sostenere la produzione di documenti di indirizzo e raccomandazioni di buona pratica, nell’ambito di programmi a valenza interregionale, affidati al coordinamento di istituzioni nazionali che hanno specifico mandato sugli obiettivi e competenze sul metodo.

A partire da tali premesse, l’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) quale centro di riferimento della Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, ha avviato con il progetto interregionale 2014 una specifica linea di attività finalizzata alla elaborazione e disseminazione di linee guida clinico-organizzative e documenti di indirizzo *evidence-based* sulla tutela della salute e l’assistenza sociosanitaria alle popolazioni migranti.

Tale linea di attività si sviluppa in stretta collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità (ISS), in particolare con il suo Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), a partire dall’esperienza maturata nell’ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG); e con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), in quanto unico network scientifico specificamente rivolto alla tutela della salute degli immigrati e impegnato a sostenere le buone pratiche nell’assistenza sia a livello nazionale che locale attraverso i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS).

L’attività di produzione di linee guida si alimenta del sostegno delle Regioni che, attraverso il diretto coinvolgimento dei propri referenti nell’ambito della Rete Nazionale, concorrono a indicare i temi prioritari, si pongono come destinatari dei documenti di indirizzo, in ordine alle scelte di programmazione sanitaria, e come intermediari presso gli operatori a sostegno delle buone pratiche. Il programma sulle linee guida si incardina all’interno di un’azione coordinata per preservare ed estendere, nelle politiche sanitarie pubbliche nazionali e regionali, e nell’attività quotidiana dei servizi il valore dell’universalismo e la sua concreta attuazione in termini di accessibilità e di accoglienza per tutti, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate della popolazione.

## 2. Obiettivi

Promuovere la salute e la qualità dell'assistenza sociosanitaria alle popolazioni migranti attraverso la produzione di documenti *evidence-based* quali linee guida, documenti di revisione rapida e *consensus conference* rivolti a specifiche problematiche clinico-organizzative e di sanità pubblica.

Nello specifico, si intende:

- a) concorrere alla composizione del quadro conoscitivo per la definizione delle politiche pubbliche inerenti alla salute dei migranti, mediante documenti di indirizzo a sostegno delle scelte di programmazione sanitaria rivolti ai decisori;
- b) elaborare e diffondere raccomandazioni su modelli clinico-organizzativi e percorsi di presa in carico del paziente immigrato, al fine di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza alle popolazioni migranti.

## 3. Metodologia

Il programma si articola in momenti di sviluppo che contemplano la definizione delle priorità, la produzione di raccomandazioni in base alle evidenze scientifiche disponibili integrate con il parere motivato degli esperti, e il processo di revisione aperta mediante consultazione pubblica degli stakeholder.

### 3.1 Attività del Comitato scientifico paritetico

Il coordinamento scientifico, la programmazione e la valutazione delle attività del programma sono affidati a un Comitato paritetico, costituito da 6 componenti: due rappresentanti dell'ISS/CNESPS, su indicazione del responsabile del SNLG; due rappresentanti dell'INMP, su indicazione del Direttore generale; e due rappresentanti della SIMM, su indicazione del Consiglio di Presidenza.

Il Comitato ha la funzione di:

- individuare le modalità operative per lo sviluppo del programma scientifico e delle specifiche linee di attività, anche a fronte di esigenze della domanda informativa istituzionale;
- promuovere la disseminazione dei documenti prodotti e l'approfondimento delle tematiche affrontate mediante specifiche iniziative pubbliche, di carattere scientifico e/o divulgativo, e momenti di confronto istituzionale;
- individuare e proporre piani e strategie organiche per la traduzione operativa delle raccomandazioni in percorsi clinico-organizzativi a li vello locale;
- elaborare un rapporto annuale delle attività svolte nell'ambito del programma.

La segreteria organizzativa è tenuta dall'INMP.

### 3.2 Definizione dei temi prioritari

Per l'individuazione degli ambiti e delle criticità su cui orientare la produzione dei documenti *evidence-based*, si prevede il coinvolgimento degli stakeholder, attraverso una consultazione dei referenti della Rete Nazionale e il supporto delle reti territoriali della SIMM e di eventuali altri network scientifici e comunità di pratica. Tale attività viene coordinata dal Comitato scientifico paritetico che propone le modalità operative e i tempi della consultazione, restituendo agli stakeholder un rapporto finale relativo al *priority setting*.

### 3.3 Revisione sistematica dei documenti *evidence-based* pubblicati

Contestualmente alla definizione dei temi prioritari, il Comitato scientifico paritetico avvia, avvalendosi delle competenze e delle professionalità dell'ISS, il processo di ricognizione, revisione e sin-

tesi di documenti di sanità pubblica *evidence-based*, prodotti da istituzioni e agenzie internazionali sul tema della salute e dell’accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata. Tale processo di revisione sistematica diventa propedeutico allo sviluppo del programma che, anche sulla base delle priorità individuate, può orientarsi per l’adozione o per l’adattamento alla realtà italiana dei documenti esistenti, o ancora verso la messa in produzione di nuovi documenti di sintesi.

#### 3.4 Elaborazione di nuovi documenti *evidence-based*

Lo sviluppo di ciascun documento *evidence-based* avviene in accordo con la metodologia consolidata dell’SNLG e comprende le seguenti fasi:

- costituzione di un panel multiprofessionali di esperti con competenze specifiche relative al tema oggetto del documento, anche in rappresentanza delle Società scientifiche interessate e istituzioni internazionali come l’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS;
- formulazione, da parte del panel, degli obiettivi e dei quesiti scientifici più rilevanti, con particolare attenzione alle aree di maggiore incertezza clinico-organizzativa;
- revisione della letteratura scientifica in base a strategie riproducibili di consultazione delle fonti bibliografiche (a cura degli esperti dell’ISS);
- selezione degli articoli reperiti, previa individuazione dei criteri di pertinenza (inclusione ed esclusione), e valutazione critica dei testi da parte di valutatori previamente addestrati da esperti dell’ISS e dell’INMP;
- formulazione delle raccomandazioni da parte del panel, sulla base delle evidenze scientifiche desunte e graduate per la loro forza (su criteri definiti dal Comitato paritetico);
- revisione dei documenti da parte di referee esterni al panel, con il compito di valutare la leggibilità e la chiarezza del documento, nonché la rilevanza clinica e l’applicabilità delle raccomandazioni;
- elaborazione da parte del panel della versione del documento da sottoporre alla consultazione pubblica.

#### 3.5 Consultazione pubblica

Prima della stesura definitiva di ciascun documento *evidence-based*, è prevista una fase di revisione aperta, mediante consultazione pubblica, al fine di consentire un confronto trasparente, partecipato e costruttivo tra gli stakeholder, gli operatori sanitari e la cittadinanza, volto a sollecitare osservazioni e suggerimenti utili al completamento del documento. Tale prassi viene già utilizzata a livello nazionale e internazionale nell’ambito dei programmi di promozione della salute e sviluppo di linee guida, allo scopo di costruire un consenso, attraverso un processo di scambio e condivisione tra i diversi portatori di interesse che agevoli la successiva implementazione delle misure proposte.

La consultazione pubblica è coordinata dal Comitato paritetico e il supporto operativo della sua segreteria organizzativa.

### 4. Output di progetto/risultati attesi

- Rapporto annuale da parte del Comitato scientifico paritetico sulle attività svolte nell’ambito del programma.
- Rapporto finale relativo al *priority setting*, definito sulla base della consultazione dei referenti della Rete Nazionale e degli stakeholder.
- Revisione sistematica dei documenti di sanità pubblica *evidence-based* già prodotti da istituzioni e agenzie internazionali.
- Documento di revisione rapida su aspetti clinico-organizzativi.
- 2 linee guida su temi di interesse prioritario.

## 5. Cronoprogramma: 24 mesi

	Attività	Mesi																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Individuazione temi prioritari	Insediamiento del Comitato scientifico paritetico	x																							
	Consultazione della Rete Nazionale e degli stakeholder	x	x																						
	Revisione sistematica dei documenti <i>evidence-based</i> pubblicati	x	x	x	x																				
	Stesura del rapporto finale di <i>priority setting</i>				x																				
Elaborazione documento revisione rapida	Costituzione del panel multiprofessionali			x	x																				
	Formulazione di obiettivi e quesiti						x																		
	Addestramento valutatori						x	x																	
	Revisione della letteratura						x	x	x																
	Selezione e valutazione degli articoli								x	x															
	Formulazione delle raccomandazioni										x														
	Revisione esperti esterni											x													
	Consultazione pubblica												x												
	Stesura del documento finale												x												
Elaborazione due documenti <i>evidence-based</i>	Costituzione dei panel multiprofessionali						x	x																	
	Formulazione di obiettivi e quesiti								x																
	Addestramento valutatori								x	x															
	Revisione della letteratura										x	x	x	x	x	x	x								
	Selezione e valutazione degli articoli																x	x	x	x					
	Formulazione delle raccomandazioni																					x	x		
	Revisione esperti esterni																							x	
	Consultazione pubblica																							x	
	Stesura del documento finale																								x



---

# ALLEGATO 5

## Ripensare la formazione medica. Il contributo della Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale

RIISG<sup>1</sup>, Civitelli G.<sup>1-2</sup>, Rinaldi A.<sup>1-2</sup>, Bodini C.<sup>1-2</sup>, Gnolfo F.<sup>1-2</sup>, Cicognani A.<sup>1-2</sup>, Bertini M.<sup>1-2</sup>, Pratesi M.<sup>1-2</sup>, Geraci S.<sup>1-2</sup>, Marceca M.<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup> Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale; <sup>2</sup> Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

### Introduzione

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni fa da tempo parte della RIISG – Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale. La medicina delle migrazioni lancia infatti forti e numerose provocazioni a chi si occupa di formazione degli studenti di medicina e delle altre professioni socio-sanitarie. Non si tratta semplicemente di aggiungere argomenti su argomenti da trattare nelle già affollate ore di lezione delle aule universitarie. La complessità del mondo delle migrazioni, che come una lente di ingrandimento rendono vicine realtà e contesti di vita che pensiamo lontani, la sfida dell’incontro tra persone di diverse provenienze, la necessità di uno sguardo e di un approccio interdisciplinare stimolano a ripensare quasi dalle “fondamenta” la formazione di chi si prepara a lavorare nel campo della salute.

Viene pubblicato in questi Atti il documento “*Ripensare la formazione medica*” elaborato nel marzo 2015 dalla RIISG. In esso è sinteticamente raccolta la posizione della rete rispetto al dibattito relativo al tema della formazione innescatosi a livello nazionale a fine 2014 e che ha visto coinvolti la FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e la Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

Tale contributo è stato elaborato attraverso un processo partecipativo che ha coinvolto professori, specializzandi e soprattutto studenti. La RIISG, sottolineando la componente etica intrinseca alla pratica della medicina e riconoscendo la complessità che connota la nostra epoca, afferma l’importanza di ridurre l’iperspecializzazione che caratterizza la formazione medica e di accompagnare lo sviluppo del pensiero critico degli studenti stimolando la riflessione anche con l’apporto di diverse discipline.

Mettendo in evidenza il legame tra responsabilità sociale e salute, la RIISG riconosce la necessità di incoraggiare il posizionamento etico di fronte alle situazioni di crisi, ingiustizia sociale ed emarginazione provocate dall’attuale sistema globalizzato. La rete ritiene che questo possa avvenire anche attraverso esperienze di conoscenza diretta del contesto nel quale i futuri professionisti socio-sanitari si troveranno a lavorare.

A seguito della sua pubblicazione la SIPeM – Società Italiana di Pedagogia Medica – e la FNOMCeO stessa hanno aderito al presente documento e sono entrate a far parte della RIISG.

### Premessa al Documento

*Le scuole di medicina sono in grado di formare professionisti capaci di rispondere ai bisogni di salute delle persone e delle comunità che andranno a servire? Come rispondono alle sfide che l’epoca della globalizzazione e della complessità pone? Come affrontano il tema della responsabilità sociale (in altre parole, che ruolo intendono assumere nei confronti dell’ingiustizia sociale e il suo impatto sulla salute)? La Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale (RIISG) ritiene che tali domande debbano essere prese in considerazione ed esprime in questo documento un contributo relativo al dibattito sulla for-*

mazione medica recentemente innescatosi a livello nazionale. Si fa in particolare riferimento al documento del Centro Studi e Documentazione FNOMCeO "Professione medica nel terzo millennio"<sup>1</sup>, alla mozione del Consiglio Nazionale della FNOMCeO "Salviamo la formazione medica", alla lettera inviata al Ministro MIUR e al Ministro della Salute dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e alla risposta del Presidente della FNOMCeO dott. Amedeo Bianco<sup>2</sup>.

Di seguito sono riportate alcune riflessioni elaborate dalla RIISG, esposte più in dettaglio nel testo e intese come spunti di confronto, discussione e dibattito aperto.

- Ogni azione e decisione presa in campo medico non è eticamente neutrale. La medicina prevede degli aspetti etici intrinseci e deve essere studiata e insegnata a partire dalla sua componente etica.
- Il paradigma della complessità che caratterizza la nostra epoca spinge a riconoscere i limiti intrinseci a ogni pratica umana, compresa quella medica, e invita a creare spazi di dialogo e confronto tra saperi, professioni e discipline.
- È necessario, nel corso della formazione, accompagnare lo sviluppo di un pensiero critico e incoraggiare il posizionamento etico, prevedendo l'apporto di diverse discipline e stimolando la riflessione di carattere morale. Si ritiene che questo possa avvenire anche attraverso esperienze di conoscenza e radicamento nell'ambiente sociale nel quale i futuri professionisti saranno inseriti.
- È necessario ridurre l'iperspecializzazione dando spazio ad un "nuovo generalismo", cioè ad un approccio più ampio che veda salute e malattia nel contesto dell'intera vita delle persone.
- È necessario richiamare gli attuali e futuri medici alla responsabilità sociale, intesa anche come risposta che deve essere data di fronte alle situazioni di crisi, ingiustizia sociale ed emarginazione provocate dall'attuale sistema globalizzato. Si ritiene che tale responsabilità non sia definita a priori ma debba essere cercata personalmente e contestualmente in un confronto con tutti coloro che "hanno sinceramente a cuore"<sup>3</sup> tali questioni.

### **Dalla salute globale alla formazione in salute**

La Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG) è un network nazionale che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi, studenti e singoli individui impegnati nella formazione in salute globale, sia a livello universitario sia di società civile<sup>4</sup>. Sin dall'inizio importante parte attiva della RIISG è il SISM – Segretariato Italiano Studenti Medicina.

La RIISG sta seguendo con particolare interesse il dibattito sulla formazione medica accesi in quest'ultimo periodo. Come realtà nata dal basso, accogliendo e facendo proprie le esigenze e le richieste degli studenti, protagonisti e destinatari di tale formazione, la Rete condivide le preoccupazioni riguardo all'attuale impostazione del sistema formativo per i futuri medici<sup>1,2</sup>.

La riflessione e il lavoro culturale portati avanti dalla RIISG in questi anni non si sono, infatti, limitati a elaborare un nucleo di contenuti da aggiungere ai *curricula* già molto ricchi delle facoltà mediche ma, soprattutto nei tempi più recenti, si sono indirizzati ad aprire uno spazio di confronto nazionale sulla formazione in salute in senso più ampio.

Come componenti della RIISG riteniamo che fare formazione in salute globale voglia dire "introdurre un nuovo modo di pensare e agire la salute per generare reali cambiamenti sia nella comunità sia nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative"<sup>5</sup>. Per questo il lavoro della RIISG, partito da riflessioni attinenti alla sola formazione medica, ha riconosciuto la necessità di prendere in considerazione i processi formativi di tutte le persone che – a vario titolo – concorrono alla promozione e alla tutela della salute.

La RIISG ritiene di poter dare il suo apporto propositivo e costruttivo al confronto auspicato sia dalla FNOMCeO sia dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Proponendosi tra gli obiettivi quello di contribuire a "preparare una figura di Medico sempre più adeguata alla trasformazione dell'assistenza sanitaria del nostro paese, correttamente protesa verso la medicina territoriale e di prossimità"<sup>6</sup>, la RIISG concorda con

il Centro Studi FNOMCeO nel ritenere necessaria “una riforma non tanto della facoltà di medicina ma dei suoi paradigmi formativi”<sup>7</sup>.

### **La medicina come pratica etica**

La riforma auspicata dovrebbe partire dalla consapevolezza che pensare alla medicina semplicemente come a una scienza o a un’attività scientifica sia non soltanto riduttivo ma sostanzialmente sbagliato. La medicina, in quanto pratica, prevede azioni che esprimono una trama di significati e fini. Gli aspetti etici non possono essere visti come giustapposti, ma debbono essere considerati intrinseci a essa. Ogni decisione e ogni azione portate avanti in questo settore non sono neutrali, cioè non possono prescindere dalla dimensione etica; ciò significa che la natura della medicina deve essere studiata e insegnata a partire da una prospettiva etica<sup>8</sup>.

Tale approccio non si dovrebbe limitare a riflettere su quanto avviene nel rapporto medico-paziente ma anche, ad esempio, sulla relazione della pratica medica con altri saperi, professioni, discipline. Un atteggiamento di questo genere aiuterebbe a mettere in luce le carenze e i punti deboli su cui diventa sempre più necessario prendere posizione.

Sembra dunque non banale né trascurabile porsi la domanda: le attuali scuole di medicina preparano futuri medici dotati di adeguati strumenti conoscitivi ed etici per muoversi come persone e cittadini consapevoli, prima ancora che come professionisti, all’interno dei sistemi complessi nei quali si trovano ogni giorno a vivere?

### **Per un nuovo generalismo**

In un’epoca caratterizzata dall’aumento esponenziale delle conoscenze scientifiche e tecniche, i *curricula* universitari sono divenuti per lo più contenitori di nozioni da apprendere meccanicamente al fine di superare gli esami. Inoltre, l’impostazione sempre più orientata verso l’iperspecializzazione contribuisce a una situazione di “ricatto formativo”, che obbliga lo studente neolaureato a proseguire nel percorso di studi attraversando un “limbo di dequalificazione professionale e lavorativa”<sup>9</sup>, un vuoto formativo, istituzionale e lavorativo tra università e scuola di specializzazione.

Il sapere diviene dunque sempre più iperspecialistico e frammentato, e il medico rischia di trasformarsi esclusivamente in un tecnico competente. Tale impostazione riduzionista e nozionistica, che risente della frattura tipica della cultura positivista tra scienza e agire morale<sup>10</sup>, appare incapace di formare professionisti in grado di affrontare i bisogni delle persone e delle comunità che andranno a servire.

L’iperspecializzazione determina un sempre maggiore allontanamento del (futuro) medico dai luoghi di vita delle persone; la formazione si svolge per lo più in un contesto racchiuso tra ospedale e aule universitarie, impedendo di prendere consapevolezza dei tanti fattori che influenzano la salute nei differenti contesti sociali. L’invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza delle patologie croniche rendono necessario un approccio più ampio, nel quale dare centralità ad aspetti come quelli della prevenzione, della promozione della salute, delle cure primarie e dell’integrazione socio-sanitaria<sup>11</sup>. Per questo riteniamo importante ridurre l’iperspecializzazione per dare spazio a un “nuovo generalismo” che veda salute e malattia nel contesto dell’intera vita delle persone<sup>12</sup>.

### **La necessità di scelte sagge**

L’aumento vertiginoso delle possibilità diagnostiche e terapeutiche e la costruzione sociale dell’onnipotenza della biomedicina hanno alimentato un’ingenua fiducia che attribuisce a tale professione la capacità di liberare dal dolore, dalla sofferenza, dalla morte. La pressione sempre maggiore dell’industria farmaceutica e biomedicale contribuisce a una progressiva medicalizzazione di ogni aspetto della vita umana, a fenomeni come quello del *disease mongering*<sup>13</sup> e alla conseguente induzione di falsi bisogni.

Crescono le aspettative di chi ai servizi sanitari si rivolge, ma cresce anche l’inappropriatezza delle prestazioni, e con essa la spesa sanitaria.

Il contesto di crisi economica e di scarsità (relativa) di risorse richiede invece, con sempre maggio-

re urgenza, che vengano fatte scelte di priorità nell'allocazione di tale spesa. Crediamo che tali scelte non possano che andare nella direzione dell'equità e dell'universalità nell'accesso alle cure, rifiutando un approccio utilitaristico che segue criteri esclusivamente economici e ricercando giustificazioni prima di tutto sul piano etico e sociale. Riteniamo che, a partire dalla formazione, sia importante lavorare sul concetto di limite e sulla necessità di scelte sagge ed eticamente fondate, orientate a evitare gli sprechi e a lottare contro la corruzione e i conflitti di interesse<sup>14</sup>.

### **La responsabilità sociale del medico**

Sono numerose le evidenze scientifiche<sup>15</sup> che mostrano la diseguale<sup>16</sup> distribuzione delle patologie tra le diverse nazioni e, all'interno delle stesse nazioni, in relazione alla classe sociale (espressa attraverso diversi tipi di indicatori di posizione socio-economica). Queste rimandano alla teoria dei determinanti sociali di salute e alla necessità di agire su tutti i fattori (non semplicemente quelli biologici) in grado di influenzare lo stato di salute dei singoli e delle comunità. Senza voler caricare la medicina di un compito eccessivo, riteniamo necessario richiamare i futuri medici a una più ampia responsabilità<sup>17</sup> sociale, che non si esaurisca all'interno del rapporto medico-paziente, ma che comporti uno sguardo sull'intera società<sup>18</sup>.

Crediamo, infatti, che la figura professionale del medico, proprio in quanto capace di riconoscere e documentare scientificamente le conseguenze concrete del sistema economico e politico sulla vita e la salute delle persone, non possa ritenersi neutrale di fronte alle cause di tali disuguaglianze.

Per questo i medici, e più in generale tutti gli operatori della salute, non possono rinunciare a entrare in relazione con i settori della società e con le discipline che lavorano alla ricerca del bene comune. Riteniamo che tale compito non costituisca un aspetto tecnico e facoltativo, quanto piuttosto un imperativo etico.

### **Ripensare la formazione medica: una questione sociale**

Quelli citati sono solo alcuni esempi che mostrano come la formazione dei futuri medici debba necessariamente implicare sia elementi conoscitivi di natura più ampia sia riflessioni di carattere etico<sup>19</sup>. In altre parole, crediamo che essa debba fornire strumenti per sviluppare un pensiero critico necessario ad affrontare la complessità del reale, e offrire occasioni di esperienze che stimolino una risposta libera e responsabile alle problematiche dell'attuale mondo globalizzato.

Tali problematiche, incorporate esemplarmente in coloro che rimangono ai margini della società e del sistema di cure, mettono anche in luce il limite di ogni agire individuale, legato alla propria persona, al proprio ruolo e alla propria formazione. Per questo ogni risposta, fondata su un reale e critico posizionamento etico, non dovrebbe ispirarsi a coscienze eroiche o volontarismi esasperati, ma riconoscere la necessità di cooperare in senso ampio con tutti i soggetti e le realtà coinvolte. Pensiamo che riflessioni ed esperienze pratiche relative a concetti come solidarietà, responsabilità, giustizia, uguaglianza, limite, pensiero cooperativo abbiano "diritto di cittadinanza" all'interno della formazione medica tanto quanto i classici argomenti della bioetica.

Siamo convinti che la riforma del sistema formativo di area medica non sia un argomento settoriale da affrontare in ambiti specialistici; per questo auspichiamo che si realizzi davvero quel "confronto ampio di tutti gli attori coinvolti" a cui invita la Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

Vista l'attenzione che ciascun componente della RIISG (professionisti sanitari, accademici, studenti, associazioni) dedica al tema della formazione e alla proposta di riforma dei curricula di corsi di laurea che si occupano a vario titolo di salute, ci sentiamo parte in causa in questo confronto e intendiamo partecipare con competenza e motivazione. Crediamo essenziale un forte coinvolgimento degli studenti, principali destinatari dei modelli didattici, quali protagonisti attivi e non semplici fruitori della propria formazione.

Siamo inoltre convinti dell'importanza di far tesoro di punti di vista di altre discipline, che aiutino ad analizzare il contesto di crisi economica ma soprattutto culturale, etica e antropologica nel quale le facoltà di medicina (e più in generale le università) sono coinvolte. Riteniamo tale confron-

to non un “di più”, ma una necessità legata ai limiti della medicina (così come di ogni altra disciplina), limiti sempre più evidenti all’interno dei sistemi complessi in cui si è chiamati ad agire. Crediamo sia necessario mettere le basi per una nuova pedagogia della salute e siamo consapevoli che si tratta di un’impresa “culturale, organizzativa, etica, civile e professionale”<sup>20</sup>. Si tratta di prepararsi a formare non solo professionisti ma prima di tutto cittadini, anzi persone, per una società in cui equità e giustizia sociale siano a pieno titolo “strumenti di salute”.

RIISG (Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale)  
marzo 2015

## Note

- <sup>1</sup> Disponibile alla URL: <http://media.fnomceo.it//Media/downloadFile.dwn?id=199&version=5> (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>2</sup> È possibile scaricare i documenti del dibattito alla URL: <http://www.fnomceo.it/fnomceo/showItem.2puntoOT?id=126323> (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>3</sup> Dalla mozione FNOMCeO “Salviamo la formazione medica”
- <sup>4</sup> La nascita della RIISG è il risultato finale di un processo iniziato nel 2007, grazie allo stimolo dato dal progetto europeo “Equal opportunities for health” coordinato da Medici con l’Africa CUAMM e dalla partecipazione attiva degli studenti in medicina a livello nazionale. Maggiori informazioni al sito: <http://www.education-globalhealth.eu/it/> (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>5</sup> Ripensare la formazione dei professionisti sanitari: stimoli, contributi, esperienze. Disponibile alla URL: <http://www.saluteinternazionale.info/2014/02/ripensare-la-formazione-dei-professionisti-sanitari-stimoli-contributi-esperienze/> (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>6</sup> Dalla risposta della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia alla mozione della FNOMCeO
- <sup>7</sup> Dal documento del Centro Studi e Documentazione della FNOMCeO dal titolo: “Professione medica nel terzo millennio.”
- <sup>8</sup> Mordacci R. La medicina come pratica e l’etica della malattia. In AA.VV. Salute e salvezza, Glossa 2008
- <sup>9</sup> Risposta del presidente della FNOMCeO dott. Amedeo Bianco alla della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia
- <sup>10</sup> Dei Tos G.A. Etica ed economia nell’organizzazione sanitaria. Edizioni Messaggero Padova, 2014.
- <sup>11</sup> È sufficiente ricordare il World Health Report 2008 dal titolo *Primary health care. Now more than ever* e lo sviluppo del *Chronic Care Model* come nuovo modello di gestione delle malattie croniche.
- <sup>12</sup> Commission on Generalism. Guiding Patients through Complexity: modern medical generalism. London: Royal College of General Practitioners and the Health Foundation, 2011. Disponibile alla URL: <http://www.health.org.uk/publications/generalism-report/> (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>13</sup> Moynihan R, Henry D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. *PLoS Med* 2006; 3(4): e191. doi:10.1371/journal.pmed.0030191
- <sup>14</sup> Ricordiamo a questo proposito la campagna ‘Choosing wisely’, lanciata negli Stati Uniti e il Rapporto della Commissione Europea sulla corruzione nel settore sanitario (European Commission Directorate General Home Affairs Study on Corruption in the Healthcare Sector, European Union 2013). (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>15</sup> CSDH (2008). 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. Disponibile alla URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>16</sup> Parlare di disegualitanze significa aggiungere un significato morale al termine differenze e dunque indica la necessità di mettere in piedi delle azioni di contrasto (cfr Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-445.)
- <sup>17</sup> Una responsabilità concepita come risposta ad ogni essere umano con cui la vita umana è costitutivamente in relazione, risposta che deve essere portata ad un livello di consapevolezza e che dovrebbe spingere a prendersi cura dell’altro, come persone prima che come medici.

- 
- <sup>18</sup> Cfr articolo 14 della *Dichiarazione universale sulla Bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO su *Responsabilità sociale e salute* (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO, 2005. Disponibile alla URL: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/> (ultima consultazione marzo 2016)
- <sup>19</sup> Frenk J, Chen L et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.
- <sup>20</sup> Dalla Mozione FNOMCeO.

---

# ALLEGATO 6

## CARTA DE LOJA\* 26 y 27 de febrero de 2016

### ANTECEDENTES

Durante los días 26 y 27 de febrero de 2016 se desarrolló en la ciudad de Loja, Ecuador, el Primer Congreso Ecuatoriano de Salud y Migración con el lema "El dolor de un sueño".

Este evento, organizado por Rielo Institute for Integral Development, la Universidad Técnica Particular de Loja a través de su Titulación de Medicina y el Hospital UTPL a través del Instituto de Salud de la Migración, con el auspicio de la Sociedad Italiana de Medicina de la Migración SIMM y la Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración SESMI, y el aval del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, tuvo como objetivo constituirse en un espacio de reflexión, análisis, discusión y formulación de propuestas ante una necesidad mundial, la salud de la población migrante.

Los temas analizados durante este encuentro fueron:

1. Salud y Migraciones humanas
2. Migración e inequidad social
3. Migración y enfermedad desde la perspectiva sociológica y antropológica
4. Salud pública y migración
5. Medicina Familiar y Migración
6. Psicología, psiquiatría y migración
7. Pedagogía e innovación educativa

Producto de este análisis y discusión, se generaron las siguientes definiciones y recomendaciones:

### DEFINICIONES DE REFERENCIA:

#### **Migración:**

El desplazamiento o la movilidad de una persona o grupo de personas, sea esta voluntaria o forzada, regular o irregular, desde una unidad geográfica a otra, a través de una frontera administrativa o política, para asentamiento temporal o permanente.

#### **Migrante:**

Ser humano en estado de movilidad voluntaria o forzada, regular o irregular, temporal o permanente, a través de una frontera.

#### **Salud Migratoria:**

Estado de bienestar del o de los migrantes en todos los sitios de estancia, sean estos de origen, tránsito, destino o retorno, tratando las necesidades de salud tanto del o los migrantes, como de las comunidades huéspedes.

\* Redatta da Xavier Astudillo Romero e Johanna Montalvo Vazquez della Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración (SESMI); Simona La Placa e Maurizio Marceca della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

## CONSIDERACIONES

La SESMI (Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración) y la SIMM (Sociedad Italiana de Medicina y Migración), entre las iniciativas destinadas a alentar la salud y la integración socio-sanitaria de las poblaciones migrantes

### Considerando:

- 1) Los objetivos y funciones de la SIMM e la SESMI, tal como se establece en los artículos de sus propios estatutos y reglamento.
- 2) Las experiencias desarrolladas y los programas coordinados por la Misión de las dos sociedades, la SIMM en Italia y la SESMI en Ecuador, sobre la migración y la integración de la salud y la atención socio-sanitaria de los migrantes
- 3) El reconocimiento de la salud de la migración como un factor que tendrá repercusiones importantes en la vida de los migrantes, al brindarles un mayor acceso a derechos.

### La SIMM y la SESMI dedican sus esfuerzos a:

- 1) Promover la dignidad humana del migrante y defenderle de toda forma de explotación, violencia y discriminación, sensibilizando y concienciando a la sociedad en general, a las instituciones y a otros profesionales.
- 2) Generar propuestas que propicien la defensa del derecho a migrar en condiciones de seguridad y protección del individuo y su familia y garantizar el derecho a la asistencia sanitaria a los migrantes sea cual sea su condición migratoria y jurídica;
- 3) Impulsar la creación de una federación internacional que promueva la investigación orientada a conocer la realidad del migrante y el intercambio de experiencias;
- 4) Promover la cooperación y colaboración en la formación de recurso humano orientada a procesos de conocimiento y promoción de derechos que den respuesta, de manera solidaria, a las necesidades de los migrantes;
- 5) Propugnar la inclusión en los Currículos de pre- y post- grado de los profesionales, de los temas de salud y migración, con particular énfasis en el significado de los conceptos de cultura y diversidad cultural de minorías étnicas, del estigma social así como la validación transcultural de instrumentos de diagnóstico y tratamiento.
- 6) Promover la participación multidisciplinaria en la identificación, el abordaje y manejo de los problemas de salud que deriven de la migración, integrando en el trabajo, perfiles profesionales que propicien una reflexión global sobre temas socio-sanitarios en relación con la población en situación de movilidad a fin de planificar propuestas y actividades frecuentemente innovadoras;
- 7) Analizar a profundidad situaciones y problemas de grupos específicos de migrantes, como poblaciones vulnerables en situación de marginación social;
- 8) Colaborar a nivel local, nacional e internacional, con distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales con el único objetivo de promover políticas e iniciativas para la protección de la salud de los migrantes, en una lógica de salud global y sin discriminación;
- 9) Promover en nuestros países, reformas en las políticas que permitan la adecuación de los sistemas de salud a fin de que reconozcan en cada ser humano migrante, su historial de salud sus creencias de salud, factores de riesgo epidemiológico y antecedentes médicos propios de su lugar de origen, mediante una cobertura sanitaria universal, a través de la Atención Primaria de Salud.
- 10) Favorecer condiciones para el empoderamiento de los migrantes (individuos, grupos y comunidades) sobre el cuidado y protección de su salud para que sean protagonistas de su propio bienestar, tanto biológico, psicológico y social así como participantes activos en los procesos de generación, implementación y seguimiento de políticas de salud.



## CARTA DI LOJA\*

### 26 e 27 febbraio 2016

#### PREMESSA

Il 26 e 27 febbraio 2016 si è tenuto presso la città di Loja in Ecuador, il primo congresso ecuadoriano di Salute e Migrazione dal titolo: "Il dolore di un sogno".

Questo evento, organizzato dal "Rielo Institute for Integral Development", dalla "Universidad Técnica Particular" di Loja, facoltà di Medicina e dall'Ospedale UTPL, Istituto di salute e migrazione, col patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e la Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración (SESMI), il parere favorevole del Ministero della salute dell'Ecuador, ha avuto come obiettivo quello di dedicare uno spazio di riflessione, analisi, discussione e presentazione di proposte di fronte ad un bisogno mondiale: la salute della popolazione migrante.

Gli argomenti trattati sono stati:

1. salute e migrazioni umane;
2. migrazione e iniquità sociale;
3. migrazione e malattia dal punto di vista sociologico e antropologico;
4. salute pubblica e migrazione;
5. medicina comunitaria e migrazione (assistenza sanitaria ai migranti);
6. psicologia, psichiatria e migrazione;
7. pedagogia e innovazione educativa.

Il risultato dell'analisi e discussione ha prodotto significati e raccomandazioni che possiamo di seguito elencare:

#### CONCETTI DI RIFERIMENTO

##### **Migrazione:**

Spostamento volontario o forzato, regolare o irregolare di una persona o gruppo di persone, da una zona geografica ad un'altra, attraverso una frontiera politica o amministrativa per un insediamento temporaneo o permanente.

##### **Migrante:**

Persona che si sposta in modo volontario o forzato, regolare o irregolare, temporaneo o permanente attraverso una frontiera.

##### **Salute migratoria:**

Stato di benessere del migrante o dei migranti in ogni luogo, sia questo luogo di origine, transito, destinazione o ritorno, che si riferisce ai bisogni di salute sia del migrante o dei migranti che delle comunità ospitanti.

\* Traduzione a cura di Gonzalo Castro Cedeno della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

## CONSIDERAZIONI e la CARTA DI LOJA

La Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración (SESMI)  
e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

### Considerando:

- 1) gli obiettivi e la funzione delle due società, come stabilito dai loro statuti e regolamenti;
- 2) le esperienze acquisite e i programmi coordinati dalla Mission delle due società, la SIMM in Italia e la SESMI in Ecuador, sulla migrazione e la tutela della salute e la promozione socio-sanitaria dei migranti;
- 3) il riconoscimento della Medicina delle Migrazioni come un fattore che porterà importanti ripercussioni nella vita dei migranti grazie all'impegno per il raggiungimento di maggiori diritti;

### concentrano i loro sforzi per:

- 1) promuovere la dignità umana del migrante e la sua difesa da ogni sorta di sfruttamento, violenza e discriminazione presso la società, le istituzioni e le varie professioni;
- 2) promuovere e difendere il diritto alla migrazione in condizione di sicurezza e protezione del migrante e della propria famiglia garantendogli il diritto all'assistenza sanitaria al di là della propria condizione e stato giuridico;
- 3) promulgare la creazione di una federazione internazionale che promuova la ricerca indirizzata a conoscere la realtà del migrante e alla condivisione di esperienze;
- 4) promuovere la cooperazione e collaborazione nella formazione di risorse umane orientata alla conoscenza e promozione di quei diritti che offrano risposte, in modo solidale, ai bisogni dei migranti;
- 5) proporre l'inclusione nei curricula di studio ad ogni livello delle varie professioni dei temi di salute e migrazione, in modo particolare sul concetto di cultura e diversità culturali delle minoranze etniche, dello stigma sociale, così come la convalida transculturale degli strumenti di diagnostica e cura;
- 6) promuovere la partecipazione interdisciplinare nell'identificazione, approccio e conduzione dei problemi di salute derivanti dalla migrazione, integrando nel lavoro vari profili professionali che contribuiscano ad una riflessione generale sui temi socio-sanitari in rapporto alla popolazione migrante con l'obiettivo di pianificare proposte e attività innovatrici;
- 7) analizzare fino in fondo le situazioni ed i problemi di gruppi specifici di migranti, ad esempio, popolazioni vulnerabili in situazioni di marginalità sociale;
- 8) collaborare a livello locale, nazionale ed internazionale con gli organi di governo e non, con l'obiettivo di promuovere politiche ed iniziative per la tutela della salute dei migranti in una logica di salute globale senza discriminazioni;
- 9) promuovere nei nostri rispettivi Paesi, riforme nelle politiche che consentano l'adeguamento del sistema sanitario per il riconoscimento del migrante, la sua storia di salute, le sue credenze sulla salute, i fattori di rischio epidemiologico e informazioni di salute propri del suo luogo di origine, attraverso una copertura sanitaria universale di base;
- 10) favorire condizioni di *empowerment* nei migranti (singoli, gruppi o comunità) sull'attenzione e tutela della propria salute perché si rendano protagonisti del proprio benessere, sia esso biologico, psicologico e sociale e partecipino attivamente nei processi che creano, promuovono e raggiungono politiche di salute.

# INDICE PER AUTORI

- Abbenante D. – 100  
 Abi Ahmed L. – 192  
 Abramo E. – 140  
 Abrignani I. – 187  
 Affronti A. – 179  
 Affronti Mario – 19, 35, 37  
 Affronti Marco – 189  
 Aggio F. – 176, 177, 178  
 Aghatise I. – 185  
 Al Rousan A. – 145  
 Alemaio T. – 145  
 Amato L.M. – 166  
 Angeletti M. – 99, 193  
 Angeloni U. – 161  
 Angelucci M.A. – 110  
 Apostoli A. – 113  
 Aprigliano A. – 127  
 Aragona M. – 64, 127, 138  
 Arduini L. – 149  
 Argenziano S. – 124  
 Arrivi F. – 105, 114, 181  
 Bacigalupi M. – 154  
 Badona Monteiro G. – 173  
 Baglio G. – 31, 59, 69, 98, 145, 158, 190, 192  
 Baraldi C. – 108  
 Barbieri A. – 125, 126  
 Barelli A. – 171  
 Baruzzi C. – 124  
 Battisti L. – 111  
 Bellantoni C. – 176, 177, 178  
 Benedetti P. – 129  
 Benigni M. – 97  
 Bertini M. – 152  
 Bessarione D. – 121  
 Bettini M. – 146  
 Bodini C. – 89  
 Bollero D. – 164  
 Bonciani M. – 23, 199  
 Bonelli F. – 141  
 Bossoletti D. – 153  
 Bouab Z. – 134  
 Brianti G. – 122  
 Bronzino M.P. – 102, 164  
 Bruni C. – 144  
 Bruno S. – 181  
 Bruschini G. – 105  
 Brussi V. – 122  
 Bulli S. – 136  
 Buoncristiano M. – 94, 192  
 Buonomo E. – 140, 153  
 Busso M. – 185  
 Calacoci M. – 128  
 Calderone V. – 80  
 Caldes M.J. – 135  
 Camisotti F. – 196  
 Campani C. – 109  
 Campani N. – 159  
 Campione S. – 148, 186  
 Cani G. – 159  
 Capitani G. – 199  
 Capizzi M. – 136  
 Caporali M.G. – 183  
 Cardinale F. – 121  
 Caregaro L. – 173  
 Carletti P. – 45  
 Carriero A. – 126  
 Cartabia M. – 176  
 Caruso A. – 165  
 Casadei F. – 147  
 Casari S. – 113  
 Castagno R. – 102  
 Castaldo M. – 117  
 Castelli F. – 113  
 Castelli V. – 150  
 Cattaneo M.L. – 144  
 Cavagna G. – 89  
 Cavagnaro P. – 121  
 Cavallo L. – 195  
 Cecchetto A. – 171  
 Ceci Galanos R. – 94  
 Celesti L. – 93  
 Cerullo L. – 109  
 Cescatti E. – 23  
 Chamkhi M. – 174  
 Chiale F. – 130, 131, 132  
 Chiarenza A. – 108, 109, 159  
 Chiecchi G.P. – 173  
 Ciannameo A. – 108  
 Ciccone G. – 126  
 Cicognani A. – 156  
 Civitelli G. – 100, 105, 114, 115, 151, 181  
 Coco G. – 148, 186  
 Codeluppi L. – 159  
 Colombini D. – 177  
 Colombo L. – 134  
 Colucci L. – 188  
 Confaloni E. – 95  
 Conti E. – 188  
 Contini C. – 128  
 Corsaro A. – 126, 181  
 Coscia M. – 153  
 Cossa M. – 78  
 Costantino M.A. – 176, 177, 178  
 Costanzo G. – 117, 165, 182, 190  
 Cravero N. – 103  
 Cremonesi G. – 172  
 Cremonesi P. – 139, 172  
 Crivelli A. – 192  
 Crosignani A. – 134  
 D'Abramo A. – 137  
 D'Aguanno G. – 192  
 D'Ancona F. – 183  
 D'Angelo F. – 59  
 D'arca T. – 182  
 Da Pra M. – 197  
 Da Silva E. – 138  
 Dal Lago B. – 176, 177, 178  
 dal Verme S. – 144  
 Dall'Asta I. – 108, 109, 159  
 Damiani G. – 181  
 Davini O. – 163  
 De Blasio E. – 94  
 De Gregorio G.C. – 95  
 De Michele M. – 179, 189  
 de Soccio P. – 175  
 Deambrogio S. – 197  
 Declich S. – 101, 183  
 Decroo T. – 125

- Deiana P. – 125  
 del Gaudio R. – 190  
 Del Manso M. – 183  
 Delli Paoli L. – 134, 136, 199  
 Derossi C. – 171  
 Desiderio C. – 148, 186  
 Di Capriglio M. – 78  
 Di Carlo S. – 125, 145  
 Di Marco I. – 163  
 Di Maria E. – 120, 121  
 Di Marzio L. – 97  
 Di Mauro A. – 148, 186  
 Di Meco E. – 166, 174, 181  
 Di Napoli A. – 101  
 di Nicola A. – 175  
 Di Prima S. – 103, 116  
 Diodati A. – 161  
 Don Bellucci U. – 197  
 Donisi A. – 118, 146  
 Dotti M. – 102  
 Elgendi M. – 185  
 Eugeni E. – 192  
 Evlampidou I. – 124  
 Fabbi AM. – 159  
 Fabiani M. – 101, 183  
 Faga E. – 124  
 Fateh-Moghadam P. – 111  
 Favali MP. – 94  
 Ferrando C. – 191  
 Ferrari E. – 139  
 Ferrigno L. – 59  
 Ferro G. – 167  
 Filia A. – 183  
 Finzi I. – 142  
 Fiori J. – 149  
 Flego G. – 121  
 Flora M. – 171  
 Fondelli S. – 150  
 Forcella E. – 98, 192  
 Foresti G. – 196  
 Fortino A. – 31, 117, 165, 166, 174, 182  
 Franzini A. – 155  
 Frascarelli W. – 98  
 Fratini P. – 181  
 Frigerio S. – 132  
 Fusillo C. – 97  
 Gabiano C. – 167  
 Galliani E. – 97  
 Gandolfi C. – 122  
 Gangemi E.N. – 164  
 Garena F. – 102  
 Gargano D. – 100  
 Gargiulo L. – 101  
 Garroni D. – 178  
 Geraci S. – 31, 51, 59, 98, 100, 105, 114, 127, 138, 151, 156, 175, 181  
 Gerna L. – 118  
 Gerna L. – 146  
 Geromini E. – 149  
 Gherardini F. – 93  
 Ghiani P. – 167  
 Ghirardi M. – 171  
 Giacometti M. – 163  
 Giambi C. – 183  
 Gili R. – 131  
 Giordano L. – 102  
 Girino G. – 130, 131  
 Gnesutta D. – 122  
 Gnolfo F. – 69, 89, 95, 153  
 Goletti M. – 95  
 Gradellini C. – 168, 169, 184  
 Grecchi C. – 113, 180  
 Grmay S. – 145  
 Grosso M. – 163  
 Guerra M. – 154  
 Guidi S. – 157  
 Gulletta M. – 113  
 Iacoboni D. – 194  
 Iannone P. – 121  
 Imbimbo F. – 142  
 Infante A. – 143  
 Ingres M. – 124  
 Intini M. – 94  
 Izzo I. – 113  
 Jacchetti G. – 107  
 Jaramillo L. – 102  
 Jemmy J. – 124  
 Khailoq W. – 105  
 La Placa S. – 35  
 Lammoglia M. – 149  
 Lamorte A. – 132  
 Lancia A. – 106  
 Landeo L. – 105  
 Landra S. – 107, 139, 172  
 Lecce G. – 153  
 Leonforte S. – 148, 186  
 Libanore M. – 128  
 Liddo M. – 100, 105, 175  
 Lisi C. – 37  
 Lodesani C. – 125, 145  
 Lodola L. – 177  
 Loiudice M. – 23  
 Lorenzini L. – 98, 192  
 Loyens E. – 124  
 Maciocco G. – 215  
 Madonia L. – 129  
 Maffeis P. – 178  
 Maggiorotti L. – 96  
 Magursi T. – 136  
 Maisano B. – 105, 151  
 Mancinelli S. – 140, 153  
 Mancini I. – 192  
 Mancini S. – 125  
 Mantini V. – 98, 192  
 Marando L. – 177, 178  
 Marasti M. – 169  
 Marceca M. – 23, 31, 35, 37, 59, 94, 115, 151  
 Marceca M. –  
 Marcer D. – 188  
 Marchese V. – 173  
 Marchetti C. – 97  
 Marchini L. – 139  
 Marrone R. – 59  
 Marzagalia M. – 119  
 Mascia N. – 134  
 Masciotti S. – 100  
 Massetti A.P. – 137  
 Masuelli G. – 167  
 Matarozzo F. – 167  
 Matera E. – 192  
 Mauro K. – 122  
 Mazzacuva D. – 153  
 Mazzarini G. – 69  
 Pajno C. – 69  
 Mazzetti M. – 127, 138  
 Mazzola E. – 103, 116, 176  
 Mazzoni R. – 177, 178  
 Mecugni D. – 168  
 Meli A. – 207  
 Migheli A. – 170  
 Milani A. – 167  
 Milano G. – 94  
 Mirisola C. – 165, 166, 182  
 Mischi F. – 173  
 Moissaing S. – 124  
 Molese A. – 161  
 Mondo L. – 96  
 Montaldo C. – 124, 125  
 Monti M. C. – 147  
 Morelli D. – 93  
 Morozzo G. – 94  
 Morrison-Griffiths S. – 131  
 Motta F. – 158  
 Naletto G. – 211  
 Napoletano G. – 188  
 Napoli P.E. – 69

- Narcisi P. – 130  
 Nardi M. – 126  
 Nayereh N. – 129  
 Nigra M. – 195  
 Nosotti L. – 165, 182  
 Obert O. – 197  
 Orecchia F. – 102  
 Ouro Yondou A.B. – 150  
 Paglione L. – 94, 115  
 Pajno C. – 59  
 Palladino R. – 161  
 Pallone I. – 126  
 Palombi L. – 140, 175  
 Panebianco R. – 173  
 Panella V. – 98  
 Panizzut D. – 76  
 Paoluzzi O. – 165  
 Passarani B. – 151  
 Paterlini L. – 109  
 Pavone R. – 106  
 Pazè E. – 132  
 Peca M. – 126  
 Pecoraro L. – 182  
 Pendezzini A. – 160  
 Perna R. – 96  
 Perrotta F. – 153  
 Peruzzo C. – 124  
 Petrelli A. – 101, 165, 182  
 Pettinato E. – 184  
 Pettinicchio V. – 106, 114, 181  
 Pettirino F. – 185  
 Pezzulla D. – 162  
 Pice C. – 113  
 Pierluigi D. – 172  
 Pietropoli L. – 156  
 Pigozzi L. – 130  
 Pilutti G. – 122  
 Pintani A. – 188  
 Piovesan S. – 111  
 Pischiutti A. – 122  
 Pitzalis G. – 122  
 Pizzi L. – 145  
 Pizzicato G. – 178  
 Pizzinato G. – 176  
 Pizzini E. – 23, 94, 115  
 Pizzuti S. – 94  
 Policicchio N. – 123  
 Pollaccia E. – 179, 189  
 Pontarelli A. – 113  
 Ponthieu A. – 124  
 Postiglione C. – 173  
 Potenza S. – 134  
 Prandi L. – 159  
 Prina E. – 134  
 Pugliese P. – 134  
 Quaglia G. – 170  
 Quaranta G. – 125, 149  
 Quaranta I. – 108  
 Racalbuto E. – 134  
 Raiola E. – 161  
 Raspagliesi M. – 148, 186  
 Ravazzini M. – 107  
 Renzetti M. – 102  
 Renzi S. – 69  
 Riboldi B. – 108, 109, 159  
 Riccardo F. – 101, 108, 183  
 Riccobello E. – 122  
 Rigoli G. – 173  
 Rinaldi A. – 37, 151  
 Rita F. – 125  
 Rizzo C. – 183  
 Rodari P. – 113  
 Ronco D. – 84  
 Rossi A. – 165, 182  
 Rossi S. – 97  
 Rossignoli G. – 134  
 Rosso A. – 59  
 Rota M.C. – 183  
 Rotolo G. – 189  
 Russo G. – 137  
 Russo M.L. – 23, 94  
 Saccani M. – 112  
 Sacchetti G. – 23, 144  
 Sacchi L. – 170  
 Sacchini D. – 118  
 Santomauro F. – 199  
 Santone G. – 129, 154, 192  
 Santonico V. – 192  
 Santoro V. – 106  
 Sanvito L. – 136, 199  
 Sapienza S. – 148, 186  
 Sarregui B. – 173  
 Sassatelli R. – 109  
 Scali L. – 134  
 Scassellati G. – 192  
 Scelfo M. – 179  
 Schena A. – 139, 172  
 Schiavon P. – 173  
 Schillirò M.C. – 145  
 Sciacca S. – 181  
 Segala D. – 128  
 Segnan N. – 102  
 Segneri M.C. – 117  
 Serra M.C. – 97  
 Sinopoli M.T. – 97  
 Sesti F. – 190  
 Severi I. – 136  
 Sgricia S. – 97  
 Sighinolfi L. – 128  
 Signorini S. – 190  
 Silvestrini G. – 181  
 Silvestro E. – 167  
 Simonazzi D. – 168  
 Simonetti A. – 161  
 Simonetti M. – 170  
 Solano S. – 151  
 Sonno M. – 190  
 Sordella F. – 185  
 Sousa E. – 94  
 Spaziani F. – 193  
 Spera O. – 93  
 Spina A. – 129  
 Spinelli S. – 130, 131, 132  
 Tangerini S. – 104  
 Tareke T.B. – 174  
 Tarsitani G. – 151  
 Tekeste S. – 129  
 Tibaldi C. – 167  
 Ticconi D. – 93  
 Torchiaro S. – 105, 127  
 Tosti M.E. – 31, 59  
 Triassi M. – 161  
 Trillò M.E. – 110  
 Trombetta A. – 126  
 Tsucalas F. – 128  
 Uccellatore P. – 148, 186  
 Uliana C. – 122  
 Van Herp M. – 124  
 Vazzoler C. – 106  
 Vecchia F. – 121  
 Vella S. – 31  
 Vercillo E. – 154  
 Virano S. – 167  
 Vitale G. – 189  
 Volpatti M. – 154  
 Vullo V. – 137  
 Zagrebelsky V. – 41  
 Zamatto F. – 124, 125  
 Zampa A. – 153  
 Zanella F. – 172  
 Zannoni Montanari D. – 168  
 Zanotti P. – 113  
 Zecca S. – 151  
 Zerosi C. – 195  
 Ziarati N. – 167

---

# INDICE PER TEMATICHE

Donne	80, 99, 102, 110, 167, 171, 180, 191, 192, 193, 194
Formazione	23, 108, 110, 120, 128, 151, 152, 164, 186, 190, 192, 194, 217, 221, 227
Malattie cronico-degenerative	102, 105, 109, 173, 175, 179, 181
Malattie infettive	118, 128, 137, 148, 167, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189
Mediazione linguistico-culturale	95, 105, 124, 129, 145, 158, 174, 177, 178, 186, 193, 201
Minori, minori stranieri non accompagnati	69, 80, 93, 122, 176, 177, 178, 196, 203, 217
Narrazione, approccio qualitativo	96, 107, 109, 112, 117, 135, 160, 161, 163, 168, 185, 187, 192, 193
Prevenzione, screening	86, 97, 102, 105, 106, 109, 110, 116, 122, 123, 128, 137, 139, 142, 145, 148, 153, 171, 178, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 195, 197, 217
Rom, sinti, camminanti	153, 158, 191, 195