

---

# LA SIMM INFORMA

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

## L'attività di formazione della SIMM

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

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

### Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Alcune esperienze formative negli anni 2018-2020**

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

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

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

### **TRAIN4M&H. Un progetto di respiro Europeo**

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

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

### **FARO: Una prova di formazione sul campo**

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

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

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

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

### **Footprints: la formazione come strumento principe di capacity building istituzionale**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### **Conclusioni e direttrici**

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

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

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

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

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

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

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

### Riferimenti bibliografici

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

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

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

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

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

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

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

## Per una tutela di prossimità: i GrIS

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

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

### Una prima relazione di sintesi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **I partecipanti al GrIS: rappresentanza e capillarità**

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

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

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

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

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

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

Queste informazioni rappresentano un elemento significativo e importante:

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

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

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

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

## L'attività: *advocacy* e non solo

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

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

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

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

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

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

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

Le esperienze dei GrIS sono diverse:

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



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

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

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

### **Considerazioni finali... o no?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I Gr.I.S. possono:

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

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

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

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

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

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

**Art. 15 dello Statuto**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **GLOSSARIO**

### **Coordinatore Nazionale GrIS**

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

### **Organismo di Collegamento Nazionale (OCN)**

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

### **InterGrIS**

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

### **Gruppo di Coordinamento GrIS (GdC)**

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

### **Coordinamento GrIS**

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

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

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

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

*Antonio Machado, Campos de Castill.*

*Proverbios y cantares*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## I gruppi di lavoro della SIMM

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

### **Equità in salute e mobilità umana**

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

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

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



## Gruppo salute donne immigrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Minori migranti

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

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

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

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

### Salute Mentale & Migrazioni

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

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

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

## Migrazioni e Disabilità

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

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

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

**Transcultural Caring**

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

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

Mail di riferimento: *coordinatrice Cinzia Gradellini, [cinzia.gradellini@gmail.com](mailto:cinzia.gradellini@gmail.com)*



**Politiche Internazionali**

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

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

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

*Mail di riferimento: coordinatori Pierfranco Olivani [p.olivani@libero.it](mailto:p.olivani@libero.it); e Daniela Panizzut [daniela.panizzut@fastwebnet.it](mailto:daniela.panizzut@fastwebnet.it)*

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

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

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

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

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

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

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

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

## Formazione

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

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

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

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

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

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

## La progettazione territoriale

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

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

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

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

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

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

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

## Il Format di documento

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

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

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

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

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

### **Per non concludere: alcuni spunti per nuove progettualità**

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

## Il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS)

Maurizio Marceca<sup>1</sup> e Bianca Benvenuti<sup>2</sup>

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

Alla fine del 2018, sulla scorta di una prima reazione, da parte del Tavolo Asilo Nazionale, all'emanazione dei cosiddetti "Decreti Sicurezza", diverse organizzazioni del Terzo Settore che, a vario titolo, erano impegnate sui temi del diritto alla salute e dell'accesso alle cure per migranti e richiedenti asilo (alcune anche a livello internazionale), hanno iniziato a maturare l'idea di dare vita ad una nuova rete focalizzata sulla dimensione sanitaria. Pur rimanendo collegati al Tavolo Asilo<sup>1</sup>, si è infatti intravista l'opportunità di creare ed alimentare uno spazio di confronto e di azione focalizzato su questi temi ed allargato a tutte le tipologie di immigrati (non limitandosi ai richiedenti protezione internazionale e ai rifugiati).

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

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

---

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



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

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

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

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

## Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

**Presidente 2016 – 2020:** Maurizio Marceca (Roma)

**Segretario - Tesoriere:** Alessandro Rinaldi (Roma)

**Consiglieri:** Manila Bonciani (Vice presidente)

Chiara Bodini (Bologna)

Emilio Di Maria (Genova)

Marco Mazzetti (Milano)

Luisa Mondo (Torino)

Emanuela Forcella (Roma)

Maria Laura Russo (Trapani)

**Revisori dei Conti:** Erminio Biacchi e Daniela Panizzut (Milano), Simona La Placa (Palermo)

**Past President:** Enrico Nunzi (Genova) 1990 – 1993

Serafino Mansuetot (Palermo) 1993 – 1996

Luigi Frighit (Roma) 1996 – 2000

Salvatore Geraci (Roma) 2000 – 2009

Mario Affronti (Palermo) 2009 - 2016

### Comitato scientifico:

Maurizio Marceca (Coordinatore - Roma); Mario Affronti (Palermo); Massimiliano Aragona (Roma); Giovanni Baglio (Roma); Anna Silvia Bombi (Roma); Francesco Castelli (Brescia); Antonio Chiarenza (Reggio Emilia); Rosalia Da Rioli (Udine); Serena Donati (Roma); Salvatore Geraci (Roma); Cinzia Gradellini (Reggio Emilia); Gavino Maciocco (Firenze); Enrico Materia (Roma); Maria Grazia Pompa (Roma); Ivo Quaranta (Bologna).

### Comitato tecnico per la formazione:

Maria Laura Russo (Referente nazionale); Emma Pizzini (Segreteria); Betty Cescatti, Claudia Gandolfi, Cinzia Gradellini, Michele T. Lojudice, Marco Mazzetti, Alessandro Rinaldi, Graziella Sacchetti

### Coordinamento Nazionale GrIS:

Salvatore Geraci (Roma); Maria Chiara Boninsegna (Bergamo); Luciano Gualdieri (Napoli); Guglielmo Pitzalis (Udine)

GrIS Lazio: Chiara Simonelli (Roma)

GrIS Trentino: Gianpaolo Rama (Trento)

GrIS Lombardia: Cristina Tandardini (Lodi)

GrIS Sicilia: Emanuela Petrona Baviera (Palermo)

GrIS Friuli Venezia Giulia: Claudia Gandolfi (Udine)

GrIS Veneto: Chiara Postiglione (Verona)

GrIS Piemonte: Silvia Giorgis (Torino)

GrIS Emilia-Romagna: Marisa Calacoci (Ferrara)

GrIS Toscana: Gavino Maciocco (Firenze)

GrIS Campania: Luciano Gualdieri (Napoli)

GrIS Calabria: Lorenzo Surace (Lamezia Terme)

GrIS Alto Adige: Max Benedict (Bolzano)

GrIS Liguria: Nancy Soraya Scano (Genova)

GrIS Marche: Gaetano Sgarro (Pesaro)

*Socio di riferimento per la Sardegna: Francesca Ena (Olbia)*