In Rete per la salute degli immigrati

Note a margine di un'inaspettata esperienza

A cura di Salvatore Geraci e Filippo Gnolfo

II edizione aggiornata

Pendragon

Salute senza esclusioni

Collana a cura
di Salvatore Geraci

In Rete per la salute degli immigrati

Note a margine di un'inaspettata esperienza

A cura di Salvatore Geraci e Filippo Gnolfo

Pendragon

In Rete per la salute degli immigrati
Note a margine di un'inaspettata esperienza
A cura di Salvatore Geraci e Filippo Gnolfo

Questo volume è stato realizzato nell'ambito dell'attività del **Gruppo Immigrazione e Salute – Rete GrIS Lazio** con la partecipazione delle seguenti Aziende sanitarie della Regione Lazio
SECONDA EDIZIONE
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini
Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
Azienda Ospedaliera San Giovanni – Addolorata
Azienda Policlinico Umberto I
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani

PRIMA EDIZIONE
Azienda USL Roma A
Azienda USL Roma H
Azienda USL Frosinone
Azienda USL Viterbo
Con il sostegno di
CRS – Cooperativa Roma Solidarietà
Fondazione Idente di Studi e di Ricerca

Con il patrocinio della
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
info@simmweb.it
Gruppo Immigrazione e Salute – Rete GrIS Lazio
gris.lazio@simmweb.it
via Marsala, 103 – 00185 Roma
tel. 06.4454791 – fax 06.4457095
www.simmweb.it

Seconda edizione

Tutti i diritti riservati
© 2012, Edizioni Pendragon
Via Borgonuovo, 21/a – 40125 Bologna
www. pendragon. it

INDICE

Presentazione p. 5
Valentino Mantini

Introduzione
Un'inaspettata esperienza 7
Salvatore Geraci

La condizione postmoderna e le traiettorie della complessità 10
Giovanni Baglio, Enrico Materia

Politiche, processi, reti. Cornici ed idee per un'esperienza partecipativa 21
Giulia Bigot, Maria Laura Russo

Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS 36
Guglielmo Pitzalis

Analisi di un modello di rete locale socio-sanitaria.
La storia. Le storie della Rete GrIS Lazio 40
Filippo Gnolfo

La tutela sanitaria per gli immigrati nella Regione Lazio.
La costruzione di un doppio livello partecipativo 46
Salvatore Geraci

Allegati

Statuto della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni 56

Documento di sintesi per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità. Luglio 2010 62
Salvatore Geraci, Manila Bonciani, Barbara Martinelli

Regione Lazio. Programma Regionale di Formazione degli operatori socio-sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri 70

Appendice

Nella Rete del Gruppo Immigrazione e Salute - GrIS Lazio 73

ACISEL – Associazione Cooperazione Internazionale Studi e Lavoro
ACP – Associazione Culturale Pediatri
ARCI – Associazione Ricreativa Culturale Italiana
ASP – Agenzia di Sanità Pubblica – LazioSanità
AMSI – Associazione Medici di origine Straniera in Italia
Caritas di Roma – Area Sanitaria
Centro Astalli
Croce Rossa Italiana
FOCUS – Casa dei Diritti Sociali
Gialuma onlus
Centro per la Giustizia Minorile di Roma
IMAGINE onlus
Medici contro la Tortura
MEDU – Medici per i Diritti Umani
Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Azienda USL Roma A
Azienda USL Roma B
Azienda USL Roma C
Azienda USL Roma D
Azienda USL Roma E
Azienda USL Roma F
Azienda USL Roma G
Azienda USL Roma H
Azienda USL di Frosinone
Azienda USL Latina
Azienda USL Viterbo
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini
Azienda Ospedaliera San Giovanni – Addolorata
Azienda Policlinico Umberto I
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani

Presentazione

Valentino Mantini

Dirigente Area Programmazione Servizi Territoriali della Regione Lazio

La nostra sola giustificazione, se ne abbiamo una,
è di parlare in nome di coloro che non possono farlo.

Albert Camus

Questo libro è la storia di persone, di individui che hanno scelto di confrontarsi, di condividere una esperienza di impegno, di essere attori e protagonisti di gruppo in una società dove quello che spesso conta è l'individuo e dove l'alterità è frequentemente vista con sospetto e a volte respinta. Persone che, al contrario, hanno costruito sull'incontro con l'altro un nuovo modo di lavorare, di interagire, di cooperare.

Quale operatore di un'istituzione pubblica sono orgoglioso di presentare un volume che racconta l'esperienza di una Rete, di una *comunità di pratica* alla cui realizzazione, mi piace crederlo, spero di aver contribuito o almeno sollecitato.
Torno indietro negli anni… alla deliberazione di Giunta Regionale n. 5122 del 1997 con la quale sono stati indicati e successivamente avviati percorsi operativi innovativi per garantire l'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari:

- la collaborazione tra servizi pubblici e privato sociale per la realizzazione degli ambulatori per STP "…i Direttori Generali delle AA.SS.LL. e Aziende ospedaliere, Policlinici Universitari e IRCCS dovranno coinvolgere e coordinare le associazioni del volontariato che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione…";
- la nomina istituzionale di un "gruppo di lavoro regionale" in cui rappresentanti delle strutture sanitarie regionali e dell'associazionismo potessero trovare un luogo di incontro e di impegno per la risoluzione delle problematiche sanitarie dei migranti.

L'impegno e l'attenzione della Regione Lazio nella definizione delle politiche sanitarie nei confronti della popolazione immigrata si sono sviluppate parallelamente al numero di cittadini stranieri che hanno scelto di vivere nella nostra regione e che attualmente registra, seconda regione d'Italia per numero di immigrati, circa 550.000 presenze.
La recente pubblicazione *Confini Irregolari* a cura di Nicola Pasini (Franco Angeli) assegna alla Regione Lazio "un ruolo protagonista nel definire l'orientamento riguardo al tema dell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati, non solo perché ha anticipato il Paese munendosi di iniziative normative e attuative, ma perché ha guidato il percorso normativo nazionale, che ha portato alla formazione della tutela, su ispirazione di alcune esperienze locali dell'area romana".

La Regione Lazio da 15 anni, con le sue politiche di inclusione, ha posto una specifica attenzione alla tutela della salute della popolazione immigrata, attraverso una produzione normativa dettagliata e la partecipazione attiva a tutti i programmi ministeriali atti a migliorare organizzazione e servizi.

La presenza di una Rete come quella del GrIS, che ha saputo costruire nel tempo ciò che Salvatore Geraci ha definito un "doppio livello partecipativo" basato su passione, competenza e credibilità nella individuazione delle politiche e di proposte operative, ha certamente sostenuto e stimolato il ruolo regionale di *governance* locale, consentendo che le "buone politiche" si traducessero in "buone pratiche".

Frutto di questa collaborazione è anche il programma formativo attuale, innovativo nel panorama italiano per metodo di partecipazione delle aziende sanitarie e per contenuti e che ci porterà, ne sono certo, ad avere personale specificatamente motivato e competente.
La validazione di questo metodo partecipato ci sembra utile per ulteriori passi in avanti sul delicato tema, vera sfida del domani per la sanità pubblica, del combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nella promozione della salute.
Il GrIS è stato ed è un luogo in cui pubblico e privato si incontrano, in cui si condividono e si costruiscono percorsi e alleanze, è un laboratorio di idee e di riflessioni, è una Rete di persone che persegue un obiettivo comune: la tutela della salute dei cittadini stranieri.

Mi piace concludere con quanto sottolineato dalla Presidente della mia Regione, che proprio nell'introduzione in un volume di questa stessa collana, ha evidenziato come "la sanità, più che altri ambiti, esprime un concetto di equità che non è mera distribuzione di risorse in parti uguali per tutti, ma accetta la sfida di investire dove maggiore è il bisogno, la fragilità sociale di singoli, di famiglie, di nuovi cittadini, di persone in cerca di un futuro possibile. L'impegno per il diritto alla tutela sanitaria anche per i cittadini immigrati, trasversale ad amministrazioni e convincimenti politici diversi, ha permesso all'Italia ed alla nostra Regione di essere in Europa esempio di una politica sanitaria intelligente e lungimirante anche in termini di contenimento di costi…".

Introduzione
Un'inaspettata esperienza

Salvatore Geraci

Coordinatore nazionale dei GrIS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La solidarietà non è un vago sentimento di compassione
né si fonda su un sentimento di altruismo ingenuo,
ma nasce dall'analisi della complessità sociale,
dai guasti del sistema sociale disordinato,
dal degrado morale e culturale
provocato dalla legge del più forte,
dalla carenza di etica collettiva.

don Luigi Di Liegro

C'è molto richiamo alla storia, quella contemporanea, quella che stiamo vivendo, in questo volume. È la storia di un gruppo di operatori sociali e sanitari che si incontrano, che condividono scoperte e difficoltà e si trovano, per caso, o forse no, a vivere *un'inaspettata esperienza*.

Ma andiamo con ordine.

Uno dei protagonisti assoluti nella storia sociale di Roma tra il 1980 e la fine degli anni '90 è stato l'allora direttore della Caritas capitolina, mons. Luigi Di Liegro. Persona carismatica, cittadino impegnato, prete attento ai bisogni della gente e all'emergere di nuove problematiche, ha saputo leggere i fenomeni sociali che hanno attraversato Roma e l'intero Paese, stimolando, prima ancora che risposte concrete di cui è stato maestro, l'attenzione culturale e politica ai temi della marginalità e della giustizia sociale. Un'intera generazione di cittadini sensibili, indipendentemente dell'appartenenza confessionale, culturale o politica, è maturata con quello stile che, partendo dai fatti, andava alle radici dei "mali di Roma" e ne tracciava soluzioni non delegandole ad altri ma che partivano dall'impegno di ognuno e si traducevano in input politici puntuali e concreti. In quel clima di fermento culturale e di impegno, a metà degli anni '90, nasce l'esperienza di lavoro di rete tra operatori socio-sanitari del pubblico e del privato sociale laico e confessionale, che porterà alla definizione del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS). Operatori che si incontrano pressati da problematiche di assistenza sanitaria per gli immigrati che inizialmente trovavano risposte solo attraverso il privato sociale e l'associazionismo ma che già interrogavano i servizi pubblici. Insieme, operatori del pubblico e del privato sociale, quello che cominciava a definirsi come terzo settore e che oggi è il più vasto ambito del non profit cooperativistico, cercano risposte, si informano, si confrontano, analizzano, partendo dall'esperienza quotidiana, i bisogni, costruiscono percorsi e proposte. Ma questa storia la potete leggere nelle pagine seguenti. La sorpresa è che quell'esperienza iniziata per necessità e per volontà di un esiguo gruppo di operatori, cresce, si mantiene ormai da oltre 15 anni, con attori in parte diversi ma con la stessa curiosità e lo stesso spirito, si diffonde come modello in altre realtà italiane (esistono oggi 12 Gruppi Immigrazione e Salute su base regionale in altre realtà territoriali). Ci si è trovati a vivere una *rete*, senza

sapere cosa fosse, si è entrati in un *paradigma della complessità*, senza conoscerne le definizioni, inconsapevolmente è stato creato un *policy network* particolarmente efficace: i capitoli seguenti tracciano i riferimenti teorici a questa esperienza.
Man mano che l'esperienza è stata conosciuta, è diventata oggetto di tesi ed approfondimenti scientifici, tra l'indifferenza o la meraviglia degli inconsapevoli protagonisti, consci però di vivere, anche con alcune difficoltà in parte acuite da un sistema sanitario sempre più coartato su se stesso e una sofferenza sociale diffusa ed escludente, una esperienza unica e assolutamente necessaria. Necessaria per gli operatori che vi partecipano, poiché è occasione di costante aggiornamento partendo dall'esperienza di ciascuno, con lo stile della *comunità di pratica* cioè di quei gruppi che si formano per trovare risposte comuni a problemi inerenti l'esercizio del proprio lavoro attraverso la condivisione delle informazioni e del proprio *know-how*. Necessaria anche perché è un'esperienza motivante nelle scelte professionali e di impegno verso quella parte della popolazione spesso oggetto di pregiudizi ed atteggiamenti discriminanti: si condivide una tacita scelta di campo, una sorta di etica collettiva, che spesso è alle radici, più o meno nascoste, dei percorsi professionali di chi ha scelto di lavorare nell'ambito socio-assistenziale. Come abbiamo avuto già modo di scrivere in passato, riteniamo che chiunque abbia avuto, almeno in ambito professionale, degli incontri con un immigrato, o meglio con più cittadini immigrati, si sia fatto delle domande, abbia avuto curiosità, si sia scontrato con l'evidenza di una burocrazia che tende a escludere l'alterità, in alcuni casi si sia sentito impotente sul piano relazionale o clinico, a volte indignato dalle reazioni ed atteggiamenti. Nulla di nuovo per chi ha scelto di lavorare in relazioni d'aiuto. Ma di nuovo c'è che nella relazione con lo straniero, spesso regno condiviso di pregiudizi più o meno consapevoli, abbiamo misurato e misuriamo con mano la nostra impotenza: quella comunicativa linguistica, relazionale, politico-organizzativa, culturale terapeutica. Di nuovo c'è la consapevolezza che per superare questa impotenza dobbiamo attraversare il diaframma che ci separa gli uni dagli altri e condividere informazioni, impressioni, scoperte, strategie.
Questa è l'esperienza descritta in questo volume, la nostra esperienza di GrIS.
Ma in definitiva che cosa è il GrIS, che deve fare, a che serve, quale organizzazione?
Domande legittime a cui legittimamente non diamo una risposta se non delle coordinate di senso.
Tutto nasce oltre venti anni fa, quando uno sparuto gruppo di medici ed operatori sanitari provenienti da varie pari d'Italia, alla luce di esperienze locali di impegno concreto di assistenza ad immigrati che in quel periodo avevano il diritto all'assistenza sanitaria nascosto (per i regolari) o negato (per gli irregolari), sentono l'esigenza di creare uno spazio condiviso di incontro, scambio, formazione, studio e progettazione. Nasce la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), società scientifica che vuole essere "strumento e luogo di collegamento per quanti, medici e non, si occupano o si interessano di questo tema". Un "contenitore" lo definisce qualcuno, ma anche un contenuto di idee, impegno, passione. La caratteristica di questa società è proprio quella di non essere un asettico "luogo di scienza" ma l'impegno scientifico è intriso di umanità, incertezze, domande, messa in discussione di paradigmi comportamentali consolidati, voglia di essere protagonisti di un possibile e necessario cambiamento.
E poiché in quel periodo ad impegnarsi era soprattutto il mondo informale e variegato del volontariato, si crea una struttura snella, elastica e flessibile che ben si è adattata in

questi anni all'evoluzione del fenomeno migratorio e dell'organizzazione sanitaria. Evoluzione che ha portato sempre più all'interesse ed all'impegno ampie fasce della società civile e, con l'evoluzione normativa, anche delle istituzioni. Non a caso oggi nella SIMM la presenza di operatori impegnati nelle strutture pubbliche, a vari livelli ed in vari ambiti professionali, è prevalente.
Ma con il decentramento gestionale della sanità, è a livello locale che si sviluppa la possibilità di incidere nelle scelte e nell'organizzazione, con quella azione di *advocacy* che ha sempre caratterizzato la SIMM. Spontaneamente, sull'esempio della citata esperienza romana e laziale, si creano vari gruppi locali, i GrIS che ben si collocano nel contesto d'impegno ed attenzione della medicina delle migrazioni. In questo dualismo, nazionale e locale, anche gli ambiti di ricerca scientifica e di riflessione metodologica assumono un ruolo determinante come testimoniano le affollate e partecipate Consensus Conference che ogni due anni si sono tenute in Sicilia, i cui atti e raccomandazioni sono una "pietra miliare" delle conoscenze sui temi della sanità per, con, tra gli immigrati.
E i GrIS sono a livello locale ciò che è in Italia la SIMM ma con il vantaggio, enorme occasione, dell'impegno nel quotidiano, nello spazio condiviso, negli interlocutori comuni, nella conoscenza reciproca. Non è ancora un caso che dal locale nasce la riflessione sulla reciprocità dell'impegno, l'idea che l'immigrato non è oggetto passivo ma soggetto nei processi di inclusione e se necessario di cura. E nel locale queste non sono solo parole ma è prassi, è azione, forse faticosa e a volte non ascoltata o valorizzata, ma che sta lentamente tracciando un altro tassello di quel processo di meticciamento della nostra società che inesorabilmente ci trasforma.
I GrIS sono luoghi partecipati dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passo indietro per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato sociale, volontariato, associazionismo italiano e straniero, istituzioni) si confrontano, si scontrano anche ma in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità.
Questa impostazione, a livello nazionale e locale, è la condizione ideale per un ulteriore passaggio che si vuole fare all'interno della rete di partecipazione costruita negli anni: attivare percorsi ed organizzazioni perché i cittadini immigrati non siano più oggetto di *advocacy* ma soggetti attivi di *empowerment*.
Il GrIS è di fatto anche laboratorio sociale ricco di scoperte e di sfide, con dinamiche sempre nuove e porte sempre aperte, dove italiani e stranieri, diverse professionalità e competenze, variegate appartenenze cercano di condividere un'esperienza di impegno e, più o meno consapevolmente, riscoprono e testimoniano un'etica della partecipazione e della responsabilità… e forse questa è la sfida più impegnativa.

La condizione postmoderna e le traiettorie della complessità

Giovanni Baglio, Enrico Materia

Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica, Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Non domandarci la formula che mondi possa aprirti,
sì qualche storta sillaba e secca come un ramo.
Codesto solo oggi possiamo dirti,
ciò che non siamo, ciò che non vogliamo.

Non chiederci la parola, Eugenio Montale

Le pagine che seguono intendono offrire al lettore un punto di vista su alcune questioni di sfondo, solo in apparenza astratte e lontane, nel solco dell'insegnamento di Thomas Pynchon e con in mente una citazione tratta dal suo romanzo *Mason & Dixon*: "Non c'è nulla di più temibile di una versione unica di come stanno le cose nel mondo o di come sono andate le cose nella storia" [Pynchon, 1999].
Si potrebbe definire la nostra una riflessione sulle origini del presente, e sulla crisi che sembra caratterizzare l'epoca odierna: una crisi di verità e di senso, che ha coinciso con la fine di quella che gli storici delle idee hanno chiamato *Modernità*; e che apre all'avvento di una nuova condizione postmoderna.
Cercheremo di leggere dentro questa condizione emergente, per rintracciarne i tratti distintivi e, soprattutto, per esplorare i nessi esistenti tra verità ed etica, conoscenze e valori, a partire da una domanda centrale posta dai filosofi del tardo '900, in particolare da Michel Foucault [2009]: quale vita è necessaria, quando la verità sembra non esserlo più?
La riflessione si articolerà in tre momenti distinti. Una prima parte, per così dire *destruens*, riguarderà la crisi della Modernità; seguirà una parte *construens*, dedicata al nuovo paradigma emergente della complessità; si guarderà, infine, ai risvolti etici della complessità, nell'orizzonte di un pensiero cooperativo.

La crisi della modernità e l'*Angelus novus*

C'è un dipinto che forse più di ogni altra immagine restituisce il senso e la portata della crisi che attraversa la nostra epoca e assurge, in qualche misura, a simbolo ed emblema di questa crisi. Si tratta dell'*Angelus novus*, un acquerello che il filosofo Walter Benjamin acquista nel 1921 da Paul Klee, stravagante pittore di origine svizzera, ossessionato dagli angeli a tal punto che nel corso della sua attività artistica dipingerà ben 56 opere a tema angelico; Benjamin ottiene il dipinto e ne fa il riferimento costante e il fulcro della sua riflessione filosofica e storiografica.
È un'immagine strana questa dell'*Angelus novus*, che nella lettura di Benjamin si carica di accenti apocalittici. Ciò che il filosofo tedesco vede raffigurato nell'acquerello è l'Angelo della Storia:
"I suoi occhi sono spalancati, la bocca è aperta e le ali sono dispiegate. L'angelo della storia deve avere questo aspetto. Ha il viso rivolto al passato. Là dove davanti a noi appare una catena di avvenimenti, egli vede un'unica catastrofe, che ammassa

incessantemente macerie su macerie e le scaraventa ai suoi piedi. […] Ma dal paradiso soffia una bufera, che si è impigliata nelle sue ali, ed è così forte che l'angelo non può più chiuderle. Questa bufera lo spinge inarrestabilmente nel futuro, a cui egli volge le spalle, mentre cresce verso il cielo il cumulo delle macerie davanti a lui. Ciò che noi chiamiamo il progresso, è questa bufera" [Benjamin, 1962].
Questa è senz'altro una delle pagine più tragiche e conclusive della storia della Modernità. Una pagina che viene scritta proprio mentre divampa in Europa la seconda guerra mondiale: proprio in quella terra dove la Modernità era nata e si era imposta come superba espressione della razionalità umana.

Lyotard e i grandi racconti della Modernità

Siamo partiti dalla fine della storia. Ma che cosa possiamo dire ancora di questa fine; e soprattutto, cos'è (o cosa è stata) la Modernità?
Per rispondere a queste domande, facciamo nostra la riflessione del filosofo francese Jean-François Lyotard, che ha dedicato al tema del postmoderno diversi suoi lavori, tra cui il ben noto rapporto scritto su commissione del Governo del Québec nel 1979 e intitolato appunto *La condizione postmoderna* [Lyotard, 1981].
Lyotard mette in relazione la fine della Modernità con la crisi delle tre grandi metanarrazioni – *les grands récits* – che ne hanno sostenuto l'impalcatura, attraversando il secolo breve: l'Illuminismo, l'Idealismo hegeliano e il Marxismo.
Le metanarrazioni rappresentano per Lyotard gli orizzonti di spiegazione e di senso all'interno dei quali gli eventi della storia – passati e presenti – acquistano un significato e una prospettiva di intelligibilità; e che si dimostrano anche in grado di legittimare le scelte per il futuro. Sono, in definitiva, i grandi sistemi filosofici che cercano di dare una risposta assoluta e definitiva all'enigma della Storia.
"Postmoderna" sarebbe dunque, per Lyotard, l'incredulità nelle spiegazioni onnicomprensive della conoscenza e dell'esperienza storica.
Ora, questi tre metaracconti della Modernità, al di là delle tante differenze che pur esistono e li contraddistinguono, presentano al fondo alcune caratteristiche comuni.
Un primo tratto condiviso è rappresentato da una visione ottimistica, vorremmo dire ingenua, della Storia intesa come "progressiva illuminazione"; una Storia che evolve lungo un percorso lineare di progresso: progresso scientifico per gli illuministi, morale per gli idealisti e sociale per i marxisti. In un certo senso, il progresso viene percepito come una sorta di fatalità cronologica, per cui è sufficiente andare avanti per andare bene [Vattimo, 1991].
Un altro tratto in comune consiste nella ricerca spasmodica di un "fondamento" in grado di sostenere l'intera impalcatura del sistema. Tale fondamento viene individuato nella ragione positiva, una Ragione che i grandi filosofi della Modernità imparano presto a scrivere con la R maiuscola, in grado di dispensare certezze assolute e definitive, di rappresentare l'*ubi consistam*, il punto di appoggio archimedico ("Datemi un punto di appoggio e vi solleverò il mondo" aveva detto Archimede) su cui fondare l'intero edificio della conoscenza e dell'etica.
Così nella filosofia di Kant, il grande vate della Modernità illuministica, tutto si regge sulla Ragione: la certezza della conoscenza (*ragion pura*) e la certezza dell'etica (*ragion pratica*). Lo stesso vale per Hegel: "Tutto ciò che è razionale è reale e tutto ciò che è reale è razionale" aveva detto il filosofo padre dell'idealismo; e questo motto di sapore pitagorico diviene il fulcro della sua filosofia

della razionalità. Infine per il Marxismo, la ragione rivoluzionaria si afferma contro le storture e le devianze dei sistemi capitalistici. Sulle ali della Ragione, la Modernità si mette alla ricerca della precisione matematica, del rigore logico, della certezza intellettuale e dell'intransigenza morale.

L'Età dei Lumi e la concezione scientifica del mondo

Analizziamo più da presso la metanarrazione illuministica, che ci tocca da vicino in quanto professionisti della salute e ricercatori, la cui formazione si è compiuta in un humus di impronta perlopiù positivista.
L'impalcatura illuministica ha sostenuto la filosofia della scienza e impregnato la cultura per più di tre secoli, dalla cosiddetta "rivoluzione scientifica" nel XVII sec. ad opera di Galileo, Cartesio e Newton, fino ai nostri giorni.
L'Illuminismo ha significato il primato indiscusso della scienza e del pensiero logico-matematico, e l'affermazione di una visione meccanicistica e deterministica della natura, perfettamente compresa all'interno degli orizzonti della fisica e delle sue leggi predicate come assolute, universali e immutabili [Abbagnano, 1998].
È stato il trionfo della *concezione scientifica del mondo*, nella cui prospettiva l'unico discorso "vero" che può essere pronunciato sul mondo è il discorso scientifico; e la scienza stessa (con la sua potenza narrativa) si offre come abbozzo di una visione metafisica definitiva: un processo asintotico di avvicinamento a un luogo fondamentale di spiegazione e di osservazione, uno "*sguardo da nessun luogo*" – come recita il titolo di un interessante saggio del filosofo americano Thomas Nagel [1986] – in cui il predicatore scompare e rimane il predicato, e che sembra coincidere pericolosamente con il punto di vista di Dio.

La metafora forse più emblematica del potere della Scienza è rappresentata dal pendolo di Foucault, ossia il pendolo con il quale il fisico francese Jean Bernard Léon Foucault nel 1851 dimostrò il movimento di rotazione terrestre, che diveniva visibile rispetto al piano immutabile delle sue oscillazioni, e che oggi si può ammirare in un'ala del Museo delle Arti e dei Mestieri a Parigi. Scrive Umberto Eco, nell'omonimo romanzo: "Lassù, da dove esso pendeva, e lungo l'infinito prolungamento del filo, in alto verso le più lontane galassie, stava, immobile per l'eternità, il Punto Fermo" [Eco, 1988]. Un punto fermo da cui far discendere, nel solco dell'eredità cartesiana, il carattere di necessità, invarianza e atemporalità delle leggi e delle teorie: unico possibile riscatto alla dannazione del *panta rei*.

Il meccanicismo nelle scienze della vita

Con il passare del tempo, il modello meccanicistico contagia anche la biologia e la medicina. Osserva Giorgio Cosmacini, storico della medicina e autore del saggio *L'arte lunga* [1997]: "Nella seconda metà del settecento l'ambizione dei medici e degli scienziati d'avanguardia era quella di «fare come Newton», cioè di scoprire proprietà e formulare leggi che corrispondessero nel campo medico-biologico alla «legge di gravitazione universale»".
Non solo, ma si cominciano ad adottare meccanismi simili a orologi per modellizzare i processi vitali. Nasce così la iatromeccanica e nel 1747 il medico-filosofo francese Julien Offray de La Mettrie pubblica la sua opera *L'Homme Machine*, considerata il vero manifesto del bio-meccanicismo: "L'uomo è fatto di parti […] congegnate in una *organisation méchanique* simile a quella di un orologio. […] Il medico è come l'orologiaio, che ripara i guasti perché conosce la macchina". E prima di lui Giorgio Baglivi, medico allievo di Mal-

pighi, aveva scritto: "Il cuore è una molla che governa l'economia fisica dell'uomo. Le mascelle sono tenaglie, lo stomaco una storta, le vene e le arterie tubi idraulici, i visceri filtri e setacci, i polmoni mantici" [Cosmacini, 2008]. A tal proposito, può essere interessante riflettere sull'ordine gerarchico esistente tra le diverse discipline mediche, e in particolare tra clinica e anatomia patologica, nel percorso per giungere alla verità diagnostica. Per lungo tempo, e fino a pochi decenni or sono, la valutazione dell'anatomopatologo era ritenuta conclusiva: una sorta di giudizio finale e inappellabile dell'accuratezza della diagnosi clinica. La credenza della maggiore prossimità dell'anatomia patologica alla verità clinica è da ricondurre, a nostro avviso, proprio alla visione meccanicistica del corpo umano. Se l'uomo è una macchina, allora solo l'anatomopatologo che ha accesso alle più intime alterazioni morfologiche può rintracciare il malfunzionamento delle sue parti con ben maggiore precisione rispetto al clinico, che invece svolge un lavoro induttivo (o abduttivo) interpretando segni e sintomi, ossia dati disponibili all'esterno.

La fine delle metanarrazioni e oltre

A un certo momento nella storia del '900, queste metanarrazioni entrano in crisi. E i primi segnali di un mutamento nella sensibilità, nel gusto, nell'umore culturale arrivano dall'arte, con le avanguardie. Espressionismo, cubismo, surrealismo incarnano proprio l'insofferenza umanistico-artistica per una certa idea di mondo, in cui tutto è considerato calcolabile e organizzabile completamente. *L'urlo* di Munch (1893) sembra invece volerci avvertire che lo spirito dell'uomo e la sua angoscia esistenziale non sono meccanizzabili.
Le metanarrazioni entrano in crisi e perdono legittimità, in quanto non sembrano più in grado di offrire una prospettiva di senso: è l'*Angelus novus* che guarda il passato carico di devastazioni e di macerie, incapace di esprimere un'intelligenza della Storia.
In particolare, la metanarrazione illuministica si scontra con la crisi della fisica newtoniana, che viene superata dalla relatività di Einstein e dalla meccanica quantistica. Il fallimento della fisica di Newton è molto più che l'insuccesso di una teoria scientifica: è la crisi che investe l'impalcatura stessa della Modernità. Pubblicando le sue teorie, si dice che Einstein abbia esclamato: "Newton perdonami"; e Niels Bohr avrebbe osservato: "Chi non è sconvolto dalla meccanica quantistica, in realtà non l'ha capita". Ma soprattutto, la metanarrazione illuministica si scontra con la consapevolezza di come la scienza sia incapace di risolvere i problemi concreti dell'uomo. È la fine della grande utopia leibniziana del *calculemus*, della scienza come linguaggio universalizzante sulle cui basi costruire un nuovo ordine mondiale, una nuova *Cosmopolis*. Risultato tangibile: la bomba atomica!
Analogamente, la metanarrazione idealistica si infrange sulla soglia dei campi di concentramento, dinanzi al trionfo dell'irrazionalità del male: un'irrazionalità per nulla aliena alla natura umana, nonché alle culture e alle civiltà che ne hanno scandito la storia antica e recente [Dei, 2004].
Infine, la metanarrazione marxista si sgretola di fronte alle aberrazioni del socialismo reale e sotto i colpi inferti al muro di Berlino.
La fine delle metanarrazioni coincide, dunque, con la condizione postmoderna.
Che cosa rimane oltre la crisi? Rimane un senso di catastrofe, di vuoto, di dissoluzione nichilista. Questo Lyotard non lo dice esplicitamente, anche se tutto nella sua riflessione porterebbe ad ammetterlo. Ma in alternativa al pessimismo lyotardiano, Vattimo suggerisce che in fondo il racconto che noi possiamo fare sulla crisi delle metanarrazio-

ni è una metanarrazione a sua volta. Dopo la fine delle metanarrazioni non c'è il nulla, ma un'altra (meta)narrazione, possibilmente diversa, meno assoluta, meno metafisica e autoritaria. In altri termini, il postmoderno non coincide con la dissoluzione della conoscenza e dell'etica, ma con una riorganizzazione della conoscenza e dell'etica intorno a nuove coordinate valoriali.

La sensibilità postmoderna e la complessità

Entriamo nella seconda parte della riflessione, introdotti dalle parole di Borges, uno dei padri della letteratura postmoderna: "Chi sono io? Quello d'oggi, vertiginoso, quello di ieri, dimenticato, quello di domani, imprevedibile?". Già si colgono nel verso alcuni tratti salienti della condizione emergente: incertezza, divenire, imprevedibilità. I tentativi di comprendere il significato e la dimensione del cambiamento in atto hanno portato a definire la categoria del postmoderno, perlopiù, in termini oppositivi rispetto al precedente paradigma: dalla determinatezza all'indeterminatezza, dalla finalità al gioco, dal progetto al caos, dall'esito al processo [Hassan, 1985]; e ancora, dall'universale al particolare, dal generale al locale, dall'atemporale al temporale [Toulmin, 1991].
Inizialmente, i segnali di questo profondo mutamento nella sensibilità e nel linguaggio si rintracciano soprattutto nel campo delle arti figurative, dove prevale una certa tendenza alla contaminazione delle tecniche e degli stili, e in architettura dove si passa dalle forme squadrate e geometriche del modernismo all'*architettura del disordine* del museo Guggenheim di Bilbao [Huyssens, 1984; Harvey, 2002]. Nel 1972 viene demolito negli Stati Uniti un edificio ispirato alla "macchina per abitare" di Le Corbusier, e a questo evento si associa il momento simbolico della fine del modernismo e il passaggio al postmoderno.
Per contagio, il cambiamento investe le scienze umane e soprattutto le scienze naturali, dove riaffiora una forte tendenza anti-riduzionistica e anti-meccanicistica. Osservano due grandi scienziati come Nicolis e Prigogine (quest'ultimo premiato con il Nobel per la chimica nel 1977):
"Il nostro universo fisico non ha più come simbolo il moto regolare e periodico dei pianeti, moto che è alla base della meccanica classica. È invece un universo di instabilità e fluttuazioni, che sono all'origine dell'incredibile ricchezza di forme e strutture che vediamo nel mondo intorno a noi. Abbiamo quindi bisogno di nuovi concetti e nuovi strumenti per descrivere una natura in cui evoluzione e pluralismo sono divenute le parole fondamentali" [Nicolis e Prigogine, 1991].

Complessità e sistemi complessi

Un concetto che sembra esprimere appieno lo spirito del tempo, lo *Zeitgeist* contemporaneo, l'umore culturale, e che riassume in sé i costrutti positivi della metamorfosi postmoderna, è rappresentato dalla "complessità".
Complexus è l'ordito, la trama, ciò che viene tessuto insieme. E proprio l'idea di intreccio, che è molto più dei fili che lo compongono, si applica assai bene alle nuove istanze della conoscenza, alle prese con una realtà imprevedibile e problematica, che sfugge ai vecchi schemi improntati al determinismo e alla reversibilità.
La complessità rimanda certamente alle teorie di Edgar Morin [1974], Maturana e Varela [1985], Ilya Prigogine [1996], applicate allo studio dei *sistemi complessi*, ossia di quei sistemi il cui comportamento non può essere compreso attraverso l'analisi dei singoli elementi costitutivi. Sono siste-

mi caratterizzati da un alto grado di auto-organizzazione e composti da un numero elevato di parti che interagiscono tra loro in modo non-lineare, dando luogo a comportamenti (globali) emergenti non facilmente spiegabili e prevedibili alla luce di una singola legge fisica o di semplici equazioni matematiche.
Improvvisamente scopriamo che i sistemi complessi sono ovunque. Tanto per citare alcuni esempi: gli ecosistemi (anche i più semplici), la crosta terrestre (quando ad esempio si considerano le interazioni che provocano i terremoti), il clima, gli organismi viventi e i vari sistemi al loro interno (nervoso, immunitario, endocrino ecc.), i sistemi economici e sociali.
È un nuovo modo di vedere il mondo. Questo farà dire al fisico britannico Stephen Hawking: "Il Novecento è stato il secolo della meccanica quantistica. Questo sarà il secolo della complessità".
Da un punto di vista strettamente epistemologico, tutto ciò conduce a un'istanza di approccio globale ai fenomeni collettivi (naturali e sociali), in aperto contrasto con l'impostazione riduzionistica e semplificatoria della Modernità.
Le parole chiave della complessità travalicano i confini delle singole scienze, per divenire una sorta di *koinè*, di linguaggio universale che ricompone le diverse discipline e i diversi saperi [Materia e Baglio, 2008]:

– *molteplicità* esprime l'abbondanza del reale e la pluralità delle forme e delle manifestazioni, che difficilmente si lasciano imbrigliare all'interno di schematismi rigidi e semplificati;
– *integrazione* esprime la necessità di considerare simultaneamente i diversi aspetti della realtà, attraverso approcci multidimensionali ed eclettici, capaci di cogliere il grado di unità e solidarietà tra le parti (ossia le interdipendenze e il livello di organizzazione della realtà);
– *contesto* esprime la necessità di contestualizzare sempre i discorsi e le teorie alle dinamiche locali e alla dimensione ecologica (cioè collettiva) dei fenomeni;
– *incertezza* esprime il valore del dubbio nella dimensione della ricerca, in quanto riconoscimento delle aree grigie e controllo permanente delle nostre asserzioni.

La prospettiva della complessità nelle discipline bio-mediche

La complessità in quanto prospettiva epistemologica irrompe anche nel settore biomedico. Segnali di cambiamento sono evidenti in molte discipline [Materia, 2005; Baglio, 2006].
In epidemiologia, ad esempio, si torna a considerare l'importanza del contesto e dei fattori socio-economici nella genesi delle malattie (*social epidemiology*), mentre la *modern epidemiology* era piuttosto concentrata sullo studio delle relazioni causali decontestualizzate tra fattori di rischio individuali ed esiti di salute. In questa prospettiva va interpretata anche la rivalutazione degli studi ecologici e il ricorso ai modelli di analisi *multilevel* che permettono di analizzare al tempo stesso il ruolo giocato dalle caratteristiche individuali e da quelle ambientali in senso lato.
In sanità pubblica e nell'organizzazione dei servizi, si impone una nuova visione basata sul concetto (e sull'utilizzo) delle reti, che è un concetto "complesso". La rete richiama la molteplicità delle connessioni, l'interdipendenza tra i diversi nodi, ma anche lo spirito di cooperazione, il rispetto di obiettivi condivisi, i processi di scambio paritario. Un'importante applicazione del concetto di rete alla sanità pubblica è venuta in questi anni dalle esperienze di *policy network*, maturate in seno alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, attraverso i cosiddetti GrIS

– Gruppi Immigrazione e Salute. Il termine *policy network* è stato utilizzato, in tale contesto, per connotare "una collaborazione su un territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati, collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di *policy*" [Bigot e Russo, 2007].
L'analisi delle reti complesse (*complex networks analysis*), che può disporre oggi dei nuovi strumenti informatici sviluppati allo scopo, è ritenuta oramai fondamentale nella ricerca sui sistemi sanitari per studiare, con un approccio olistico, le interconnessioni non lineari tra le molteplici componenti e migliorarne la programmazione e l'efficacia [Pourbohloul e Kieny, 2011].
La medicina clinica approda al modello complesso eco-psico-bio-sociale, oggi ampiamente accettato per inquadrare i determinanti delle malattie, in sostituzione del superato modello dell'uomo-macchina. Salute e malattie non sono più entità dai confini definiti: emancipandosi da definizioni semplici e non equivoche, le malattie sono piuttosto considerate come insiemi dai contorni sfumati ("*fuzzy set*") che ammettono l'esistenza di condizioni *borderline* [Vineis, 2008]. Infine, lo sviluppo della medicina narrativa riporta l'attenzione sul vissuto del paziente e sul metodo clinico come atto interpretativo (ermeneutico), basato sull'abilità narrativa di integrare storie diverse.
Intanto, per definire la salute si fa riferimento alla capacità di adattamento all'ambiente circostante [Anonymous, 2009] che è proprio una delle caratteristiche dei sistemi complessi, quali si considerano gli organismi viventi.

Verso un pensiero cooperativo

La complessità, dunque, recupera i costrutti positivi del postmodernismo e le sue possibili declinazioni – molteplicità, integrazione, contesto, tolleranza per l'incertezza – diventano nuove coordinate di senso intorno alle quali si va strutturando la condizione postmoderna. Queste parole-chiave hanno un valore intrinsecamente "etopoietico", cioè ispiratore di pratiche, comportamenti, deontologie; nel senso che ci sono forti implicazioni etiche nell'assunzione della complessità come modello di conoscenza.
Questo è già un livello di riflessione sui nessi tra verità ed etica. Ma c'è un piano ancora più profondo su cui è possibile spingere il discorso, per rispondere alla domanda da cui siamo partiti: quale vita è necessaria, quando la verità sembra non esserlo più? In altri termini, è possibile trovare un punto di convergenza su determinate condotte di vita, a fronte di un discorso sul mondo che si è andato relativizzando e ha perduto ogni aura di certezza assoluta e definitiva?

Le scuole ellenistiche e l'arte dell'esistenza

Nel tentativo di fornire risposte a questa domanda, alcuni storici delle idee come Michel Foucault e Pierre Hadot hanno proposto un viaggio a ritroso nel tempo, alla riscoperta delle origini del pensiero e della civiltà occidentali, attraverso un lavoro di autentica "archeologia del sapere" (l'espressione è di Foucault). Si guarda all'antichità classica, alle grandi figure della filosofia greca, come Socrate, Platone, Aristotele; ma soprattutto, si guarda a un periodo particolare della storia del pensiero greco: il periodo che va dal IV al I secolo a.C. – il cosiddetto periodo ellenistico – fino agli inizi dell'epoca imperiale romana (I-II secolo d.C.). È questo il periodo in cui ha inizio il declino politico della Grecia e delle sue città-stato, dopo la sanguinosa guerra del Peloponneso (431-404 a.C.),

cui segue l'impresa di Alessandro Magno il Macedone, e successivamente la dominazione romana.
Durante questo periodo, fioriscono diverse scuole filosofiche, denominate scuole ellenistiche: in particolare l'epicureismo, il cinismo e lo stoicismo.
Il rinnovato interesse con cui si guarda oggi alle filosofie ellenistiche si deve proprio alle lezioni tenute da Michel Foucault al *Collège de France* tra il 1981 e il 1982, confluite poi nel testo *L'Ermeneutica del soggetto* [2004], e agli studi di Pierre Hadot che nello stesso periodo pubblica due importanti testi: *Esercizi spirituali e filosofia antica* [1981] e *Che cos'è la filosofia antica* [1995].
Tanto Foucault quanto Hadot sottolineano come a quel tempo la filosofia, lungi dall'essere mero discorso teorico-dottrinale, si proponesse come pratica filosofica e arte di vivere. Non a caso, un tratto comune a queste scuole era proprio lo sviluppo di esercizi spirituali (come li chiama Hadot) o tecniche del sé (come invece preferisce chiamarle Foucault), ossia pratiche volontarie e personali destinate a operare una trasformazione del soggetto in senso etico. Queste pratiche di saggezza riguardavano il modo di vita filosofico e realizzavano la cosiddetta "cura del sé" (in greco, *epimeleia heautou*).

Alla conquista di una coscienza cosmica

L'obiettivo principale delle pratiche del sé o, per meglio dire, il percorso che veniva proposto attraverso tali pratiche doveva portare alla conquista della "coscienza cosmica", di una visione per così dire "sistemica" dell'io inserito nell'infinità della natura universale: "*Toti se inserens mundo*", scriveva Seneca in una delle sue Epistole a Lucilio, alludendo alla penetrazione del soggetto nella Totalità del mondo. E ancora: "Abbracciare con lo sguardo la corsa degli astri, come se ti portassero via con le loro rivoluzioni […]. Immaginare costantemente la totalità del mondo e la totalità della realtà".
Come si raggiunge la coscienza cosmica? Attraverso un movimento verticale di allontanamento, di "sguardo dall'alto", in cui l'io da una parte sperimenta la misura della sua piccolezza (rispetto all'infinità del cosmo) e dall'altra sviluppa un senso di appartenenza e di profonda sintonia con la natura. In questo modo, si impara a osservare le cose nella giusta prospettiva, alla volta di ciò che qualcuno ha definito "il punto di vista di Sirio". Scriverà Ernest Renan, filosofo e storico francese, nel 1880: "Quando ci si pone dal punto di vista del sistema solare, le nostre rivoluzioni hanno appena l'ampiezza di un movimento d'atomo. Dal punto di vista di Sirio, è ancora meno" [Psichari, 1948]. Si comprende bene quanto sia diverso il punto di vista di Sirio dallo "sguardo da nessun luogo" di Nagel: mentre la Modernità aveva teorizzato la fisica come conoscenza oggettiva e matematizzata dell'universo, qui si propone la "pratica della fisica come esercizio spirituale" [Hadot, 1981].
Nel XX sec., il grande scienziato Albert Einstein professerà qualcosa di molto simile al sentimento cosmico degli stoici, a proposito dell'ammirazione estatica delle leggi di natura: "Una sorta di ebbrezza gioiosa e di meraviglia al cospetto della bellezza e della grandiosità di questo mondo, di cui l'uomo può costruirsi solo una vaga idea. Questa gioia è il sentimento dal quale l'autentica ricerca scientifica trae il proprio nutrimento spirituale, ma che sembra anche trovare espressione nel canto degli uccelli". A riguardo, il neurofisiologo Antonio Damasio [2003] sottolinea come il sentimento cosmico di Einstein sia esuberante, un misto di reverenza mozzafiato e di palpitante anticipazione di una comunione fisica con il mondo.

Appare, dunque, chiaro che per gli antichi le tecniche del sé esprimevano un'istanza ascetica (in cui si inseriva anche l'esercizio della morte di Seneca, lo sguardo interiore di Marco Aurelio e altre pratiche consimili), tutta giocata in verticale.
Il passaggio successivo del percorso, però, ci riporta indietro, nuovamente tra gli uomini: nel senso che la dimensione verticale, vissuta fino in fondo come apertura al mistero del cosmo, finisce per illuminare e ancorare a sé l'altra dimensione, quella orizzontale delle pratiche sociali, della *polis*, della comunità umana. In altri termini, essere in armonia con se stessi e con la natura si traduce spontaneamente in un impegno comunitario e nello sviluppo di un pensiero cooperativo.
Una traccia di questo itinerario – fatto di verticalità e orizzontalità – si può ritrovare, in ambito cristiano, nell'esperienza ascetica di san Francesco, in cui la profonda comunione con Dio finiva per alimentare un sentimento di fratellanza nei confronti degli elementi della natura e di carità per gli uomini. Peraltro, questo atteggiamento positivo verso la natura, tipico del francescanesimo, si distanzia molto dal *contemptus mundi*, dal distacco e disprezzo per il mondo terreno, presente in altre tendenze religiose medioevali (per esempio, in Jacopone da Todi).

L'uomo postmoderno e le virtù della solidarietà

Fin qui, gli antichi. Ma cosa c'entra tutto questo con la postmodernità e, segnatamente, con la complessità?
Siamo profondamente convinti che l'uomo postmoderno, emancipatosi dalla visione angusta dello scientismo, e immerso in questo alone di incertezza e di nuove possibilità di ripensamento sul mondo, sia più attrezzato a compiere il percorso di saggezza tracciato dagli antichi. Per dirla ancora con Hadot: "Credo fermamente, ingenuamente forse, nella possibilità, per l'uomo contemporaneo, di vivere non già la saggezza, ma un esercizio, sempre fragile, della saggezza […] come sforzo di apertura all'universale" [1981].
Tale percorso porta alla riscoperta della solidarietà, potremmo dire della "carità" (svincolando il termine da un orizzonte semantico strettamente confinato alla pratica religiosa), come fondamento di un nuovo umanesimo.
Per tornare alla complessità, vogliamo ancora citare una delle voci più autorevoli del nostro tempo, Edgar Morin, il quale ha sottolineato come il pensiero complesso sia in grado di illuminare le virtù della solidarietà, rendendo più evidenti e intelligibili i mutui rapporti (e le interazioni) tra la società e i suoi componenti [Morin, 2005]. In altri termini, è più facile, stando all'interno di una visione sistemica, comprendere e legittimare le scelte a sostegno della reciprocità, della fiducia, della coesione sociale, della distribuzione equa delle risorse.
Crediamo sia proprio questo il punto in cui le traiettorie epistemologiche (verticali) della complessità incontrano la dimensione etica (orizzontale) della solidarietà. Ed è qui che la complessità si fa pensiero ancor più densamente etopoietico, in grado di condizionare i comportamenti individuali e le pratiche sociali.
Illuminanti, in questa prospettiva, appaiono i numerosi studi sul "capitale sociale" – un costrutto complesso riassumibile in termini di tradizione civica, patrimonio di relazioni, reciprocità, interconnettività sociale – che esercita un'influenza positiva sulla salute e sulla qualità della vita. Particolare rilevanza assume per noi la ricerca condotta negli Stati Uniti dal sociologo Robert Putnam sulla questione della coesione e del conflitto sociale in relazione alla eterogeneità etnica [Putnam, 2007]. Viene sottolineato come, in

presenza di un'elevata tensione sociale innescata dalla disomogeneità etnica e dalla scarsa integrazione, non sia tanto la conflittualità interrazziale a prevalere, quanto piuttosto la spinta alla disgregazione sociale, all'isolamento, al disimpegno e alla sfiducia, non solo verso chi è etnicamente diverso, ma anche verso i consimili.
Questo ci porta a riflettere sulla necessità di promuovere strategie che abbiano l'effetto di ridurre la distanza sociale, agevolando i processi di integrazione e rafforzando la fiducia collettiva nelle istituzioni. In questo senso, il capitale sociale può diventare una chiave di lettura, di orientamento e di valutazione delle politiche pubbliche in favore dello sviluppo di nuove forme di organizzazione collettiva.
I neurofisiologi ci avvertono che il nostro cervello è, per così dire, cablato per cooperare con gli altri e questa sorta di predisposizione "biologica" al pensiero cooperativo non aspetta altro che di essere risvegliata dalla pratica individuale della saggezza e dall'esperienza sociale [Damasio, 2003]. Sta a noi rendere tutto questo possibile.

Testo integrale della Lectio Magistralis tenuta all'XI Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – Palermo, 19-21 maggio 2011.

Bibliografia

- Abbagnano, N. [1998], *Dizionario di filosofia*, Torino, UTET.
- Anonymous [2009], *What is health? The ability to adapt*, in "Lancet", n. 373, p. 781.
- Baglio, G. e Materia, E. [2006], *Salute, scienza e complessità: per un'etica dell'incertezza*, in "Tendenze Nuove", n. 1, pp. 83-87.
- Benjamin, W. [1962], *Angelus Novus*, Torino, Einaudi.
- Bigot, G. e Russo, M.L. [2007], *Come nasce una politica: gli attori, i processi*, in Geraci, S. (a cura di), *Una rete per la salute degli immigrati*, Roma, Anterem Edizioni, pp. 7-15.
- Cosmacini, G. [1997], *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza.
- Cosmacini, G. [2008], *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Damasio, A. [2003], *Alla ricerca di Spinoza*, Milano, Adelphi.
- Dei, F. [2004], *Antropologia della violenza nel XX secolo*, in Masotti, F. (a cura di), *Le guerre del XX secolo e le violenze contro i civili*, Roma, Aracne, pp. 29-50.
- Eco, U. [1988], *Il pendolo di Foucault*, Milano, Bompiani.
- Foucault, M. [2004], *L'ermeneutica del soggetto*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault, M. [2009], *Il coraggio della verità*, in "Lettera internazionale", n. 100, pp. 2-5.
- Hadot, P. [1981], *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Torino, Einaudi.
- Hadot, P. [1995], *Che cos'è la filosofia antica?*, Torino, Einaudi.
- Harvey, D. [2002], *La crisi della modernità. Riflessioni sulle origini del presente*, Milano, Net.
- Hassan, I. [1985], *The culture of postmodernism* in "Theory, Culture and Society", n. 2, pp. 119-132.
- Huyssens, A. [1984], *Mapping the post-modern*, in "New German Critique", n. 33, pp. 5-52.
- Lyotard, J.-F. [1981], *La condizione postmoderna*, Milano, Feltrinelli.
- Materia, E. e Baglio, G. [2005], *Health, science and complexity*, in "J Epidemiol Community Health", n. 59, pp. 534-535.
- Materia, E. e Baglio, G. [2008], *Complessità aziendale e postmodernità*, in Vanara, F. (a cura di), *Il governo dell'azienda sanitaria*, Bologna, Il Mulino, pp. 169-192.
- Maturana, H. e Varela, F.J. [1985], *Autopoiesi e cognizione*, Venezia, Marsilio Editori.
- Morin, E. [1974], *Epistémologie. La complexité*, in "Revue internationale des Sciences Sociales", n. 26, pp. 607-634.
- Morin, E. [2005], *Il metodo. Etica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Nagel, T. [1986], *The view from nowhere*, New York, Oxford University Press.
- Nicolis, G. e Prigogine, I. [1991], *La complessità. Esplorazioni nei nuovi campi della scienza*, Torino, Einaudi.

- Pourbohloul, B. e Kieny, M.P. [2011], *Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy,* in "Bull World Health Organ", n. 89, p. 242.
- Prigogine, I. [1996], *La fin des certitudes. Temps, chaos et les lois de la nature*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Psichari, H. (a cura di) [1948], *Oeuvres complètes de Ernest Renan*, Paris, Calmann-Lévy.
- Putnam, R.D. [2007], *E pluribus unum: Diversity and community in the twenty-first century. The 2006 Johan Skytte Prize Lecture*, in "Scandinavian Political Studies", n. 30, 2, pp. 137-174.
- Pynchon, T. [1999], *Mason & Dixon*, Milano, Rizzoli.
- Toulmin, S. [1991], *Cosmopolis*, Milano, Rizzoli.
- Vattimo, G. [1991], *La fine della modernità*, Milano, Garzanti.
- Vineis, P. [2008], *Methodological insights: fuzzy sets in medicine*, in "J Epidemiol Community Health", n. 62, pp. 273-278.

Politiche, processi, reti. Cornici ed idee per un'esperienza partecipativa

Giulia Bigot*, Maria Laura Russo**

*GrIS Trentino; **GrIS Campania; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Tutti gli animali sono uguali, ma alcuni sono più uguali di altri.

Animal Farm, George Orwell

Introduzione

La fine del secolo passato ha visto scomparire progressivamente le frontiere per merci e capitali, ma si è sempre più caratterizzata dall'ergersi di nuovi muri per arginare i flussi dei soggetti migranti che provano ad attraversare i confini delle nazioni alla ricerca, quantomeno, di un'esistenza migliore.
Così, i confini sono diventati nodi centrali nei processi di differenziazione tra individui producendo – sia attraverso limiti materiali costitutivi, sia attraverso impianti culturali e normativi – soggetti differenti, come "immigrati" e "cittadini". Generando ciò che il sociologo Sayad, e ancor prima Bourdieu, chiamavano *la pensée d'État*; cioè quella percezione, piuttosto radicata, che gli immigrati siano sostanzialmente "fuori posto", poiché tendono a turbare quell'ordine ideale basato sulla divisione in nazioni e sulla "naturale" appartenenza a tali nazioni di coloro che ne condividono lingua, cultura, tradizioni [Sayad, 2002; Mantovan 2006].
Inoltre, è la stessa presenza degli immigrati nella nostra società – negli anni sempre più strutturale – che richiama ad una lettura attraverso le lenti della complessità[1], e che, tra l'altro, rivela una crisi del concetto di cittadinanza che ci ha accompagnato sino ad oggi, attraverso un'ulteriore messa in discussione della legittimità dell'equazione nazionalità = cittadinanza[2].
Riflettendo sui meccanismi che vedono "immigrati" e "cittadini" confrontarsi con le architetture di protezione sociale, i processi, cioè, attraverso cui i soggetti stranieri rientrano nelle *welfare policies*[3] del Paese ospitante, si può notare come, dal punto di vista formale e istituzionale non si registrano evidenti differenze, mentre varia in maniera significativa e sostanziale l'effettiva possibilità di godimento di tali benefici. Appaiono evidenti, infatti, le contraddizioni insite nel tentativo di inclusione universalistica in relazioni solidali ed egualitarie, che, a ben vedere, si attuano, invece, fra "qualcuno" ad esclusione di "altri"; generando modelli chiusi in una sorta di paradosso dove «la teoria della giustizia distributiva […] deve rivendicare, ad un tempo, il diritto (limitato) di chiusura, senza il quale non esisterebbe alcuna comunità, e il carattere politicamente inclusivo delle comunità esistenti» [Walzer, 1983, p. 71; Negri, 1995].
In ragione di questa situazione, si pone con urgenza il problema delle capacità di una società democratica di confrontarsi con una realtà nuova, caratterizzata dalla presenza di soggetti titolari di diritti e la concreta ed effettiva possibilità di godimento dei diritti stessi. Anche se le prospettive possono essere diverse, così come le relative articolazioni, la sostanza rimane la stessa: occorrono non solo diritti, ma anche contesti e dispositivi istituzionali che convertano i diritti in realtà.
La dimensione del diritto alla salute degli immigrati si inserisce appieno in questa cornice, infatti, malgrado il diritto alla salute sia

un diritto formale per gli stranieri, la stessa procedura amministrativa mette in discussione questo principio, introducendo criteri che regolano l'accesso, come l'urgenza che permette di accedere alla prestazione indipendentemente dallo status giuridico, e creando soggetti la cui titolarità di fruizione dei servizi sociali è limitata, secondo un *welfare* differenziato [Tognetti Bordogna, 2004].

Infatti se diverse riflessioni hanno sottolineato, anche nella cornice di un sistema sanitario di stampo universalista come quello italiano, le fragilità dell'utente straniero nell'accesso ai servizi e nei percorsi di cura[4], dall'altro bisogna notare anche come tensioni e criticità siano presenti e nascano anche dall'intreccio e dall'ambiguità dei diversi livelli dell'impianto istituzionale e normativo.

La dimensione immigrazione e salute appare, infatti, ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" del governo centrale e la legislazione "concorrente" di competenza delle regioni[5].

Il governo nazionale, infatti, mantiene il potere di decisione sulle politiche immigrative[6], e continua ad esercitare una forte influenza sul modello culturale di integrazione, come dimostrano i limiti posti fino ad ora nell'accesso alla cittadinanza e al diritto di voto. Ma al contempo si assiste ad una progressiva istituzionalizzazione del ruolo degli enti locali per quanto riguarda le politiche sociali e d'integrazione rivolte ai cittadini stranieri. Mentre lo Stato italiano mantiene la responsabilità delle politiche di regolazione dei flussi e di controllo, per quanto riguarda gli ingressi, le Regioni assumono una progressiva autonomia sulle materie che riguardano direttamente i processi di integrazione degli immigrati, in particolare l'educazione, la salute, l'abitazione. A partire dalla legge n. 40 del 1998, alle amministrazioni territoriali viene riconosciuto un ruolo cruciale nell'ambito delle politiche di accoglienza e integrazione sociale degli stranieri, attraverso l'istituzione del Fondo nazionale per le politiche migratorie, destinato al finanziamento dei programmi annuali e pluriennali degli enti locali in tema di accoglienza e integrazione. Nello specifico, è nel regolamento di attuazione[7] che vengono stabilite le modalità di funzionamento e ripartizione del fondo, con un richiamo agli accordi di programma che potrebbe suggerire una scelta di coinvolgimento degli enti locali ed altri attori nella fase di definizione dei piani regionali [Caponio, 2006].

Si viene a creare, così, un'architettura delle competenze istituzionali piuttosto indefinita, dove i margini di discrezionalità e di incisività degli attori coinvolti nell'intero processo di *policy* crescono sempre di più. Ne deriva un quadro territoriale estremamente frammentato, caratterizzato da differenziazione e "localismo dei diritti" [Zincone, 1994]. A ciò si aggiunga che, a supporto del processo di integrazione locale, fin dall'inizio della storia dell'immigrazione si è sviluppato un variegato insieme di organizzazioni pro-immigrati che, in appoggio alle necessità di prima e seconda accoglienza, hanno assunto un ruolo di mediazione tra le istituzioni e gli immigrati, nella prospettiva di ottenere un più equo accesso ai servizi del *welfare* locale e ai luoghi di definizione delle politiche [Ambrosini, 2000].

La riflessione sul tema della salute degli immigrati, in particolare, ha coinvolto dapprima le organizzazioni del privato sociale e del volontariato, e solo successivamente anche gli attori pubblici, in quella sorta di doppia velocità che ha caratterizzato il rapporto tra le politiche pubbliche e l'immigrazione.

Per approfondire la cornice all'interno del quale si è mosso l'associazionismo promigranti rispetto al tema della salute, ci sembra utile comporre una sorta di cassetta degli attrezzi dei concetti e dei percorsi teorici di riferimento che hanno informato le politiche pubbliche in senso partecipativo negli ultimi quindici anni.

Verso un welfare partecipato

Queste dinamiche particolari del settore di *policy* della salute degli immigrati, si inseriscono nelle linee di cambiamento che interessano, in questi ultimi decenni, le politiche sociali. In particolare, la trasformazione del ruolo delle amministrazioni pubbliche con il passaggio da un ruolo di comando e controllo, che implica anche la dominanza di un regime pubblico di erogazione di servizi e prestazioni, ad un ruolo di *enabling*, che valorizza i potenziali sociali di azione e auto-organizzazione dei cittadini. Perde perciò terreno quel modello verticale e gerarchico nel cui ambito gli interessi generali vengono fissati e riconosciuti dall'autorità pubblica, e matura l'esigenza di trovare nuovi dispositivi in grado di consentire il confronto tra una varietà di attori e di visioni differenti per individuare finalità collettive e soluzioni condivise.

Il tratto comune che lega gli approcci e gli strumenti di *policy* prevalenti, in questo contesto, è l'accento che essi pongono sulla dimensione processuale dell'azione pubblica.

La nozione di *governance* intende proprio riflettere questo spostamento dei riferimenti dell'azione pubblica dalle strutture per il governo ai processi per governare. Il concetto di *governance*, infatti, nasce dall'idea di partecipazione come principio fondante delle attività di pianificazione delle attività economiche e sociali [Mayntz, 1999].

Le istituzioni governative hanno così accresciuto la loro dipendenza dalla cooperazione e dalla mobilitazione delle risorse di altri attori politici e oggi, sicuramente più di prima, le politiche sono flussi continui di azione con una forte interdipendenza fra attori, fra settori, fra livelli che disegnano trame reticolari e policentriche.

In tale contesto il passaggio dal *government* alla *governance* ci mostra l'evidenza di un mutamento dei criteri regolativi del *welfare* in cui le articolazioni periferiche dell'amministrazione non giocano un ruolo meramente esecutivo delle politiche decise dal centro, ma sono responsabilizzate esse stesse nella costruzione di reti di governo aperte all'interazione tra una platea più ampia di attori pubblici e privati. Nel corso degli ultimi anni, infatti, le politiche sociali stanno assumendo sempre più chiaramente il profilo di politiche co-prodotte.

Il legislatore ha dato specifiche disposizioni per incoraggiare o regolare questo tipo di processi decisionali integrati. La prima norma, in questo senso, è stata emanata nel 1990 con l'istituzione degli accordi di programma. Benché la norma preveda il coinvolgimento delle sole amministrazioni pubbliche, e non di tutti gli interessati, essa sottolinea l'esigenza dell'integrazione e richiede che questa esigenza debba essere soddisfatta attraverso un confronto diretto, destinato ad arrivare ad un accordo.

Da allora sono state introdotte forme più ampie di inclusione nei processi decisionali, dove non sono coinvolte solo le pubbliche amministrazioni, ma anche i soggetti privati. I settori più coinvolti sono:

- le politiche di sviluppo locale: la concertazione *dal basso* o *decentrata* è nata come risposta alla crisi dell'intervento straordinario del Mezzogiorno e ha conosciuto, poi, un continuo sviluppo con i patti territoriali, i contratti di area, i progetti integrati territoriali;
- le politiche urbane: agli inizi degli anni '90 vengono varati i PRU, i PRIU e poi i PRUSST che vengono concepiti come programmi integrati, poi i Contratti di Quartiere (legge n. 662/1996 ribaditi nella legge n. 21/2001);
- le politiche dei tempi e degli orari;
- le politiche ambientali;
- le politiche sociali: un primo passo è stato fatto con la legge sull'infanzia e l'adolescenza (legge n. 285/1997), che prevede espressamente l'elaborazione del

piano territoriale attraverso la concertazione tra diversi enti. Ancora più specificatamente la *legge quadro sulle politiche sociali* (n. 328/2000) che indica una serie di soggetti, pubblici, privati, del terzo settore, che possono essere coinvolti nell'elaborazione dei piani di zona.

Osservando il cammino compiuto negli ultimi 10-15 anni si può affermare che esiste una netta tendenza da parte del legislatore ad ampliare i confini delle procedure concertative e consensuali, fino ad indicarle come metodo privilegiato per affrontare i problemi complessi.

L'amministrazione non prende direttamente le decisioni. È stata, infatti, definita amministrazione catalitica; il catalizzatore è quella sostanza chimica che non partecipa direttamente a una reazione ma la favorisce o addirittura la rende possibile. Allo stesso modo l'amministrazione non prende le decisioni in prima persona, ma cerca di prenderle con altri o di farle prendere da altri, ossia di stimolare la partecipazione, l'iniziativa e la corresponsabilizzazione della società civile.

Lo spostamento dell'attenzione sugli attori e sulla loro dimensione integrata corrisponde anche alla maggiore rilevanza che assumono le attività ordinarie, quotidiane, contrattate e realizzate su piccola scala rispetto alle soluzioni generali imposte dall'alto.

Questo cambiamento di prospettiva si lega all'emergere di un *welfare* attivo, caratterizzato da un'azione promozionale dell'intervento pubblico, volta a favorire una maggiore responsabilità, ma anche un maggiore *empowerment* dei cittadini. Il valore aggiunto di una partecipazione consapevole può anche essere rintracciato nella capacità del tessuto associativo locale di favorire processi di aggregazione degli interessi e di rappresentare le istanze della comunità locale presso le istituzioni.

L'implementazione delle politiche

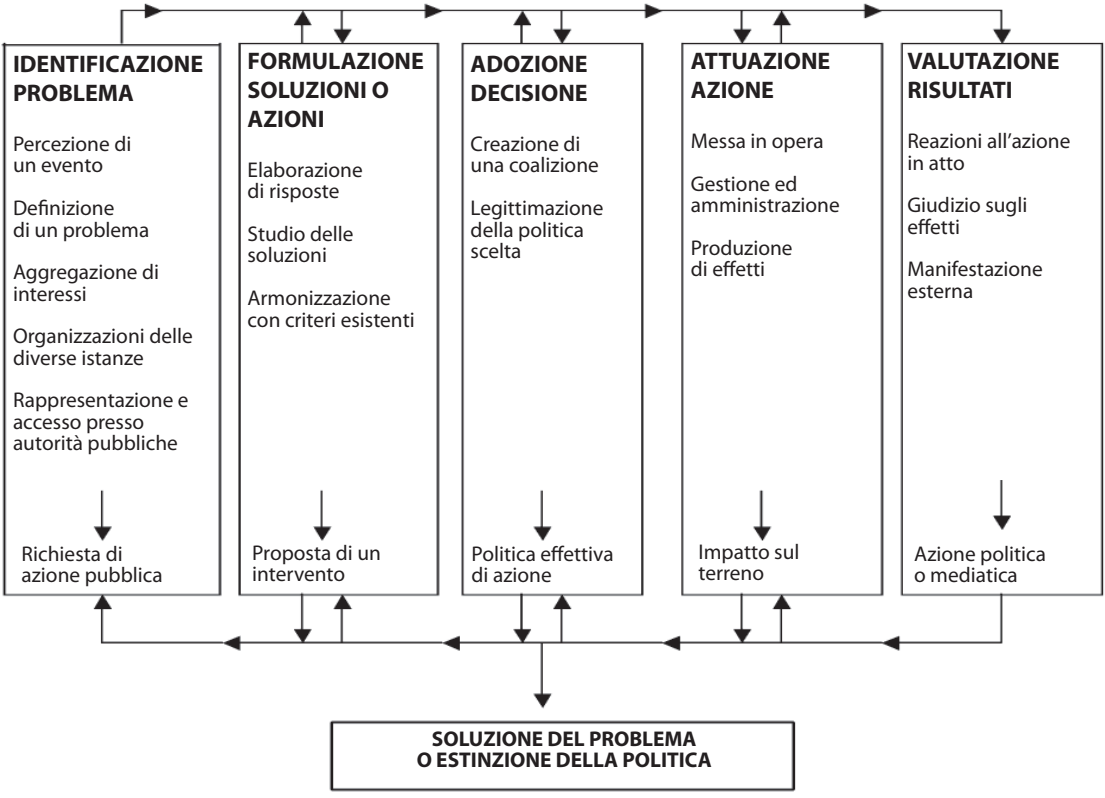
Per molti anni il riferimento alla produzione di una politica è stato la metafora della "macchina amministrativa", cioè di un meccanismo perfetto dove ad un passaggio ne seguiva, necessariamente, un altro con una visione fortemente tecnico-razionale. Inserita in questo punto di vista, la fase di messa in opera delle decisioni prese risultava un passaggio poco significativo. Agli inizi degli anni '80 la rivalutazione per la fase dell'implementazione delle politiche è rinata, disegnando due modelli.

Uno tende ad interpretare la fase di messa in opera alla luce della considerazione che l'esecuzione è un evento di natura strumentale, focalizzando l'attenzione sui funzionari amministrativi, visti come semplici esecutori degli obiettivi decisionali. La pubblica amministrazione appare come un'organizzazione complessa, che attraverso attività specifiche ha il compito di dare esecuzione alle decisioni politiche di governo. L'altra prospettiva ha invece un approccio capovolto, dal basso verso l'alto, e prende le mosse dalle situazioni in cui il personale amministrativo, a livello periferico, si trova ad interagire direttamente con i destinatari del provvedimento. Il primo modello è conosciuto sotto la formula *top-down*, il secondo come *bottom-up*.

Il modello top-down mette in risalto il primato dell'autorità gerarchica in base alla quale è sufficiente emanare un ordine perché i decisori, che si trovano al vertice della piramide burocratica, possano fare pieno e completo affidamento sull'esecuzione da parte dei livelli inferiori. La messa in opera avviene seguendo la linea gerarchica; dal vertice politico fluisce, attraverso i vari livelli, fino alla base che completa la realizzazione di una politica pubblica. Amministratori e politici, pur diversi per natura dei loro mandati e per vincoli di comportamento, possono avere in comune la

volontà di conseguire l'ottimizzazione del rapporto tra risorse investite e risultati ottenuti. Il modello bottom-up, invece, inverte completamente la visione precedente del processo di attuazione di una politica pubblica e tenta di dare una chiave interpretativa alternativa. La prospettiva di analisi in questo caso tende a concentrarsi tanto sugli attori e sulle organizzazioni quanto sulle loro relazioni. La *policy* viene attuata grazie ad un processo che vede coinvolto in un principio circolatorio tutti gli attori: dal decisore al destinatario del provvedimento, passando attraverso la macchina burocratica, tutti sono coinvolti a creare un flusso di cambiamenti.

Tabella 1. Il disegno del processo di *policy-making*



Fonte: Mény e Thoenig, 1991; Jones, 1970.

I *policy networks*

In Italia il ruolo del terzo settore nella promozione della partecipazione dei cittadini agli spazi di decisione politica è stato riconosciuto formalmente dalla normativa nazionale ai soggetti del non profit, quali attori che concorrono, con l'attore pubblico, alla costruzione dell'assetto del *welfare*. La compresenza di attori del pubblico e del privato comporta la formazione di soluzioni proprie del *welfare mix*, a volte riconducibili alla forma dei *policy networks.* Anche nel campo della salute degli immigrati si è instaurata questa collabo-

razione: si assiste sul territorio allo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di *policy*.

Il concetto di *network* come nuova forma di organizzazione sociale è stato applicato per descrivere e analizzare il contesto sociale e politico fra i quali operano gli attori nei più disparati campi di indagine e sembra essere diventato "il nuovo paradigma per l'architettura della complessità"[8]. Nel campo della politica pubblica l'analisi del *policy network* cerca di spiegare lo sviluppo di una *policy* esaminando la rete degli attori che si occupano di un problema politico specifico. Il *policy network* è concepito come un concetto che spiega le intermediazioni dei gruppi di interesse e la distribuzione del potere nelle democrazie e si riferisce a un modello di *policy-making* che permette di connotare le relazioni strutturali, le interdipendenze e le dinamiche tra una pluralità di attori coinvolti in un'area di *policy*, di analizzare l'esistenza di alleanze per lo scambio delle risorse disponibili tra gli attori e di comprendere se i loro legami costituiscono una rete di relazioni e di interessi.

Una possibile definizione di *policy networks* li descrive come quegli "insiemi di legami di relazioni relativamente stabili e in corso che mobilizzano e mettono in comune risorse disperse così che l'azione collettiva (o parallela) può essere orchestrata verso la soluzione di una comune policy"[9].

Partendo dal presupposto che nessuna organizzazione può generare da sola le risorse di cui necessita, intese in termini di capitale, di risorse umane, di *know-how*, la teoria dell'interdipendenza delle risorse ritiene che ciascuna organizzazione necessita di riferirsi ad altre organizzazioni con cui condividere quelle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il ricorso a questa sorta di "fonte esterna" è in funzione del raggiungimento della meta prefissata, così come frequenza dell'interazione, intensità e centralità della stessa, danno la misura della connessione tra le diverse organizzazioni.

I tipi di reti possibili possono essere innestate su di un continuum che varia, a seconda del diverso grado di apertura verso l'esterno, dalle reti chiuse (*policy communities*), alle reti aperte (*issue networks*).

Le comunità politiche sono reti chiuse, con un limitato numero di partecipanti stabili, identificabili in determinati organismi del governo centrale o di sottocomparti all'interno di questi organismi, un gruppo di interesse o due gruppi che rappresentano interessi non competitivi. Certe comunità includono "esperti" del governo, di altre istituzioni o università. Una *policy community* è una forma istituzionalizzata di relazione che favorisce certi interessi ed esclude altri e può includere istituzioni sia formali sia informali. Possiamo trovarci di fronte a un comitato consultivo, istituzionalizzato, o più semplicemente, a rapporti di contatto informale, quotidiani.

Al contrario, gli *issue networks* non si caratterizzano per contatti formalmente istituzionalizzati tra gruppi e governi. Si sviluppano generalmente in aree nuove dove nessun gruppo ha un dominio pre-stabilito o dove non esistono istituzioni stabili, che a priori sanciscano l'esclusione di qualcuno. Oppure attorno a convincimenti che sono saldamente diffusi tra la gente come, solo per fare un esempio, il tema della pace o dell'ambiente. Sono quindi reti aperte, con un numero ampio di partecipanti e si contraddistinguono per contatti fluttuanti, di intensità e frequenza non elevati, visto il consenso limitato alla natura specifica dei problemi o delle soluzioni, con un accesso alle risorse sostanzialmente diseguale.

Nel caso di una coalizione di appoggio o

Tabella 2. Tipi di policy networks

		Issue network	*Policy community*
MEMBRI	NUMERO DI PARTECIPANTI	Esteso	Limitato, esclusione di altri gruppi
	TIPO DI INTERESSI	Ampio	Dominio di interessi economici e professionali
INTEGRAZIONE	FREQUENZA DI INTERAZIONE	I contatti fluttuano in frequenza ed intensità	Frequente, alta qualità, interazione di tutti i gruppi su tutte le materie legate alle politiche di riferimento
	CONTINUITÀ	Accesso fluttuante	Valori di base e risultati persistono nel tempo
	CONSENSO	Un certo grado di accordo, ma conflitto presente	Tutti i partecipanti condividono valori basilari ed accettano la legittimità dei risultati
RISORSE	DISTRIBUZIONE DI RISORSE DENTRO LA RETE	Alcuni partecipanti possiedono risorse ma sono limitati. La relazione basilare è la consultazione	Tutti i partecipanti possiedono risorse. La relazione basilare è una relazione di scambio
	DISTRIBUZIONE DI RISORSE DENTRO LE ORGANIZZAZIONI PARTECIPANTI	Variabile	Gerarchia, i leader possono deliberare coi membri
	POTERE	Poteri disuguali che riflettono risorse e possibilità di accesso ed accesso disuguali – gioco di somma zero	Equilibrio di potere tra i membri. Gioco a somma positiva

Fonte: Marsh e Rhodes, 1992.

di sostegno ad una certa linea di intervento politico, costituita da individui (politici eletti, amministratori, esperti, leader di gruppi di interesse ma anche appartenenti ad associazioni e organizzazioni del terzo settore) che condividono un particolare sistema di credenze e che danno vita ad una certa attività coordinata e continuativa nel tempo, in letteratura si è parlato di *advocacy coalition*. Una delle premesse fondamentali dell'approccio dell'*advocacy coalition* consiste nel rite-

nere che l'unità di analisi fondamentale per comprendere il *policy change* sia un intero insieme di attori, sia individuali sia collettivi, organizzazioni pubbliche e private, che sono più o meno regolarmente interessati ad uno specifico problema e che costituiscono la rete di protagonisti che concorrono alla formazione e alla gestione di una politica pubblica. Il modello prevede che gruppi interessati ad un cambiamento politico formino delle aggregazioni, composte da numerosi membri che ricoprono ruoli tra loro anche molto diversi, ma che condividono l'interesse per una determinata riforma, uno stesso sistema di credenze ed agiscono in maniera coordinata e continuativa per un certo periodo di tempo. Esiste quindi la possibilità di reti concorrenti o antagoniste, che sostengono cioè linee di intervento diverse sullo stesso *issue*. Le diverse coalizioni si affrontano all'interno del campo di riferimento al fine di ottenere ognuna il cambiamento politico voluto.

Un'altra forma di interazione reticolare tra gli attori del processo di *policy-making* è quella tipica dei gruppi di pressione. Un gruppo di lobby, per introdurre in agenda una rivendicazione o per partecipare alla formulazione di una decisione, deve riuscire a rappresentarsi come la fonte d'informazione più autorevole e più aggiornata su materie specifiche. L'informazione risulta, infatti, come l'effettivo potere di influenza sugli organi preposti alla decisione pubblica. Tramite la propria *expertise* nelle materie che riguardano i propri interessi, le lobby godono di un vantaggio, individuato in un sapere tecnico e in un sapere sociale utilizzabile nei confronti degli organi di governo. Il sapere tecnico consente all'esperto un vantaggio d'informazione sul decisore pubblico, mentre il sapere sociale riguarda conoscenze legate all'ambiente esterno. Le attività di informazione prevedono ad esempio la contrattazione diretta con il singolo funzionario pubblico, al di fuori delle sedi istituzionali, come gli incontri informali, la conversazione telefonica, le lettere personali, ma anche l'elaborazione di documenti, dati e analisi, *position paper*, studi sperimentali, presentati in modo volontario per attirare l'attenzione su un dato argomento o dietro richiesta dei funzionari. Il gruppo di pressione può esercitare un'azione indiretta, volta ad influenzare il decisore pubblico attraverso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica o di uno specifico settore, ad esempio tramite campagne, pubblicità o dimostrazioni di protesta. Ma i gruppi non si limitano ai meccanismi formali di consultazione. Utilizzano anche forme di pressione informale, come i rapporti personali con i responsabili e il contatto con i responsabili favorevoli e non alla proposta. Affinché questo tipo di relazioni sia proficuo, risulta utile avere tra le proprie fila attivisti istituzionali, cioè membri del gruppo di interesse che fanno parte anche della struttura istituzionale, tramite la partecipazione a comitati consultivi o comitati di esperti. In alcuni contesti questa rappresentanza, definita di élite, può essere fondamentale perché permette di ottenere informazioni in anticipo, che consentono di programmare l'attività, di intervenire eventualmente sui processi decisionali o di far fronte ad interferenze opposte da altri interessi o lobby o dalla competitività di altri gruppi nello stesso settore.

Le arene deliberative

Nelle democrazie contemporanee un numero limitato ma crescente di scelte pubbliche viene compiuto attraverso processi in cui amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni, grandi e piccoli interessi organizzati e anche cittadini comuni vengono chiamati a confrontarsi e ad affrontare insieme pro-

blemi pubblici. Nello studio dei processi di costruzione delle decisioni pubbliche queste pratiche vengono identificate come «concertazione», «partecipazione», «consultazione».
Diviene, a questo proposito, interessante riflettere sulle forme di azione politica e sociale di attori individuali o organizzati che intervengono direttamente, senza mediazioni di natura rappresentativa o istituzionale, su questioni di rilevanza collettiva.
Per analizzare questi processi risulta utile il modello della democrazia deliberativa, che rintraccia nell'inclusività e nella deliberazione due condizioni per un buon funzionamento dei meccanismi della democrazia. Quindi un primo punto è cercare di rendere partecipi, su di un piano di parità, coloro che sono coinvolti delle conseguenze della decisione, un secondo è quello di far svolgere il confronto tra i partecipanti sulla base di argomenti imparziali.
Da un lato il modello della democrazia deliberativa può fare luce sulle pratiche, all'inverso le pratiche possono portare qualche chiarimento rispetto al modello, nel senso di specificare attraverso quali accorgimenti è possibile aprire il processo decisionale a tutti gli interessati e creare spazi per un confronto costruttivo.
Rispetto all'inclusività le vie che si sono sperimentate sono sostanzialmente due. Il sorteggio, dove un campione casuale di cittadini affronta la questione da discutere, sostituendo al principio della rappresentanza quello della rappresentatività statistica. La seconda via consiste nel creare un'arena con la presenza di tutti i punti di vista rilevanti rispetto al problema. Non ha importanza che i soggetti che partecipano siano rappresentativi, ma che lo siano i punti di vista sostenuti.
Possono quindi verificarsi diverse modalità di inclusione. Ci possono essere arene in cui sono rappresentati solo gli attori pubblici, oppure dove sono inclusi i grandi gruppi organizzati, o ancora composizioni che riflettono in modo capillare l'articolazione degli interessi e dei valori della società.
Per quanto riguarda la deliberazione, il punto fondamentale risulta essere l'attenzione non tanto per l'aggregazione delle preferenze, quanto la loro trasformazione durante il confronto e la discussione. All'interno delle esperienze concrete, infatti, si può rintracciare una preferenza verso la discussione e la trattativa: cercando di evitare una votazione a maggioranza, gli attori ricercano un accordo. Le esperienze concrete tendono così a collocarsi tra due estremi: da una parte arene tendenzialmente chiuse, formate da pochi attori con interessi affini e spesso però contrapposti; dall'altra arene aperte con la presenza di molteplici attori portatori di interessi multiformi. L'aspetto più significativo consiste nel fatto che le esperienze concrete si stanno muovendo dal primo al secondo estremo; sottolineando la tendenza verso la concertazione diffusa tra molti, come riflesso della consapevolezza dell'importanza sia dell'impostazione processuale nella costruzione delle politiche, sia del confronto tra soggetti non inseriti in modelli gerarchici ma all'interno di reti di relazione e condivisione.
La scelta delle istituzioni pubbliche di fare un passo indietro, di affidare la soluzione di una problematica al confronto diretto tra i soggetti interessati, appare come il tratto distintivo di queste pratiche. La modalità dell'affidamento può essere diversa, in certi casi le istituzioni attuano una vera e propria delega, più spesso attribuiscono ai risultati un valore consultivo.
Le istituzioni è come se scegliessero – parzialmente e temporaneamente – di non risolvere i problemi secondo i meccanismi classici della democrazia rappresentativa ma di ritagliarsi un ruolo come promotori del confronto e garanti della correttezza dei procedimenti. Il coinvolgimento di una

pluralità di attori è anche il riflesso della necessità di predisporre politiche integrate, ossia di affrontare problematiche complesse da diversi punti di vista superando la separazione tra le discipline e tra i settori; attraverso un processo dove integrazione e inclusione si sostengono vicendevolmente.
Ad accomunare l'insieme di queste iniziative possiamo ritrovare una serie di tratti che riconducono alla fiducia come presupposto comune:

- Fiducia nel *logos*, nell'atto del comunicare, nelle pratiche discorsive, «dialogo vuol dire mettere insieme molte voci, molte storie, molte prospettive, molte esperienze con l'obiettivo di aumentare la comprensione degli altri e di noi stessi. È una discussione facilitata, sicura e onesta, orientata a fornire l'occasione di raccontare la propria storia, di ascoltare gli altri e di costruire un'intesa»[10].
- Fiducia nella riflessività, cioè quella capacità tipicamente umana che ci permette di vedere i contorni delle nostre reazioni, delle nostre preferenze e dei nostri preconcetti anche mentre li stiamo utilizzando: «…gli esseri umani possono fare oggetto di riflessione e di apprendimento il gioco del *policy making* anche mentre lo stanno giocando; più precisamente durante l'azione essi sono capaci di riflettere sui conflitti tra i *frames* su cui si basano le controversie, in modo da scalfire la loro intrattabilità»[11].
- Fiducia nel sostenere il rafforzamento dello spirito civico, contrapposto a quello cinico, che verrebbe invece promosso dalle procedure tradizionali. I metodi deliberativi permettono l'emergere di una visione dell'interesse generale più ampia e lungimirante, aumentando la fiducia nelle risorse della convivenza democratica.

I limiti di questi processi possono essere rintracciati, da un lato, nelle circostanze che vincolano la loro messa in atto. Infatti di solito le arene deliberative riguardano problemi di ordine *locale* e sono poco praticabili in presenza di visioni molto conflittuali tra loro. I movimenti collettivi non sempre condividono l'impianto delle pratiche deliberative, ritenendo di essere trascinati in un terreno improprio, dove alto è il rischio di *cooptazione*. D'altronde le prassi della democrazia deliberativa sono alternative alle pratiche tipiche della pressione. Il primo cerca il confronto diretto, con il presupposto che possa esistere un terreno comune su cui ragionare, il secondo presuppone una netta divisione dei ruoli, permettendo ai movimenti di mantenere la propria autonomia e la propria identità.
Dall'altro lato in circostanze idonee – ci sono i limiti che riguardano l'efficacia di tali processi. Il passaggio dalle raccomandazioni emerse e dai progetti proposti alle decisioni formali dell'istituzione governativa è molto delicato ed assai problematico. Nel dar corso agli orientamenti emersi, i passaggi dei meccanismi politici e burocratici possono alterare i significati e i tratti delle decisioni prese. Questo può essere motivo di disillusione e frustrazione per i soggetti che hanno partecipato, ipotecando partecipazioni future.

La rete vista da dentro

Nelle diverse modalità di aggregazione politica e nelle prassi di *governance* il ricorso all'idea di rete, come richiamo ad una struttura che permette l'interazione tra soggetti diversi legati da relazioni eterogenee, risulta piuttosto diffuso. Bisogna però ricordare che la rete è anche un modo di vedere la realtà e lavorare dentro di essa, uno strumento e una metodologia di lavoro. Ed in questa chiave di lettura, ciò rappresenta un "valore", nel senso cognitivo del termine, come ciò che è valido per costruire efficacemente una meta

e una motivazione capaci di orientare un comportamento individuale integrato in un "costume" valorizzato da un consenso collettivo. Entra, così, a far parte di un mondo condiviso nella cultura di lavoro del gruppo, dà senso ad una serie di comportamenti dei suoi membri, stabilisce comportamenti attesi e costituisce un codice comunicativo con gli interlocutori esterni al gruppo.

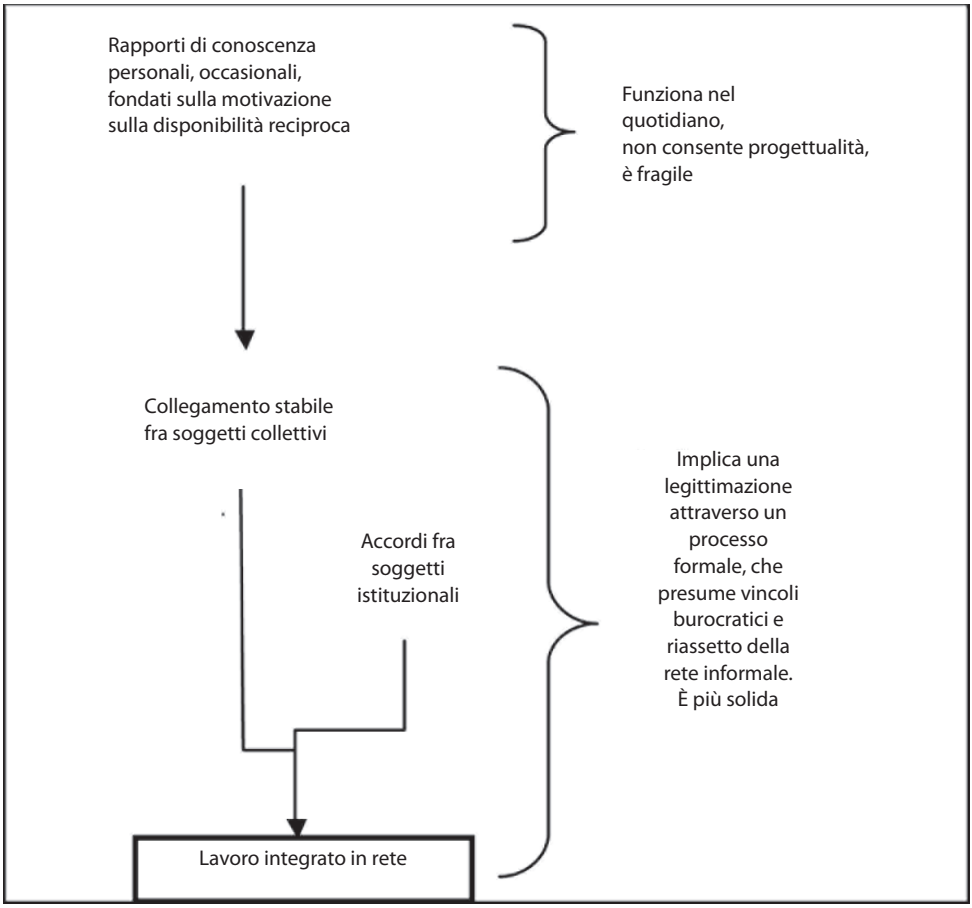
Rispetto al processo di strutturazione di una rete in un gruppo di lavoro vanno richiamati alcuni elementi:

- Nel momento dell'accesso alla rete si stabiliscono dei collegamenti che come legami di senso tendono a mantenersi ed ad approfondirsi. Si passa quindi dalla situazione di rapporti di conoscenza personali, tra operatori, fragili perché legati alla presenza di persone fisiche e alla loro disponibilità, al rapporto fra istituzioni, dunque con un maggior livello di formalizzazione e quindi con la possibilità che questa rete continui a funzionare indipendentemente dalla sorte del singolo operatore.
- La solidità del collegamento ha a che fare con il suo riconoscimento ufficiale, che implica sul medio-lungo periodo una riallocazione delle risorse e una definizione di vincoli reciproci attraverso l'individuazione di percorsi, linee guida, protocolli. Dal collegamento verso l'integrazione, l'esperienza insegna che si hanno situazioni in cui il collegamento informale funzionante tra gli operatori corre il rischio di essere delegittimato nel momento del passaggio allo status formale.
- Uno scambio protratto produce migliore conoscenza tra gli operatori dei servizi, un vero e proprio scambio culturale: di conoscenze in senso stretto, informazioni, dati, casistica, documentazione; di metodologia; di progettazione; di immagini di rete.
- Come in ogni situazione relazionale, la presenza dell'altro fa emergere nuove immagini e nuovi contenuti non visibili dal proprio punto di vista, ma anche nuove soluzioni. La rete assolve così una funzione di feedback in tempo reale, fruibile in modi diversi: in rapporto alla gestione di un caso piuttosto che alla situazione del gruppo in quel momento. In particolare ha come valore l'aggiustamento reciproco dei comportamenti di rete attesi dai soggetti della rete.
- La rete individua un'appartenenza. Se lo scambio ha prodotto una cultura di rete tra i soggetti coinvolti, ciò sta a significare che fra tutti i contraenti esiste un consenso attorno all'idea che un certo tipo di lavoro, il perseguimento di certi obiettivi, non è possibile senza la presenza dell'altro.

In definitiva, ciò che si vuole sottolineare è che, al di là della sua capacità di analizzare lo sviluppo delle politiche, può comunque essere utile cercare di capire come sono strutturate le reti dato il loro crescente accreditamento e il loro ruolo nel sistema di *governance*.

Prendendo in considerazione i principali modelli, essi possono essere usati come un attrezzo strategico dai membri del settore del volontariato che si occupano di un problema di politica pubblica, per sviluppare una migliore comprensione del contesto nella quale lavorano e le opzioni utili per raggiungere i loro obiettivi strategici. Un'organizzazione del privato sociale può, attraverso un'analisi del *policy network*, comprendere il contesto in cui si muove, le risorse che ha a disposizione, le sue debolezze, i suoi limiti e le varie opzioni strategiche. Capire a quale coalizione si appartiene, quale è il sottosistema politico in quale opera, può migliorare l'efficacia dei suoi sforzi di a*dvocacy* e la sua coordinazione con altre organizzazioni. Risulta utile che

Tabella 3. Le fasi di strutturazione di una rete



Fonte: adattato da Del Rio, 2010

i membri della rete siano consapevoli delle risorse reciproche, delle proprie aree di *expertise*, e della propria volontà di portare a termine compiti specifici. La mappatura delle relazioni strette all'interno della coalizione di *advocacy*, tra volontari e persone con ruoli amministrativi e politici, può aiutare, per esempio, nella progettazione delle campagne di pressione.

In questo modo, indipendentemente dal livello raggiunto dalla teorizzazione, è possibile ridefinire i processi di *policy-making* che si svolgono nella società ed avere chiavi di lettura e di consapevolezza che facciano fare il salto di qualità alla partecipazione. Poiché attraverso la partecipazione ci si organizza collettivamente e si può agire su una struttura di disuguaglianza quale il fragile diritto alla salute dei migranti, non in vista di un vantaggio soggettivo ma di un rafforzamento dei valori della solidarietà. Poiché, come ha mostrato Alessandro Pizzorno, la partecipazione è anche "un modo di lottare, con mezzi che ora possiamo chiamare *politici*, contro le condizioni della disuguaglianza proprie della società" [Pizzorno, 1966].

Questo contributo è stato scritto nel febbraio del 2007 e rivisto per l'attuale pubblicazione. Le osservazioni presentate sono uno dei frutti delle attività di ricerca del progetto Giving new subjects a "voice". Cultural Diversity in the Health-care System, progetto internazionale che in Italia vedeva impegnato il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Trento a cui afferivano le due autrici.

Note

1 A riguardo, di notevole interesse il saggio di G. Baglio ed E. Materia in questo stesso volume.

2 Intesa nella sua accezione sostanziale di set di diritti e doveri connessi al godimento della cittadinanza formale (Bauböck R.).

3 In italiano abbiamo un'unica parola – *politica* – per indicare due fenomeni che in inglese è possibile distinguere con due parole diverse: *politics,* per riferirsi alla politica, nel senso di parlare di elezioni, partiti, istituzioni di governo, di legittimazione, di controllo e partecipazione e così via; e *policy* volendo indicare un programma o una scelta di azione.

4 I riferimenti in ambito di disuguaglianza di salute sono molteplici, preme qui ricordare come nei meccanismi che producono differenze di salute, la componente etnica sembra essere essenziale nel contribuire a creare una condizione sfavorevole che va al di là dello svantaggio di classe [Nazroo, 1998].

5 Per una trattazione esaustiva del tema cfr. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali* di Geraci S., Bonciani M. e Martinelli B., 2010.

6 Le politiche dell'immigrazione possono essere suddivise fondamentalmente in due settori [Hammar, 1990] che vedono mobilitati attori diversi. Il primo riguarda le *immigration policies*, che definiscono le condizioni di ingresso e permanenza all'interno del Paese, e le politiche di controllo delle frontiere e di lotta all'immigrazione illegale. Il secondo invece riguarda le *immigrant policies*, le modalità e i percorsi attraverso i quali l'immigrato viene incorporato nella società di accoglienza.

7 Emanato con D.P.R. del 31 agosto 1999, n. 394.

8 Kenis e Schneider, 1991, p. 25. Per una trattazione completa sulla *network analysis* si veda Wasserman e Faust, 1994, e Scott, 2000.

9 Kenis e Schneider, 1991, p. 25.

10 Dalle pagine web del Jen Murphy Gorge Mason University's UDRP Dialogue Project, www.gmu.edu/org/UDRP.

11 Shon e Rein, 1994, pp. 37-38.

Bibliografia

- Ambrosini, M. [2000], *Senza distinzioni di razza. Terzo settore e integrazione degli immigrati*, in "Sociologia e Politiche Sociali", n. 3, 3, pp. 127-152.
- Caponio, T. [2006], *Città italiane e immigrazione. Discorso pubblico e politiche a Milano, Bologna e Napoli*, Bologna, Il Mulino.
- Hammar, T. [1990], *Democracy and the nation state: aliens, denizens and citizens in a world of international migration*, Brookfield, Gower Pub. Co.
- Jones, C.O. [1970], *An introduction to the study of public policy*, Belmont, Wadsworth Publishing.
- Kenis, P. e Schneider, V. [1991], *Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analitical toolbox,* in Marin, B. e Mayntz, R. (a cura di), *Policy network: empirical evidence and theoretical considerations,* Frankfurt, Campus.
- Mantovan, C. [2006], *Immigrazione e cittadinanza: autorganizzazione, partecipazione e rappresentanza degli immigrati in Veneto*, in AIS (a cura di), *Giovani sociologi 2005*, Napoli, Civis.
- Marin, B. e Mayntz, R. (a cura di) [1991], *Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analitical toolbox*, Frankfurt, Campus.
- Marsh, D. (a cura di) [1998], *Comparing policy networks. Public policy and management*, Buckingham, Open University Press.
- Marsh, D. e Rhodes, R.A.W. (a cura di) [1991], *Policy networks in British Government*, Oxford, Clarendon Press.
- Mayntz, R. [1999], *La teoria della governance: sfide e prospettive*, in "Rivista Italiana di Scienza Politica", n. 1, pp. 3-21.

- Mény, Y. e Thoenig, J.C. [2003], *Le politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino.
- Nazroo, J. [1998], *Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health*, in "Sociology of Health & Illness", 20, 5, pp. 710-730.
- Pizzorno, A. (1966), *Introduzione allo studio della partecipazione politica*, in "Quaderni di Sociologia", n. 3/4, pp. 231-287.
- Rhodes, R.A.W. [1997], *Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Buckingham, Open University Press.
- Sayad, A. [2002], *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Shon, D.A. e Rein, M. [1994], *Frame reflection: towards the resolution of intractable policy controversies*, New York, Basic Book.
- Tognetti Bordogna, M. [2004], *I colori del welfare*, Milano, Franco Angeli.
- Walzer, M. [1983], *Sfere di giustizia*, Milano, Feltrinelli.
- Wasserman, S. e Faust, K. [1994], *Social network analysis: methods and applications*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Zincone, G. [1994], *Uno schermo contro il razzismo*, Roma, Donzelli.

***Governance* e politiche sociali**

- Bobbio, L. [2002], *I governi locali nelle democrazie contemporanee*, Roma-Bari, Laterza.
- Fedele, M. [2004], *Le basi istituzionali del welfare locale. Processi di fissione e fusione prima e dopo la 328*, in "La rivista delle politiche sociali", II, n. 2, pp. 89-103.
- Mayntz, R. [1999], *La teoria della governance: sfide e prospettive*, in "Rivista Italiana di Scienza Politica", n. 1, pp. 3-21.
- Pavolini, E. [2003], *Le nuove politiche sociali. I sistemi di welfare tra istituzioni e società civile*, Bologna, Il Mulino.

Policy-making

- Borzaga, C. e Fazzi, L. (a cura di) [2006], *Del non profit socio-sanitario*, in "Salute e Società", anno 5, n. 1.
- Della Porta, D. [1999], *La politica locale*, Bologna, Il Mulino.
- Fazzi, L. [2003], *Costruire politiche sociali*, Milano, Franco Angeli.
- Jones, C.O. [1970], *An introduction to the study of public policy*, Belmont, Wadsworth Publishing.
- Leone, L. e Prezza, M. [1999], *Costruire e valutare nel sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Mény, Y. e Thoenig, J.C. [2003], *Le politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino.
- Tognetti Bordogna, M. [2005], *Immigrazione e politiche di welfare*, in Bracci, F. e Cardamone, G. (a cura di), *Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli.

Lobbying

- Caligiuri, M. (a cura di) [2000], *Le lobbies: queste conosciute*, Rende, Università degli Studi della Calabria.
- Fotia, M. [2002], *Le lobby in Italia. Gruppi di pressione e potere*, Bari, Dedalo.
- Graziano, L. [2002], *Le lobbies*, Roma-Bari, Laterza.

Arene deliberative

- Bobbio, L. (a cura di) [2004], *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*, Napoli, ESI. Si veda il sito http://www.cantieripa.it/allegati/A_più_voci.pdf.
- Bobbio, L. [2005], *La democrazia deliberativa nella pratica*, in "Stato e Mercato", XXV, n. 1, pp. 67-88.
- Ciarini, A. [2006], *Per una modellistica delle forme partecipative alle arene deliberative*, in "Quaderno di Ricerca", n. 6.
- Hajer, M.A. e Wagenaar, H. (a cura di) [2003], *Deliberative policy analysis. Understanding governance in the network society*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Pichierri, A. [2002], *La regolazione dei sistemi locali. Attori, strategie, strutture*, Bologna, Il Mulino.
- Young, I.M. [2001], *Activist challenges to deliberative democracy*, in "Political Theory", vol. 29, n. 5, pp. 670-690.

Policy network

- Borzel Tanja, A. [1998], *Le reti di attori pubblici e privati nella regolazione europea*, in "Stato e Mercato", n. 54, pp. 389-432.
- Kenis, P. e Schneider, V. [1991], *Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analitical toolbox*, in Marin, B. e Mayntz, R. (a cura di), *Policy network: empirical evidence and theoretical considerations*, Frankfurt, Campus.
- Klijn, E.H. e Koppenian, J. [2000], *Public management and policy networks: foundations of a network approach to governance*, in "Public Management: an international journal of research and theory", vol. 2, n. 2, pp. 136-158.
- Koppenjan, J., Kickert, W.J.M. e Klijn, E.H. [1997], *Managing complex networks. Network strategies for the public sector*, London, London Sage Pubblications.
- Marin, B. e Mayntz, R. (a cura di) [1991], *Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analitical toolbox*, Frankfurt, Campus.
- Marsh, D. (a cura di) [1998], *Comparing policy networks. Public policy and management*, Buckingham, Open University Press.
- Mongelli, A. [1999], *Geografia delle risorse sociali*, Milano, Franco Angeli.
- Rhodes, R.A.W. [1997], *Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Buckingham, Open University Press.

Reti

- Butera, F. [1990], *Il castello e la rete. Impresa, organizzazione e professioni nell'Europa degli anni Novanta*, Milano, Franco Angeli.
- Chiesi, A.M. [1999], *L'analisi dei reticoli*, Milano, Franco Angeli.
- Habermas, J. [1986], *Le teorie dell'agire comunicativo. Razionalità dell'azione e razionalità sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Mikkelsen, M. [2006], *Policy network analysis as a strategic tool for the Voluntary sector*, in "Policy Studies", vol. 27, n. 1.
- Piselli, F. [2001], *Reti. L'analisi di network nelle scienze sociali*, Roma, Donzelli.
- Scott, J. [2000], *Social network analysis: a handbook*, London, London Sage Pubblications.
- Shon, D.A. e Rein, M. [1994], *Frame reflection: towards the resolution of intractable policy controversies*, New York, Basic Book.
- Tognetti Bordogna, M. (a cura di) [2004], *I colori del welfare*, Milano, Franco Angeli.
- Wasserman, S. e Faust, K., *Social network analysis: methods and applications*, Cambridge, Cambridge University Press.

Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS

Guglielmo Pitzalis

GrIS Friuli Venezia Giulia, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Noi cantiamo perché teniamo duro
il nostro morire è per il nascere dei figli
quando cantiamo alziamo lontano
dal buio del bosco al cielo di aprile
il fuoco del nostro sangue, per il domani.

Cjant di Avrîl, Pierluigi Cappello

La sanità pubblica italiana appare fortemente caratterizzata da molte differenze regionali che determinano una situazione complessa nella definizione organizzativa dei servizi sanitari e sociali: anche se formalmente garantiti da norme legislative che si richiamano ai diritti umani sanciti dalla Costituzione, i criteri di accesso e di fruizione concretamente vengono declinati nelle varie articolazioni territoriali con approcci molto diversi, orientati verso l'inclusione o l'esclusione sociale.

In questa situazione l'impegno civile del GrIS, Gruppi locali territoriali **I**mmigrazione e Salute, è quello di favorire la conoscenza, la collaborazione, il confronto fra quanti quotidianamente lavorano per garantire diritto, accesso e fruibilità, valorizzando le buone pratiche e le esperienze di tutti, in una ottica di ricerca-azione partecipata. Di volta in volta, nelle varie situazioni locali, questo impegno assume caratteri:

- di resistenza democratica per difendere i diritti condivisi e combattere l'esclusione sociale;
- di proposta concreta per implementare e diffondere omogeneamente percorsi di accesso e di fruizione atti a favorire l'inclusione sociale;
- di sensibilizzazione, informazione, formazione ad un approccio transculturale senza stereotipi e pregiudizi, alle migrazioni e alla tutela della salute e della coesione sociale come bene comune di tutte le comunità locali.

Nelle esperienze dei GrIS, nella complessità attuale, la sfida quotidiana all'ignoranza e all'esclusione può essere affrontata concretamente solo con un impegno personale costante e determinato, pienamente integrato in un lavoro di rete multidisciplinare che coinvolga molti diversi punti di vista, istituzionali e non, dagli enti locali alla sanità pubblica, dagli ordini professionali al volontariato e alle associazioni di promozione sociale e culturale.

Sul territorio nazionale le esperienze dei GrIS sono estremamente variegate, sia per percorso di costituzione sia per modalità organizzative. Per conoscere i dettagli della realtà in cui si opera e costruire risposte coordinate alle istanze di salute dei migranti, i gruppi si strutturano come luoghi in cui condividere esperienze e creare una appartenenza, mettendo in comune le diverse competenze di ciascuno ed essendo reciprocamente disponibili a una cessione di sovranità.

Quando la realtà regionale, come purtroppo oggi frequentemente accade, è segnata da un cedimento culturale rispetto ai diritti e, quindi, dalla necessità di difendere i di-

ritti già acquisiti, per i GrIS si impongono sia la ricerca di logiche realistiche, anche attraverso la individuazione di pratiche e di azioni da intraprendere valorizzando le eccellenze presenti sul territorio, sia una attività di riflessione condivisa, di approfondimento culturale sul tema dell'esigibilità dei diritti, con l'obiettivo di accrescere le radici da cui possano poi nascere le proposte.
Di fronte alla confusione nell'erogazione dei servizi, alle diverse applicazioni del diritto alla salute, alla debole presenza di mediatori linguistico-culturali, elaborare e costruire una mappatura dei servizi offerti da enti pubblici e dal privato sociale per la salute e la accoglienza degli stranieri può essere il primo passo per "mettere in rete" gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative. Si potranno così rilevare le differenze tra i vari territori, tra i centri e le periferie; far conoscere e valorizzare le eccellenze e individuare aree critiche ed eventuali percorsi di tutela su cui è necessario intervenire, elaborando proposte in termini politico-organizzativi. Alla azione di *advocacy* sulle istituzioni, un'azione di stimolo e di pressione nei confronti degli enti locali e delle strutture sanitarie pubbliche, si affianca l'impegno per fare informazione e attivare discussioni e confronti sugli aspetti normativi specifici nazionali e locali e sulle iniziative intraprese. Molte persone, come volontari o come dipendenti di diversi enti ed istituzioni, si attivano ogni giorno per dare delle risposte agli stranieri, molte volte le domande sono le stesse oppure una domanda necessiterebbe di più risposte, tra loro diverse.
È nella esperienza quotidiana dei GrIS che si conferma il valore della Dichiarazione di Bratislava del 2007: "Le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo".
I GrIS in molte realtà territoriali hanno svolto un ruolo chiave mettendo in luce elementi che le istituzioni non erano in grado di evidenziare e risolvere. Gli appartenenti ai GrIS hanno permesso alle istituzioni di capire molte delle problematiche connesse al lavoro con gli immigrati ed al loro bisogno di salute. E questo è avvenuto come sintesi tra esperienza del settore pubblico e conoscenze dell'associazionismo. Anche se permane la criticità della scarsa partecipazione diretta degli immigrati, partendo "dal basso" (comunità locali, enti locali, province, aziende sanitarie) i vantaggi dei GrIS restano:

- la visione globale della mappa della rete;
- la progettualità coordinata con massimo rendimento delle risorse;
- il valore aggiunto nelle relazioni con gli operatori anche là dove si rileva la mancanza di referenti istituzionali.

Il bisogno di un contatto regolare e strutturato è tanto più sentito, in questo difficile momento politico, soprattutto là dove è più difficile l'interlocuzione con le amministrazioni regionali. Infatti per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici, nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle diseguaglianze da parte dei servizi sanitari regionali, non bastano solo il rispetto del codice deontologico e la valorizzazione della normativa internazionale e costituzionale sul diritto alla salute. Esse, per coesistere nell'attività quotidiana e nella programmazione dell'assistenza, richiedono continue negoziazioni e articolate flessibilità, nella consapevolezza di avere l'obbligo morale di prevenire e curare le malattie senza esclusioni. Infatti l'indispensabile approccio pluridimensionale alla promozione della salute è da attuarsi necessariamente all'interno di un'azione

politica e sociale ad ampio spettro che includa accoglienza, inserimento, casa, lavoro in presenza di numerose ordinanze di enti locali e di normative regionali concepite invece in funzione di esclusioni e di privilegi mirati ad accentuare differenze e diffidenze.

La frammentazione e la crisi delle politiche di settore per la salute e il benessere, può costituire un'occasione per far conoscere problemi e per cercare percorsi condivisi dalla popolazione, migrante e non. Spesso infatti esigenze e complessità d'integrazione, interazione e accesso ai servizi sono simili, come simili sono la esiguità dei bilanci dedicati al sociale o il sistema inadeguato dei trasporti pubblici. Per quanto la strada sia complessa e difficile, i GrIS sentono di dover impegnarsi in un'azione di promozione della coesione sociale delle comunità locali: affrontare questioni comuni, facendo riconoscere stereotipi e pregiudizi reciproci, in una ottica di contrasto alla politica della paura.

Siamo consapevoli che, per superare la sensazione di impotenza, dobbiamo condividere preoccupazioni, ansie, delusioni, informazioni, impressioni, scoperte, successi, tattiche e strategie in un quotidiano lavoro, multidisciplinare e transculturale, sostenuto da reciproca tolleranza e disponibilità, mettendo in disparte ogni presunta egemonia ideologica o culturale, con un attento ascolto di tutti le cittadine e i cittadini che, nuovi o storici, stranieri od autoctoni, di tante altre identità e culture, lingue e religioni, costituiscono oggi le nostre comunità regionali. Coltivare un'Italia delle diversità significa anche imparare a rileggere insieme in modo plurale la memoria collettiva della costruzione delle società e delle identità locali che, per le strade di antiche migrazioni o per il mutare di vecchi confini, già comprendono un mosaico fatto di molte comunità linguistiche allo-glotte e di gruppi e classi sociali portatrici di storie e di valori culturali ricchi di significative differenze.

Per lavorare quotidianamente nelle istituzioni ma anche nelle altre sedi di impegno civile e sociale, dalle piazze alle parrocchie, dai sindacati alle associazioni culturali, nei centri storici come nelle periferie delle città più grandi o nella miriade di piccoli paesi di cui è fatta una buona parte della Italia, per affrontare in modo adeguato e competente le problematiche è fondamentale una costante e intensa attività di formazione per gli operatori socio-sanitari e di informazione e sensibilizzazione per tutti i cittadini. Le proposte di progetti formativi su base territoriale offrono uniformità di approccio e conoscenza come prerequisito per garantire accessibilità ai servizi e processi di reale prevenzione sanitaria e si pongono come obiettivo la costruzione di solide basi culturali e tecniche per:

- strutturare e promuovere procedure organizzative condivise tra strutture e servizi , secondo criteri di equità, efficacia, efficienza e valutazione dei bisogni reali dei beneficiari;
- supportare e facilitare gli operatori nell'interazione con gli utenti stranieri;
- migliorare l'efficacia della presa in carico e superare complessità di relazione;
- supportare e facilitare gli utenti stranieri;
- promuovere informazione e conoscenza in particolare per donne e minori, per l'accesso ai servizi, nella corretta comprensione dei percorsi di cura.

Per questo i GrIS sono anche *luogo di elaborazione culturale*, di riflessione e di ricerca sulle questioni della evoluzione dei sistemi sanitari nell'economia globalizzata, del principio di sussidiarietà e dei modelli di welfare; ma anche *laboratorio di convivenza civile* e di costruzione di "modelli assistenziali innovativi" sulla domanda di salute di nuovi gruppi particolarmente fra-

gili quali richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, vittime della tratta.

I GrIS, nati spesso sulla base di rapporti di conoscenza personali (e una occasione significativa in tal senso è sempre stata la frequenza al Master sulla Medicina delle Migrazioni, Emarginazione e Povertà – MEMP), fondati sulla motivazione personale e sulla essenziale libertà delle collaborazioni, sulla disponibilità a mettersi in gioco e ad accogliere altri punti di vista e sulle concrete esperienze quotidiane, sono cresciuti cercando e costruendo progettualità e collegamento stabile fra soggetti collettivi.

Gli accordi fra soggetti istituzionali e il lavoro integrato in rete, attraverso processi formali, hanno comportato, accanto a una reciproca legittimazione, anche il confronto indignato e il conflitto costruttivo con vincoli burocratici e amministrativi che tendono ad escludere ogni alterità.

Come in ogni situazione relazionale, la presenza dell'altro fa emergere nuove immagini e nuovi contenuti, non visibili dal proprio punto di vista, ma anche nuove soluzioni.

Il GrIS assolve così una funzione di verifica in tempo reale, fruibile in modi diversi sia in rapporto alla gestione di un caso che rispetto alla situazione dei gruppi sociali, riconoscendo come un valore aggiunto l'aggiustamento reciproco dei comportamenti attesi dai soggetti della rete.

E nel locale queste non sono solo parole ma è prassi, è azione, forse faticosa ed a volte non ascoltata o valorizzata, dove il confronto, lo scontro, il conflitto si realizzano in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità con una trasformazione culturale del modo di essere e di stare insieme in un contesto pluridisciplinare.

Dai GrIS nasce così la riflessione sulla reciprocità dell'impegno, l'idea che l'immigrato non è oggetto passivo ma soggetto nei processi di inclusione e se necessario di cura; non più solo assistenza ed *advocacy* ma anche *empowerment*, l'aspirazione e la indifferibile necessità di essere nodi interattivi di una rete nazionale.

Testo della relazione tenuta all'XI Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – Palermo, 19-21 maggio 2011.

Analisi di un modello di rete locale socio-sanitaria. La storia. Le storie della Rete GrIS Lazio

Filippo Gnolfo

Azienda USL Roma A; GrIS Lazio, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Gli uomini somigliano più al loro tempo che ai loro padri.

Proverbio arabo

Mai una storia, la storia, è spiegabile pienamente al di fuori dell'analisi del momento in cui è avvenuta. Naturalmente il passato sarà oggetto di studio e ricerca. Ma il "presente"? Quando nel 1995 alcuni operatori delle associazioni e pochi operatori del servizio pubblico si incontrarono nell'ambulatorio Caritas di via Marsala, nessuno di loro sapeva che individui, organizzazioni e agenzie si stavano riunendo sulla base di interessi e questioni comuni in un gruppo organizzato secondo un'impostazione non gerarchica, fondato sull'impegno e la fiducia [WHO, 2000]. Nessuno sapeva che stava nascendo una rete, molti non sapevano che cosa fosse una rete, un network.

Uno storico ha detto "l'oggetto della storia è per sua natura l'uomo. O meglio: gli uomini. A una scienza del diverso si addice più del singolare, favorevole all'astrazione, il plurale, che è il modo grammaticale della relatività" [Bloch, 1949]. Per questo l'oggetto del nostro interesse sono sempre stati gli uomini e le donne, per questo la nostra è stata una "storia al plurale", più attori, più settori, più realtà, multiculturalità e multidisciplinarietà, per questo il nostro orizzonte di azione e di pensiero è stata la complessità [Materia e Baglio, 2008]. Complessità delle migrazioni, dei bisogni, dei contesti, del tempo della storia.

Per questo cercherò di raccontare la storia/le storie della Rete GrIS Lazio nel tempo della storia, in quattro periodi… [Gnolfo, 2007; Trillò, Gnolfo e Geraci, 2007].

La fase dell'esclusione. Profeti e pionieri

Nel 1973 per la prima volta il numero degli stranieri che immigrano in Italia supera il numero dei cittadini italiani che emigrano all'estero. All'inizio degli anni '80 gli immigrati diventano più visibili, agli stranieri presenti nel territorio nazionale sono assicurate le cure urgenti ospedaliere, gli stranieri residenti in Italia, a domanda, possono fruire dell'assistenza sanitaria (legge n. 33/1980). Oltre alle barriere culturali, linguistiche, comunicative all'accesso ai servizi si aggiungono quelle amministrative accentuate dalle normative emanate sull'immigrazione (legge n. 943/1986 e legge n. 39/1990 c.d. legge "Martelli") che non contengono riferimenti chiari alle procedure. Gli operatori dei servizi sanitari pubblici non sono formati alla relazione con le culture altre, non hanno conoscenze relative alla normativa e alle procedure perché gli immigrati possano accedere ai servizi. Luigi Di Liegro, direttore della Caritas di Roma, intuisce il valore strategico di un servizio ambulatoriale di base per coloro che non godono o non riescono a godere dell'assistenza sanitaria pubblica. In varie parti d'Italia altre organizzazioni di volontariato dell'area cattolica e laica (Centro Astalli, Casa dei Diritti Sociali a Roma, Naga a Milano, Croce Rossa a Genova, salesiani del Santa Chiara a Palermo, Confraternita Misericordia a Bologna) iniziano a svolgere una azione di supplenza nei confronti del servizio pubblico.

Queste esperienze riescono a mettersi in rete nel 1990, creando la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che avrà un ruolo nell'affermazione del diritto alla salute della popolazione migrante e nella conoscenza di questo nuovo fenomeno sociale. Il merito del privato sociale è stato quello di aver risposto tempestivamente ai bisogni degli immigrati, il ruolo principale è stato politico: riflessione sulle condizioni di esclusione, stimolo all'intervento, denuncia delle inerzie [Di Liegro, 1997].
Tra la fine degli anni '80 e l'inizio anni '90, a Roma iniziarono alcune esperienze nel Servizio Sanitario Nazionale: in periferia, nel quartiere di Torre Spaccata inizia l'esperienza di un centro studi e ricerche sull'etnopsichiatria; a Trastevere apre l'ambulatorio dell'Istituto San Gallicano; nell'attuale Distretto 6 della ASL Roma C alcuni operatori del Consultorio Familiare di via Casilina 711 cominciano a portare l'assistenza sanitaria ai bambini del vicino campo nomadi di via dei Gordiani e comincia sostanzialmente ad aumentare l'utenza straniera, specie donne e bambini, nei consultori familiari; nell'attuale Distretto 1 della ASL Roma A viene avviato un progetto obiettivo di tutela socio-sanitaria degli immigrati, apre l'Agenzia Immigrati. La Regione Lazio organizza i primi corsi di formazione sulla tutela della salute di donne e bambini immigrati che impegna tra i docenti le stesse donne straniere.
I principi della Costituzione, ripresi dalla "riforma sanitaria", in tema di diritto alla salute hanno permesso agli operatori di accogliere gli immigrati, iniziando a dare risposte sempre più adeguate ai bisogni in particolare nei servizi dedicati alla salute mentale e alla salute della donna e del bambino, istituiti con le riforme degli anni '70 (legge n. 180/1978 "riforma psichiatrica" e legge n. 405/1975 "istitutiva dei consultori familiari").

La fase del mandato istituzionale. Diritto alla salute e reti locali

Il 1995 è l'anno cruciale, è l'anno in cui avviene una svolta nella politica di assistenza sanitaria agli stranieri. È ancora il privato sociale a denunciare criticità, ad avanzare proposte concrete. A gennaio al convegno "Immigrazione e salute: una politica dell'oblio" (Caritas di Roma) emerge con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alla nuova realtà sociale. Il decreto che permette l'iscrizione gratuita al SSN per gli immigrati regolari disoccupati viene reiterato dal ministro della sanità, evitando il rischio che circa 70.000 persone perdano la possibilità di accesso alle cure. A febbraio al seminario "Salute senza colore", il Naga e altre associazioni di volontariato presentano delle proposte per ampliare il diritto alla salute degli immigrati.
Con il coordinamento della SIMM, la proposta del Naga, della Caritas e altri 40 gruppi impegnati in varie parti d'Italia, diventa un disegno di legge sostenuto da oltre 200 parlamentari di tutte le forze politiche, dal ministro e dal governo e viene inserito nel decreto legge 18 novembre 1995 ("Decreto Dini") che nell'articolo 13 prevede delle norme che finalmente garantiscono l'assistenza sanitaria anche agli immigrati clandestini. Nel servizio pubblico, comunque, erano già emerse iniziative d'avanguardia. Ad agosto, il dott. Andrea Alesini, Direttore Generale della ASL RM/C, permette l'accesso gratuito degli immigrati clandestini ai servizi sanitari territoriali e ospedalieri per problemi di salute indifferibili.
A dicembre a Roma avviene un incontro tra operatori del servizio pubblico e del privato sociale dove vince la linea della collaborazione che porterà alla nascita del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute del Lazio (GrIS Lazio). Insieme condividiamo alcuni obiettivi: informare, sviluppare reti socio-

sanitarie, fare *advocacy* con le istituzioni, elaborare proposte per modificare le politiche pubbliche.
Di fronte alle criticità emergenti, il GrIS Lazio reagisce diventando luogo di elaborazione di proposte per le istituzioni. Gli operatori delle aziende sanitarie romane esasperati dagli ostacoli all'applicazione della normativa, dal "diritto di carta" [Geraci, 1996], si autoconvocano nel dicembre 1996, organizzano un seminario sull'assistenza agli stranieri e il ruolo del servizio pubblico, presentano una proposta di legge ispirata all'esperienza della ASL RM/C. La proposta è fatta propria e rielaborata dal GrIS Lazio, adottata dalla Regione Lazio che emana la D.G.R. 5122, 31 luglio 1997 "Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti", normativa innovativa perché migliora l'offerta sanitaria, istituzionalizza il tesserino STP, istituisce gli ambulatori di medicina generale per STP, prevede protocolli d'intesa tra strutture pubbliche e associazioni di volontariato.
Alla fine degli anni '90, il quadro normativo si completa a livello nazionale con la legge "Turco-Napolitano" (1998), seguita dal Testo Unico sull'immigrazione e dal relativo regolamento di attuazione, che garantiscono l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini stranieri, con regolare permesso di soggiorno e in condizioni di irregolarità.
Il mandato istituzionale e lo sviluppo della rete determinano una "politica dei cento fiori" nelle aziende sanitarie di Roma e delle altre province del Lazio, tutto il Servizio Sanitario Regionale diventa protagonista[1].

Fase dell'accesso. Riorientare i servizi

Dopo le novità normative della metà degli anni '90, la legge "Bossi-Fini" (2002) non modifica gli articoli del Testo Unico che disciplinano e regolamentano le procedure di accesso al SSN da parte degli stranieri, però persistono ostacoli alla fruizione dei servizi e ritardi nell'adozione di percorsi assistenziali appropriati e efficaci nei presidi pubblici. Nel gennaio 2001 agli Stati Generali sull'immigrazione viene presentato e approvato un documento sull'accesso ai servizi sanitari [CNEL, 2000], l'indicazione è "riorientare i servizi" secondo alcune priorità individuate:
– formazione del personale;
– lettura dei bisogni;
– lettura della domanda;
– flessibilità dell'offerta;
– lavoro multidisciplinare;
– lavoro di rete;
– organizzazione dei servizi.

In questa fase, il GrIS Lazio mantiene una configurazione informale nonostante riunisca decine di organismi delle cinque province laziali, associazioni, strutture sanitarie pubbliche, enti locali, 2 gruppi tematici (GrIS Zingari e GrIS Rifugiati). La *leadership* è condivisa, nessuna istituzionalizzazione, tutti possono aderire liberamente, nessuna esclusione, tutti possono partecipare. Ogni incontro diviene occasione di confronto, di formazione e di informazione con l'unica finalità di promuovere lo sviluppo di una rete e tornare poi nei rispettivi luoghi di lavoro con maggiore forza e consapevolezza per offrire a tutti l'opportunità di fruire efficacemente dei servizi sanitari. L'incontro e il confronto tra "pubblico" e "privato sociale" permette di condividere un patrimonio comune di "buone pratiche", di elaborare progetti di collaborazione e cooperazione. Il lavoro di rete inizia in termini di analisi dei bisogni, definizione degli obiettivi, pianificazione di risorse e azioni, come nelle campagne "Salute senza esclusione" rivolte alle comunità di rom e sinti presenti a Roma [Baglio *et al*., 2004; Baglio *et al*., 2008]. Proposte dal GrIS Lazio, progettate con l'Agenzia di Sanità Pubblica, condotte dalle ASL della città di

Roma in collaborazione con le associazioni del privato sociale impegnate nei progetti di scolarizzazione dei bambini rom e sinti.
Nei servizi l'impegno è garantire l'accessibilità, promuovere la fruibilità, ragionare in termini di mediazione di sistema [SIMM, 2004]. Il GrIS Lazio compie 10 anni, è un modello di rete locale. Nascono altri gruppi "Immigrazione e Salute" in Italia, dal nord al sud (Trento, Sicilia, Sardegna), l'incontro e il confronto con altri gruppi locali permette lo sviluppo di percorsi comuni di riflessione sui processi di sviluppo delle reti locali, dei *policy networks* [Geraci, 2007].

Dall'esclusione all'esclusione. La politica delle disuguaglianze

Alla fine del primo decennio di questo secolo, l'immigrazione è un fenomeno sociale ormai strutturale, ma le politiche nazionali sull'immigrazione rispondono esclusivamente a criteri emergenziali (crisi umanitarie, regolarizzazioni periodiche, rivolte a Castel Volturno e Rosarno, sbarchi a Lampedusa). La presenza degli immigrati è avvertita soltanto come problema di sicurezza, non come problema di diritti, di cittadinanza, di inclusione sociale. Inoltre il fenomeno migratorio è estremamente eterogeneo, dinamico, evolutivo, complicato dalla multietnicità dell'area metropolitana romana, dall'esaurimento dell'*effetto migrante sano* [Colasanti, Geraci e Pittau, 1991], dall'emergere di aree di criticità, gruppi di popolazione ad alta vulnerabilità sanitaria, a rischio di esclusione sociale: *sans papiers*, lavoratori precari, migranti forzati, vittime di tortura, donne e minori, rom e sinti [SIMM, 2006 e 2009]. La storia sembra procedere con *il passo del gambero*… un passo avanti… due passi indietro…, sembra andare indietro ma le "politiche retrograde" procedono inesorabilmente in avanti, introducono misure che tentano di mettere in discussione il diritto inalienabile alla salute… *Non finirà mai? Questa storia ricomincia sempre da capo?* [Grass, 2002]. Nel 2009 noi operatori sanitari siamo stati coinvolti in prima persona contro l'approvazione da parte del Senato dell'emendamento della Lega Nord che abrogava il divieto di segnalazione degli immigrati privi di permesso di soggiorno che si rivolgono alle strutture sanitarie. L'impegno costante del GrIS Lazio e degli altri gruppi locali "Immigrazione e Salute", della SIMM, a contrastare questa iniziativa ha aggregato associazioni, sindacati, ordini professionali, parlamentari di tutti gli schieramenti. La forte mobilitazione del "Noi-non-segnaliamo-day" del 17 marzo 2009 a piazza Venezia a Roma e in altre 50 piazze di città italiane ha portato al ritiro dell'emendamento [Geraci e Marceca, 2010]. Dal 2008 al 2009, si susseguono decreti legge recanti misure urgenti in materia di sicurezza pubblica fino all'approvazione del "pacchetto sicurezza", all'introduzione del reato di immigrazione clandestina [Geraci, 2009]. E intanto è approvato il trattato di amicizia tra Italia e Libia seguito dai respingimenti dei richiedenti asilo [Gnolfo e Santone, 2009], è approvato il decreto Emergenza in relazione ai campi rom di alcune regioni. Il 2009 presenta una nota positiva, a Roma si svolge il I incontro nazionale dei gruppi locali "Immigrazione e Salute", una "rete di reti" che rappresenta 8 regioni e due provincie autonome, nasce il coordinamento nazionale dei GrIS.
Sperimentiamo e affrontiamo trasformazioni, cambiamenti, aderiscono altre associazioni del privato sociale, ordini professionali, tutte le ASL laziali e la maggior parte delle aziende ospedaliere, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà; nasce una nuova area tematica il GrIS Sanità Pubblica, il gruppo di coordi-

namento, l'assemblea di rete. Alla fine del 2011, 60 organismi aderiscono alla Rete GrIS Lazio, di cui 29 associazioni/cooperative sociali e 27 strutture pubbliche.
Sono passati più di 15 anni ed abbiamo raggiunto risultati importanti: vincere la scommessa di lavorare insieme "pubblico" e "privato sociale", elaborare proposte assistenziali e formative per gli operatori socio-sanitari della Regione Lazio (linee guida e programma regionale di formazione sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri), approfondire discussioni su argomenti specifici (rom e sinti, migranti forzati), promuovere e sviluppare reti locali in altre parti d'Italia.
Risultati importanti, ma il "presente"? Non basta indignarci, tutti dobbiamo mettere continuamente in discussione le nostre certezze, approfondire con costanza e metodo i problemi sollevati con passione nell'assemblea di rete. Dobbiamo provare a rispondere a domande mai espresse. Perché non è decollato il GrIS Sanità Pubblica? Perché non riusciamo a promuovere un'azione di *empowerment* nelle associazioni dei migranti? Perché non riusciamo a diffondere l'immagine della Rete GrIS Lazio oltre certi confini? Perché…? Uno storico amava questa definizione "La storia, scienza dei cambiamenti" [Febvre, 1953], occorre la capacità di comprendere il passato con il presente, di comprendere il presente con il passato, la Rete GrIS Lazio deve continuare ad essere un laboratorio aperto alla società e al territorio, un nodo della "rete delle reti", del coordinamento nazionale GrIS, deve continuare a svolgere la sua funzione di *policy network*. Questo e altro ancora deve essere. Se coltiviamo la speranza e l'impegno di aprire spazi… costruire traiettorie… di promuovere la salute per tutti, di realizzare una sanità pubblica e interculturale, la Rete GrIS Lazio dovrà essere uno spazio aperto all'incontro con nuovi attori dell'azione sociale, con i migranti, con le comunità straniere. Dovrà essere uno spazio aperto alla relazione e al confronto, alla riflessione sull'emergere di nuove aree di criticità per la salute dei migranti, di nuovi modelli di welfare, sull'evolvere dei sistemi sanitari nell'economia globalizzata. Senza paura. Con passione e metodo. Indignarci non basta, ma peggiore abitudine è l'indifferenza [Hessel, 2010].

Note

[1] ASL RMA – Gruppo di lavoro "Immigrazione e Salute"; ASL RM/B – Coordinamento assistenza immigrati; ASL RMC – Servizio di Mediazione Culturale; ASL RMD – Unità Operativa STP e Gruppo di coordinamento per la tutela socio-sanitaria dei cittadini stranieri; ASL RME – Servizio di Medicina del turismo e delle migrazioni; IFO Istituto San Gallicano – Servizio di Medicina preventiva delle Migrazioni, del Turismo e Dermatologia Tropicale; Azienda Policlinico Umberto I – Centro Assistenza Ambulatoriale e Sociale per Cittadini Stranieri; Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini – Progetto tutela della maternità; Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata – Progetto Kairos; ASL Rieti – Ambulatorio di medicina dell'immigrazione dell'Ospedale S. Camillo de' Lellis; ASL Frosinone – Consultorio multietnico per stranieri. Dipartimento 3D; ASL Latina – UOC Patologie Emergenti; ASL Viterbo – Ambulatorio di medicina dell'immigrazione.

Bibliografia

– Baglio, G. *et al.* (a cura di) [2004], *Salute senza esclusione: Campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma*, Roma, Monografie ASP.

- Baglio, G. *et al.* (a cura di) [2008], *Salute senza esclusione: Campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione rom e sinta a Roma*, in "Quaderni di InformaArea", n. 5.
- Bloch, M. [1949], *Apologie pour l'histoire ou mètier d'historien*, in "Cahier des Annales", 3, Paris, Librairie Armand Colin (trad. it. *Apologia della storia o mestiere di storico*, Torino, Einaudi, 1950).
- CNEL [2000], Rapporto "Immigrazione e accesso al servizio sanitario nazionale", Documenti 5, Roma.
- Colasanti, R., Geraci, S. e Pittau, F. [1991], *Immigrati e salute*, Roma, Edizioni Lavoro.
- Di Liegro, L. [1997], *Immigrazione. Un punto di vista*, Roma, Edizioni Sensibili alle foglie.
- Febvre, L. [1953], *Souvenirs d'une grande histoire: Marc Bloch et Strasbourg*, in *Combats pour l'histoire*, Paris, Librairie Armand Colin (trad. it. *Ricordo di Marc Bloch*, in Bloch, M. [1973], *I re taumaturghi*, Torino, Einaudi).
- Geraci, S. (a cura di) [1996], *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*, Roma, Anterem Edizioni.
- Geraci, S. (a cura di) [2007], *Una rete per la salute degli immigrati*, Roma, Anterem Edizioni.
- Geraci, S. [2009], *Immigrati. La nuova legge sulla sicurezza è ingiusta, dannosa e pericolosa*, post su http://saluteinternazionale.info area migrazioni e salute.
- Geraci, S. e Marceca, M. [2010], *Noi non segnaliamo. La vittoria degli anticorpi (della ragione e della democrazia)*, post su http://saluteinternazionale.info area migrazioni e salute.
- Gnolfo, F. [2007], *Il GrIS Lazio*, in Geraci, S. (a cura di) [2007], *Una rete per la salute degli immigrati*, pp. 29-31.
- Gnolfo, F. e Santone, G. [2009], *La fuga impossibile: il trauma continuo dei migranti forzati*, post su http://saluteinternazionale.info area migrazioni e salute.
- Grass, G. [2002], *Im Krebsgang*, Göttingen, Steidl-Verlag (trad. it. *Il passo del gambero*, Torino, Einaudi, 2002).
- Hessel, S. [2010], *Indignez-vous! (Pour une insurrection pacifique)*, Montpellier, Indigène éditions (trad. it. *Indignatevi!*, Torino, Add editore, 2011).
- Materia, E. e Baglio, G. [2008], *Complessità aziendale e postmodernità*, in Vanara, F. (a cura di), *Il governo dell'azienda sanitaria*, Bologna, Il Mulino.
- SIMM [2004], *Considerazioni conclusive della VIII Consensus Conference SIMM*, Lampedusa, 5-8 maggio 2004.
- SIMM [2006], *Documento finale della IX Consensus Conference SIMM*, Palermo, 27-30 aprile 2006.
- SIMM [2009], *Raccomandazioni finali della X Consensus Conference SIMM*, Trapani, 5-8 febbraio 2009.
- Trillò, M.E., Gnolfo, F. e Geraci, S. [2007], *I gruppi locali immigrazione e salute (GrIS)*, Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 07 /14, pp. 25-30.
- WHO [1998], *Health Promotion Glossary*, Geneva, WHO/HPR/HEP/98.1.

La tutela sanitaria per gli immigrati nella Regione Lazio. La costruzione di un doppio livello partecipativo

Salvatore Geraci

Area sanitaria Caritas Roma; GrIS Lazio, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La libertà non è star sopra un albero,
non è neanche un gesto o un'invenzione,
la libertà non è uno spazio libero,
libertà è partecipazione.

Dialogo tra un impegnato e un non so, Giorgio Gaber

Premessa

L'Italia, dalla metà degli anni '90, si è dotata nei confronti degli immigrati di una normativa sanitaria "inclusiva": per legge nazionale, prima attraverso l'articolo 13 del cosiddetto "Decreto Dini" (DL 489) del 1995 e poi in modo esteso con la cosiddetta legge "Turco-Napolitano" confluita nel Testo Unico (DLGS 286) del 1998 e norme collegate, la gran parte degli immigrati regolarmente presenti ha il diritto-dovere di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed anche coloro che sono al margine del sistema, immigrati temporaneamente senza permesso di soggiorno, hanno diritto di accesso e di tutela sanitaria seppur in forme diversificate [Geraci, 1998; Marceca, 1999].
Una impostazione di politica sanitaria "inclusiva" deve però necessariamente accompagnarsi con una "disponibilità" da parte delle amministrazioni locali, che nel tempo sono divenute le reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali. Il progressivo decentramento amministrativo sta producendo una estrema eterogeneità territoriale che può determinare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata [Marceca, 2008]. Per questo, già dal 1995 e più strutturalmente dal 1998, l'Area sanitaria della Caritas romana ha istituito un "Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri" che ha prodotto periodici rapporti [Geraci, 1996] e specifiche ricerche [Martinelli e Geraci, 2002] come quella conclusa a fine luglio 2010 nell'ambito del progetto nazionale "Migrazione e Salute" voluto dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).
Nella ricerca [Geraci, Bonciani e Martinelli, 2010], partendo dagli atti formali (leggi locali, piani, delibere e note) emanati dal 1995 a metà del 2010 (oltre 700 atti esaminati), si sono analizzate in modo comparativo le politiche delle Regioni/Province Autonome sulla salute degli immigrati allo scopo di individuare quelle più efficaci. L'attenzione è stata rivolta principalmente alla valutazione della presenza di eventuali linee guida che dessero una uniformità applicativa locale delle normative nazionali, alla previsione di una analisi del bisogno sanitario ed assistenziale, ad interventi di prevenzione e di promozione della salute con particolare riferimento alla tutela della donna e dei lavoratori, al ruolo della formazione specifica per gli operatori, al peso della mediazione in sanità, all'assistenza agli irregolari e ai co-

munitari con specifico riferimento a coloro in condizione di fragilità sociale e giuridica. Ognuno di questi punti è stato considerato una variabile da indagare, si sono così creati una sorta di *indicatori* e, con una specifica metodologia, sono stati identificati due *indici di sintesi* che possono permettere confronti *nel tempo* e quindi misurare gli effetti di specifiche scelte politiche nazionali e locali, e *nello spazio*, cioè in ambiti territoriali diversi [Bonciani, Geraci e Martinelli, 2011].

La storia ed il doppio livello partecipativo

La Regione Lazio nell'analisi degli atti e nella comparazione con le altre realtà locali, risulta tra le più attente e sensibili al tema, sia per numero di interventi normativi effettuati, sia per qualità delle fonti giuridiche utilizzate, sia per tempestività (e spesso innovazione), continuità e coerenza nel tempo degli atti. La prima significativa norma della Regione Lazio è stata una legge regionale specifica sull'immigrazione (LR n. 17 del 16.02.1990) a ridosso della cosiddetta legge "Martelli" del 1990; essa, in alcuni specifici ambiti, superava nelle previsioni applicative la stessa normativa nazionale. Per quanto riguarda gli aspetti della tutela sanitaria, vengono enunciati principi di ordine generale per garantire l'effettivo godimento del diritto alla salute con particolare riferimento ai minori, alla maternità, ai portatori di handicap ed agli anziani. Iniziative specifiche avrebbero dovuto essere pianificate dai Comuni mentre il coordinamento e la verifica di azioni e progetti spettava alle Province attraverso piani annuali. Questo impianto operativo non diede adeguati frutti a livello locale, lasciando "interventi sanitari attivi" come fatti sporadici o in rapporto alla sensibilità di particolari strutture o operatori. Ciò nonostante, o forse proprio per questa debolezza iniziale, è maturata tra gli operatori del privato sociale e del settore pubblico la volontà di lavorare insieme (alla fine del 1995 si costituisce il GrIS – "Gruppo Immigrazione e Salute", la cui storia e *spirito* è ricostruito nel precedente capitolo curato dal dott. Gnolfo) e di costruire proposte che potessero fattivamente governare il tema della salute degli immigrati in una fase di radicale trasformazione sociale e di riorganizzazione del sistema assistenziale. Da questo impegno è nata una Delibera di Giunta Regionale (DGR n. 5122 del 31.07.1997), che prima in Italia ha recepito ed interpretato operativamente quanto enunciato dall'articolo 13 del Decreto legge 489/1995 (e reiterazioni) e dai telex ministeriali esplicativi successivi a favore della tutela sanitaria degli stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme per il soggiorno (con particolare riferimento ai minori, alle donne ed a coloro affetti da forme morbose infettive). Con quella delibera la Regione ha indicato dei percorsi operativi innovativi (la collaborazione ad esempio tra servizio pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione degli ambulatori STP) tanto che sono stati presi come base per il successivo Regolamento d'attuazione nazionale del Testo Unico sull'immigrazione (codice STP) [Mantini, Lorenzini, Geraci e Baglio, 2000]. Altro elemento interessante è rappresentato dal coinvolgimento delle strutture pubbliche e quelle del volontariato "che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione allo scopo di facilitare l'applicazione delle presenti disposizioni" istituendo un Gruppo di lavoro regionale "Salute e Immigrazione" (GLR) con compiti di verifica e monitoraggio comune, nuovamente nominato, seppur in forme diversificate, nel 2001, nel 2006 e nel 2009. Vogliamo sottolineare come questo "doppio

livello partecipativo", dal basso, con la competenza diretta degli operatori attraverso il GrIS, ed istituzionale, attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette la tempestiva ed efficace presa in carico di problematiche emergenti ed una attenta programmazione sanitaria [Geraci, 2010]. E su sollecitazione e proposta tecnica del GrIS, proprio 10 anni fa, sono state emanate con delibera di Giunta (DGR n. 2.444 del 5.12.2000) le *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea*. Si tratta di un documento, presente in poche regioni italiane, con cui la Regione Lazio, in modo esplicito e circostanziato, si è posta l'obiettivo di promuovere attivamente l'applicazione della normativa nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale. Da quella delibera, la Regione ha continuato a produrre numerosi atti, di cui ne richiamiamo solo alcuni, con indicazioni e precisazioni sull'assistenza sanitaria agli immigrati, sulle modalità di iscrizione al SSN, ormai divenuto SSR (Servizio Sanitario Regionale), e sulle prestazioni cui hanno diritto, dimostrando un *modus operandi* dell'amministrazione che privilegia l'emanazione di circolari e note per risolvere puntualmente dubbi e discordanze applicative ma che allo stesso tempo può vincolare l'operatività dei servizi ad avere continue direttive formalizzate da parte istituzionale.

Un'attenzione continua e puntuale

Sono tanti gli atti emanati dalla Regione Lazio, alcuni operativi, altri da valutare più come dichiarazione di intenti (perché non seguiti da un'adeguata allocazione di risorse specifiche): tra questi ultimi di particolare rilievo risulta quello relativo alle indicazioni per la progettazione e organizzazione dei servizi di mediazione culturale nelle strutture sanitarie regionali (n. 3151/4A/09 del 13.01.2004), nel quale viene presentata una definizione di mediazione culturale e delle sue finalità, si specificano i tre livelli dell'attività del mediatore culturale (di orientamento ed informazione, di facilitazione linguistica e comunicativa e di tipo sociale) ed infine viene delineato il profilo del mediatore ed elencati i compiti cui deve assolvere verso gli utenti e verso gli operatori dei servizi.

Un atto importante per la sua valenza innovativa ed operativa, è la DGR n. 427 del 25.03.2005 relativa all'assistenza protesica per gli STP, che istituisce un percorso amministrativo per consentire anche a questi soggetti di poter fruire di ausili e dispositivi protesici. L'assistenza protesica è, infatti, da considerarsi tra le cure essenziali garantite dall'art. 35 del DLGS n. 286/1998, ma di fatto sussistono ostacoli per la sua fruizione in quanto gli immigrati irregolari non presentano i requisiti previsti per il riconoscimento di invalidità. La delibera stabilisce pertanto la reale fruizione di questo tipo di assistenza, a condizione che l'evento morboso o traumatico sia avvenuto durante la permanenza dello straniero sul territorio regionale, che lo straniero sia ricoverato presso una struttura ospedaliera regionale e qualora la mancata fornitura di ausili e dispositivi protesici/ortesici renda impossibile la dimissione ospedaliera.

Tra le circolari più recenti si segnala quella (n. 50936/4J/14 del 05.05.2008) che chiarisce come coloro che siano in possesso di tesserino STP sono tenuti al pagamento del ticket, alla pari dei cittadini italiani, ma qualora sprovvisti di risorse economiche sufficienti sono esentanti da tale pagamento, allo scopo di salvaguardare la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di soggetti in condizioni disagiate e di marginalità sociale. Sempre in riferimento

a cittadini non comunitari irregolari (STP), ed analogamente per i cittadini comunitari privi di copertura sanitaria (ENI), viene precisato che devono essere assicurati loro nelle strutture pubbliche e private accreditate i programmi e gli interventi preventivi, terapeutici e socio-riabilitativi degli stati di tossicodipendenza, anche di tipo residenziale in regime di convenzione, alla pari dei cittadini italiani (n. 25813/45/04-45/02 del 03.03.2009).

In seguito alle disposizioni ministeriali sulle modifiche inerenti la normativa relativa al diritto di ricongiungimento familiare, è stata emanata una circolare per confermare che i genitori ultrassessantacinquenni non comunitari ricongiunti con i propri familiari prima del 5 novembre 2008 hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR, mentre coloro che hanno presentato istanza di ricongiungimento successivamente a questa data possono richiedere l'iscrizione volontaria (n. 84775/45/04 del 17.07.2009).

Con riferimento ai cittadini comunitari, la Regione Lazio ha manifestato una particolare attenzione emanando tempestivamente diverse circolari esplicative della normativa europea e nazionale fino alla circolare n. 26146 del 07.03.2008 che fornisce chiarimenti in seguito alla comunicazione del ministro della Salute del 19.02.2008, nella quale si precisa che, anche qualora il cittadino comunitario sia sprovvisto di copertura sanitaria, ha diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti. Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative alla tutela della salute dei minori, alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza, nonché campagne di vaccinazione, interventi di profilassi internazionale e di profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, per motivi di sanità pubblica. A tali persone deve essere attribuito un codice identificativo ENI (Europeo non iscritto) per registrare le prestazioni e successivamente poter procedere al recupero dei costi presso lo Stato di origine. L'atto prevede inoltre la possibilità per i cittadini comunitari non in possesso dei requisiti per l'iscrizione obbligatoria, ma che hanno adeguate risorse economiche oppure sono iscritti a corsi di studio, di effettuare l'iscrizione volontaria al SSR. Sono state infine trasmesse ulteriori indicazioni in merito all'emissione dalla Romania del certificato sostitutivo provvisorio della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM) (n. 153584/53/07 del 23.12.2009 e n. 18112/53/07 del 08.02.2010). Inoltre, a fronte di segnalazioni rispetto al fatto che il rilascio del codice ENI è effettuato solo a cittadini neocomunitari, la Regione Lazio ha precisato invece che deve essere garantito a tutti i cittadini comunitari che non sono in possesso della TEAM, che non sono residenti e si trovano in condizione di fragilità sociale (n. 47731/53/07 del 12.04.2010). L'atto specifica anche che coloro che sono in possesso del codice ENI, che non è un codice anonimo, sono esentati, a parità di condizioni con il cittadino italiano, dal pagamento del ticket relativo a prestazioni di primo livello, per gravidanza e IVG, per età (inferiore ai 6 anni e superiore ai 65 anni) e per interventi di prevenzione collettiva. Gli aspetti di tutela dell'assistenza ai comunitari privi di copertura sanitaria sono stati infine ripresi in un'ulteriore circolare emanata sempre per garantire l'omogeneità di applicazione della normativa (n. 59829/53/07 del 06.05.2010).

Nel "pianeta immigrazione" i rifugiati e richiedenti asilo rappresentano una specificità particolarmente vulnerabile. Nei loro confronti la Regione ha chiarito i termini del diritto all'iscrizione al SSR, sia confermando che anche in attesa del rilascio del permesso di soggiorno questi soggetti possono essere iscritti ed accedere alle prestazioni con l'esenzione dal pagamento del

ticket (n. 125820/4A/09 del 18.11.2003), sia precisando che coloro che hanno riportato nel permesso di soggiorno un indirizzo fuori regione possono iscriversi sulla base della dichiarazione dell'effettiva dimora (n. 42013/4A/09 del 05.04.2006). Nel 2009 viene emessa una circolare per precisare che anche ai cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale, equiparabili ai richiedenti asilo, deve essere garantita l'iscrizione obbligatoria al SSR durante tutto il periodo relativo alla procedura inerente la loro richiesta (n. 91883/45/04 del 03.08.2009).
Infine segnaliamo, come particolarmente significative, le due circolari n. 17736/45/04 del 12.02.2009 e n. 92689/45/04 del 05.08.2009, pubblicate dalla Regione Lazio, una prima e una dopo l'approvazione del "pacchetto sicurezza", che hanno voluto chiarire come il divieto di segnalazione (e quindi di denuncia) di un immigrato senza permesso di soggiorno che utilizzi le strutture sanitarie, continua a rimanere in vigore, nel primo caso perché ancora non concluso l'iter di approvazione del disegno di legge che aveva proposto l'eliminazione di tale divieto, nel secondo perché l'atto approvato, pur introducendo il reato di ingresso e soggiorno illegale, non ha proceduto all'abrogazione del comma 5 art. 35 del DLGS n. 286/98. Pertanto il personale che opera nelle strutture sanitarie (medico, e paramedico, amministrativi e tecnici, operatori sociali e mediatori culturali), pur rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, è sottoposto all'obbligo del rispetto del divieto di segnalazione come previsto dalla norma citata.

La programmazione regionale

Dopo un percorso in parte confuso, nel 2008 è stata approvata una nuova legge regionale sull'immigrazione (LR n. 5/2008) che si pone la finalità ultima di rimuovere gli ostacoli che si oppongono all'esercizio dei diritti civili e sociali da parte dei cittadini stranieri immigrati, al fine di garantire condizioni di uguaglianza rispetto ai cittadini italiani. A tal fine identifica le aree di intervento delle politiche regionali: il contrasto della discriminazione e del razzismo, la protezione sociale ed il rientro volontario nei Paesi di origine, il reinserimento dopo la detenzione, politiche per l'integrazione delle seconde generazioni, la partecipazione alla vita pubblica e l'accesso ai servizi pubblici da parte degli immigrati, il diritto allo studio, all'integrazione scolastica e culturale dei minori e degli adulti immigrati, la formazione professionale ed universitaria, la questione abitativa, il lavoro ed il sostegno all'imprenditorialità, l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, la mediazione interculturale, la tutela dei minori, la protezione a favore di richiedenti asilo e rifugiati.
Per quanto riguarda la tutela della salute, la legge identifica le prestazioni cui hanno diritto tutti gli immigrati, anche quelli non in regola con le norme relative al permesso, e sottolinea soprattutto l'importanza di sviluppare interventi informativi destinati ai cittadini stranieri immigrati ed attività di mediazione interculturale in campo socio-sanitario, finalizzati ad assicurare gli elementi conoscitivi idonei a facilitare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e a diffondere sani stili di vita nel rispetto dell'appartenenza culturale, grazie all'azione congiunta di aziende sanitarie, enti locali ed organismi del terzo settore con specifica esperienza, per la quale possono essere previsti incentivi qualora supportino attivamente la garanzia del diritto alla salute per la popolazione immigrata.
Nella legge è confermato l'impegno della Regione Lazio per la realizzazione di programmi umanitari, impegno che l'amministrazione regionale ha mantenuto negli

anni, a partire dalla DGR n. 2032/2001, attraverso il finanziamento di programmi che permettono l'ingresso e la cura per prestazioni sanitarie di alta specializzazione di cittadini extracomunitari con particolare riferimento a minori (DGR n. 408/2003, DGR n. 21/2005, DGR n. 24/2007 ed infine DGR n. 17 del 16.01.2009 relativa agli anni 2009 e 2010).

Nella LR n. 5/2008 vengono inoltre stabilite le funzioni della Regione, delle Province e dei Comuni, il ruolo della Consulta per l'immigrazione, e la necessità di realizzare programmi triennali per attuare quanto definito a livello strategico nella norma. Viene anche promossa l'istituzione di assemblee provinciali dei cittadini stranieri immigrati per favorire forme istituzionali organizzate di rappresentanza e di piena ed attiva partecipazione.

A dare consistenza alla programmazione nel quadro definito prima dalla LR 17/1990 e poi dalla LR 5/2008, sono stati certamente i Piani sanitari regionali.

Il Piano per il triennio 2002-2004 (DCR n. 114 del 31.7.2002) individua tre aree principali di intervento. La prima riguarda la valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, mediante la definizione di indicatori appropriati e la creazione di una rete di osservatori territoriali coordinati a livello regionale. La seconda rimanda alla questione dell'accesso all'assistenza sanitaria e fa riferimento a possibili interventi per il miglioramento della fruibilità dei servizi e delle prestazioni. In coerenza con questi primi obiettivi strategici va letta l'istituzione presso l'Agenzia di Sanità Pubblica regionale (Decisione 96 del 22.6.2001) di una Unità Operativa "Studio dei fenomeni migratori" anche con il compito di monitorare il fenomeno sia per quanto riguarda l'accesso ai servizi, sia dal punto di vista epidemiologico; questa struttura è stata ridimensionata nel tempo. La terza area riguarda programmi specifici orientati a particolari condizioni critiche per la salute degli immigrati (salute riproduttiva, malattie infettive, gruppi socialmente disagiati). Per la prima volta ci si è dotati di una "griglia di programmazione" che ha tenuto conto sia della storia degli interventi regionali, sia delle evidenze sociodemografiche e scientifiche sullo specifico tema, sia delle sollecitazioni che gli operatori, il mondo del volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale da tempo evidenziavano.

Il Piano 2008-2010 (DGR n. 149 del 06.03.2007) dedica una ampia sezione al tema della salute e multietnicità, i cui contenuti sono stati condivisi con il Gruppo di lavoro regionale sulla salute degli immigrati. Si sottolinea l'importanza di sviluppare adeguati strumenti per la rilevazione sistematica delle condizioni di salute degli stranieri quale requisito indispensabile per una programmazione sanitaria più rispondente ai bisogni reali della popolazione immigrata. Si menziona l'esigenza di adeguare la banca dati dell'anagrafe sanitaria del Lazio in riferimento alla popolazione immigrata; di costruire un sistema di rilascio automatizzato dei tesserini STP, organizzando anche un archivio regionale informatizzato; di sviluppare i flussi informativi sanitari correnti (SIO, SIAS, SIES, Registri), in modo da favorire un loro utilizzo sistematico per la registrazione dell'utenza straniera, regolare ed irregolare; di implementare a livello regionale un nuovo flusso informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati irregolari.

In riferimento alla garanzia dell'accessibilità dei servizi socio-sanitari, ritenuto uno dei nodi cruciali del diritto all'assistenza sanitaria che, accanto alla questione giuridica del riconoscimento formale, pone quella più sostanziale del superamento delle barriere burocratiche, linguistiche e culturali alla fruibilità delle prestazioni, vengono iden-

tificate una serie di interventi sul versante dell'informazione, della formazione del personale, della mediazione culturale e del riorientamento dei servizi territoriali e ospedalieri in funzione di un'utenza multietnica. Importante è il richiamo relativo alle strategie di sanità pubblica da implementare per la promozione della salute degli immigrati grazie anche alla sinergia pubblico-privato sociale ed alle esperienze di rete. Si richiama l'attenzione a promuovere l'offerta attiva di prevenzione ed in generale dei servizi soprattutto nei confronti di particolari condizioni critiche (salute della donna e del bambino, infortuni sul lavoro, salute orale, ma anche salute dei rifugiati e dei richiedenti asilo e della popolazione rom e sinti) o gruppi a rischio di esclusione sociale (comunità etniche particolarmente isolate, come quella cinese, o categorie lavorative poco visibili, come le badanti). Il documento indica inoltre come indispensabile il coinvolgimento degli stranieri nella pianificazione delle attività sanitarie, anche attraverso la creazione di specifiche "Consulte per una salute interculturale", con rappresentanti delle istituzioni sanitarie, degli enti locali, dell'associazionismo e delle comunità etniche, in modo da favorire la loro partecipazione attiva nella definizione dei bisogni di salute e nelle scelte in sanità, in una logica di *empowerment* e di relazioni reciproche.

Il Piano sanitario regionale 2010-2012 (DGR n. U0087 del 18.12.2009) sostanzialmente non modifica l'impianto di programmazione relativo alla salute degli immigrati, se non con l'aggiunta dell'attenzione verso l'assistenza ai bambini stranieri adottati ed un riferimento più esplicito alla salute mentale, rispetto alla quale si promuove l'organizzazione di almeno un programma contenente le strategie di intervento rivolte alle popolazioni migranti per ciascun Dipartimento di salute mentale.

Dall'accesso alla fruibilità: strumenti ed occasioni

Per garantire "buona salute" servono "buone politiche" supportate da norme adeguate e da una programmazione sanitaria attenta: la Regione Lazio, da quasi 20 anni e con amministrazioni orientate politicamente in modo diverso, ha saputo leggere il fenomeno e dare risposte adeguate, anche se non sempre sufficienti di fronte ad emergenze sociali non risolte. Un impegno necessario che deve continuare!

Questo l'auspicio con il quale si concludeva il capitolo dedicato alla salute del VII Rapporto dell'Osservatorio Romano sull'immigrazione della Caritas da cui sono stati tratti i paragrafi precedenti: auspicio consapevole di un percorso in itinere (con problematiche ancora aperte sull'accessibilità dei servizi, che certamente la crisi economico-politica è in grado di acuire), ma orientato al "salto di qualità" verso un servizio sanitario "culturalmente" più competente. Infatti una questione cruciale per lo stato di salute dell'immigrato è rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, la prima dipendendo prevalentemente dalla normativa (che nel Lazio è particolarmente attenta), la seconda dalla capacità culturale dei servizi di adeguare le risposte a un'utenza eterogenea [FNOMCeO, 2007]. Si ritiene che proprio questo sia un passaggio cruciale e pertanto ci si è impegnati, nel doppio livello partecipativo descritto, nel proporre e produrre strumenti organizzativi e occasioni di approfondimento adeguati.

Per migliorare la conoscenza del bisogno (o almeno monitorare e analizzare la domanda e l'offerta, anche con una possibile mappatura dei servizi), nel Lazio, oltre all'implementazione dei flussi ordinari includendo la componente immigrata regolare ed irregolare [Geraci e Baglio, 2011],

è stato sperimentato un nuovo sistema di raccolta dati in ambito ambulatoriale per la componente irregolare e clandestina, che permetterà di accrescere le conoscenze e le competenze. Con un percorso che parte nel 2005 [AA.VV, 2006] ed è ulteriormente perfezionato nel 2009 [AA.VV, 2010] si arriva alla proposta, da parte del GLR (maggio 2011) dell'Attivazione del Sistema Informativo OSI sull'assistenza di primo livello agli immigrati STP/ENI. Gli obiettivi sono di estendere e consolidare la rilevazione di dati essenziali sulle caratteristiche dell'utenza e sulle attività svolte presso tutti gli ambulatori – pubblici e del privato sociale – che erogano assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP/ENI per conto del Servizio Sanitario Regionale e organizzare in modo efficiente il flusso dei dati, nelle diverse fasi di raccolta, archiviazione informatica e invio delle informazioni al centro di riferimento regionale, per una più accurata valutazione del profilo di salute e della domanda sanitaria espressa dagli stranieri irregolari.

Nell'ultimo periodo l'impegno regionale più pressante, su sollecitazione del GrIS Lazio, è stato quello di promuovere una formazione omogenea sul tema della tutela della salute degli stranieri. La Regione Lazio, con il supporto tecnico del GLR, attraverso la determinazione n. B5336 del 29 ottobre 2010 (nell'ambito dei finanziamenti disposti dalla legge n. 7 del 9 gennaio 2006 per la prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili – MGF), ha infatti risposto a quanto richiesto e ha avviato un piano formativo specifico, definendo alcuni ambiti metodologici irrinunciabili (trasversalità di partecipazione tra varie figure professionali, verifica motivazioni e disponibilità a implementare localmente le competenze acquisite, didattica diversificata e partecipata, durata minima corso di 24 ore ecc.) e contenutistici (scenari socio-demografici e sanitari, aspetti relazionali e comunicativi in ambito transculturale, aspetti normativi e organizzativi, specifica attenzione alle MGF). Ciò è stato possibile in quanto il Ministero della Salute, su richiesta della SIMM e di diverse Regioni, ha dato l'autorizzazione affinché le risorse destinate alla prevenzione delle MGF potessero essere utilizzate anche in ambito formativo di base sulla salute degli immigrati; si è pertanto avviato un processo virtuoso di rafforzamento delle competenze degli operatori, non solo legato allo specifico tema delle mutilazioni, ma inquadrato nel più vasto tema dell'accessibilità, prerequisito indispensabile per ogni intervento a maggiore specificità. La formazione degli operatori, governata a livello regionale, rappresenta l'occasione per uniformare le conoscenze e le procedure, ai fini dell'accesso ai servizi sanitari dei cittadini stranieri. Nel programma formativo regionale è stata prevista la partecipazione diretta di ciascuna delle 12 ASL laziali alla progettazione e alla realizzazione dei singoli corsi aziendali. L'ufficio regionale preposto, congiuntamente con il GLR, ha verificato i progetti formativi aziendali, sollecitando in alcuni casi una piena adesione alle raccomandazioni prodotte, e ha quindi approvato i corsi proposti avviando, contestualmente, una specifica formazione dei formatori in ambito normativo, in modo da uniformare contenuti e procedure sul territorio regionale.

Tutte le ASL del Lazio hanno partecipato al programma, presentando un piano formativo coerente alle indicazioni ricevute, organizzando, nel periodo maggio 2011-marzo 2012, 27 eventi formativi con la previsione di coinvolgere oltre 1.100 operatori di diverse comparti e professionalità [Geraci, Lorenzini, Mantini e Sestieri, 2011]. Ogni ASL si è così sentita direttamente protagonista di un processo di implementazione delle competenze, con auspicabili ricadute

positive sul proprio territorio. Il GrIS Lazio ha ottenuto un apprezzabile e motivante riconoscimento del proprio ruolo di *policy network* locale.

Conclusione

Negli anni, nella Regione Lazio, si è costruito un percorso, si sono avviate collaborazioni, integrate idee e sollecitata una operatività creativa. Ma soprattutto si sono definiti connessioni e legami sulla base di una relazionalità libera e chiara. Questo ha permesso, soprattutto all'inizio della storia del GrIS, e speriamo possa ancora permettere, il superamento di attriti e tensioni che possono verificarsi in particolare per "asincronie" tra pubblico e privato sociale e volontariato: asincronie nei tempi – la maggiore velocità nelle risposte del terzo settore; nell'organizzazione – pensiamo alla flessibilità propria del volontariato; nella capacità di strutturazione della risposta propria del settore pubblico ma dipendente da molte variabili istituzionali, economiche e politiche. Oggi sfide non ancora vinte sono quelle della tutela della salute dei rom nei grossi campi e negli insediamenti spontanei, dei richiedenti asilo e rifugiati nelle case occupate, dei comunitari in condizione di fragilità, dei senza dimora in particolare con problemi di salute mentale… e della povertà crescente che crea esclusione anche tra chi, italiani e stranieri, fino ad oggi è stato tutelato. Su questi crinali di bisogni nuovi e vecchi, l'asincronia è crescente; eppure l'unica risposta possibile è la collaborazione, è l'alleanza strategica, è la volontà di un cammino comune, cementata anche dalle relazioni interpersonali e dalle comuni "scelte di campo", e che è riuscita a produrre ciò che si può chiamare un modello di *policy network*, tanto destrutturato quanto efficace, una "buona prassi" di collaborazione feconda, che cerca di valorizzare la necessità dell'incontro e la reciprocità della relazione per una salute, che, necessariamente, deve essere senza esclusioni.

Questo lavoro è la sintesi del monitoraggio sulle politiche nazionali e locali avviato nel 1995 e delle successive ricerche condotte con la collaborazione prima di Barbara Martinelli e poi di Manila Bonciani, e di alcuni articoli per l'Osservatorio Romano sulle Migrazioni (Idos edizioni) del 2010 e 2011.

Bibliografia

- AA.VV. [2006], *Il progetto OSI. Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati*, Roma, Monografie ASP.
- AA.VV. [2010], *Implementazione della rete informativa OSI sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP*, Roma, Istituto Superiore di Sanità.
- Bonciani, M., Geraci, S. e Martinelli, B. [2011], *Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze?*, in *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi… costruire traiettorie. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM*, Bologna, Lombar Key, pp. 71-83.
- FNOMCeO [2007], *Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità*, Padova, 24 novembre 2007, reperibile su http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_5877.pdf.
- Geraci, S. (a cura di) [1996], *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*, Roma, Anterem Edizioni.
- Geraci, S. [1998], *Quale tutela sanitaria per gli immigrati? Da una politica dell'oblio, alla consapevolezza di un diritto*, in *Atti della IV e V Consensus Conference sull'immigrazione*, Palermo, pp. 69-88.
- Geraci, S. [2010], *Normativa e programmazione sanitaria della Regione Lazio*, Osservatorio Romano sulle Migrazioni, VII Rapporto, Roma, Idos, pp. 139-145.
- Geraci, S., Bonciani, M. e Martinelli, B. [2010], *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, Inprinting srl.

- Geraci, S. e Baglio, G. [2011], *La salute degli immigrati: dall'accesso alla fruibilità*, Osservatorio Romano sulle Migrazioni, VIII Rapporto, Roma, Idos, pp. 106-113.
- Geraci, S., Lorenzini, L., Mantini, V. e Sestieri, M. [2011], *Programma della Regione Lazio di formazione degli operatori socio-sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri*, in *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi… costruire traiettorie. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM*, Bologna, Lombar Key, p. 227.
- Mantini, V., Lorenzini, L., Geraci, S. e Baglio, G. [2002], *L'assistenza ospedaliera agli stranieri: aspetti normativi*, in *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, Anno 2000*, Regione Lazio, Monografie ASP, pp. 83-90.
- Marceca, M. [1999], *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*, in "L'Arco di Giano", n. 22, pp. 27-35.
- Marceca, M. [2008], *Immigrazione, un'occasione per riorientare i servizi*, in "Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società", Trimestrale della Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri, n. 2, pp. 201-205.
- Martinelli, B. e Geraci, S. [2002], *Politiche locali per l'assistenza sanitaria agli immigrati*, in *Atti della VII Consensus Conference sull'immigrazione. V Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*, a cura di Affronti, M., Lupo, M. e Messina, M.R., Palermo, pp. 381-391.

Per materiali specifici e documenti vedi i siti:
www.simmweb.it
www.saluteinternazionale.info
www.caritasroma.it

In particolare nel sito www.simmweb.it, nella sezione dedicata ai GrIS c'è una pagina del GrIS Lazio con documenti, ricerche e tutte le normative della Regione Lazio nell'ambito dell'assistenza a stranieri ed immigrati comunitari.

Aggiornamento

Con Determinazione n. DB6516 del 11 agosto 2011 il Programma Regionale di Formazione per operatori socio-sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri, che ha coinvolto nel corso dell'anno 2011 le dodici Aziende sanitarie del Lazio, è stato esteso ai Policlinici Universitari, alle Aziende ospedaliere, agli IFO e agli IRCCS. Con un impegno di spesa della somma complessiva di € 165.000,00 per le 11 strutture interessate.

Allegato 1

Statuto della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La Società è stata costituita il 27 febbraio 1990

(come modificato e approvato dall'Assemblea Straordinaria dei soci SIMM. Palermo, 20 maggio 2011)

Art. 1
È costituita, ai sensi dell'art. 14 e seguenti del Codice Civile e della legge 383/2000, una Associazione denominata SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI (acronimo S.I.M.M.) avente sede legale in via Marsala n. 103 a Roma.
Possono essere istituite sedi secondarie in tutto il territorio nazionale. La variazione della sede non costituisce modifica statutaria.
La Associazione S.I.M.M. è costituita a tempo indeterminato e non persegue fini di lucro. L'eventuale avanzo di gestione deve essere investito nelle attività istituzionali dell'associazione.

Art. 2
L'Associazione S.I.M.M., anche richiamandosi a quanto sancito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dalla Costituzione della Repubblica, pone a fondamento del proprio operato i seguenti principi etici:
- la difesa incondizionata della dignità umana;
- l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali e da differenti stati giuridici, amministrativi, economici e sociali;
- la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia;
- la tutela della salute come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività;
- la propria natura di associazione laica e aconfessionale, estranea a logiche di appartenenza partitica o settaria;
- il diritto-dovere di partecipazione ai processi decisionali che riguardano il bene comune e l'interesse generale;
- il vincolo della trasparenza nei rapporti con altri soggetti pubblici e privati.

Art. 3
L'Associazione S.I.M.M., per il perseguimento degli scopi e nel rispetto dei principi sopra menzionati:
- promuove, collega e coordina attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione;
- promuove e favorisce attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom, e dell'approccio transculturale alla salute;

- costituisce un "forum" per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata;
- patrocina e gestisce attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti;
- promuove l'impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni;
- sostiene iniziative e percorsi volti a favorire i processi di integrazione e di inclusione sociale.

A tal fine può svolgere attività di:

- organizzazione di iniziative quali congressi, convegni, corsi e seminari a carattere informativo, formativo e culturale;
- produzione, promozione e diffusione di libri, periodici, ricerche, video e materiali informatici e multimediali su temi legati alle migrazioni e all'approccio transculturale alla tutela della salute;
- organizzazione di dibattiti, conferenze, mostre, a contenuto divulgativo, volti a informare correttamente la collettività sui diversi aspetti e le implicazioni sanitarie e sociali del fenomeno migratorio;
- approfondimento scientifico di temi legati alla salute dei migranti anche attraverso la partecipazione a ricerche tematiche;
- collaborazione con altri Enti, Istituzioni e Associazioni pubbliche e private operanti per scopi analoghi;
- gestione di interventi preventivi e assistenziali rivolti a soggetti fragili.

Art. 4

Il patrimonio della Associazione S.I.M.M. è costituito da:

- contributi degli associati;
- liberalità di persone fisiche, giuridiche sia pubbliche sia private;
- eventuali donazioni e lasciti di beni mobili ed immobili che dovessero essere fatti alla Associazione a titolo di incremento del patrimonio dovranno essere elencati nell'inventario redatto a cura del Consiglio di Presidenza.

Art. 5

La Associazione S.I.M.M. persegue i propri scopi mediante l'utilizzo di:

- quote associative;
- rendite patrimoniali;
- contributi di persone fisiche, giuridiche sia pubbliche sia private;
- proventi derivanti da eventuali ed occasionali attività connesse a quelle istituzionali.

Art. 6

La Associazione S.I.M.M. è composta da:

- Soci Fondatori;
- Soci Onorari;
- Soci Ordinari;
- Soci Sostenitori.

Sono Soci Fondatori le persone fisiche che hanno dato vita alla società sottoscrivendone l'atto costitutivo.

Sono Soci Onorari le persone fisiche, gli Enti e le Associazioni che, per particolari meriti conseguiti in coerenza con i principi etici e gli scopi della S.I.M.M., vedano conferirsi tale riconoscimento dal Consiglio di Presidenza.

Possono diventare Soci Ordinari della Associazione S.I.M.M. le persone fisiche e giuridiche che condividono e rispettano gli scopi dell'Associazione.
Chi intende essere ammesso alla qualifica di socio ordinario dovrà presentare al Consiglio di Presidenza domanda scritta con allegati curriculum vitae e presentazione di un socio. Tale domanda sarà esaminata entro sessanta giorni dalla data di ricevimento; trascorso tale termine la richiesta si intende accettata. In presenza di diniego è consentito ricorso scritto da presentarsi al Consiglio entro 30 giorni dal ricevimento del diniego stesso.
L'esclusione o l'espulsione è deliberata dal Consiglio di Presidenza in relazione a:
– assenza o perdita dei requisiti per l'ammissione;
– dichiarazione di interdizione o inabilità;
– mancato versamento della quota associativa;
– comportamento lesivo ai danni dell'associazione.

Contro il provvedimento di espulsione è consentito ricorso da presentarsi al Consiglio di Presidenza entro 30 giorni dal ricevimento del provvedimento di espulsione.
L'adesione all'Associazione S.I.M.M. comporta, per il socio maggiore di età, il diritto di voto nell'Assemblea per l'approvazione del rendiconto economico, per le modifiche statutarie e per le nomine degli organi direttivi. L'adesione all'associazione è a tempo indeterminato e non può essere disposta per un periodo temporaneo, fermo restando il diritto di recesso. È fatto obbligo al socio di rispettare le norme statutarie e di versare la quota associativa deliberata dal Consiglio di Presidenza nei termini da questo dettati.
La quota o il contributo associativo non è trasmissibile per atto fra vivi ad eccezione dei trasferimenti per causa di morte e non è prevista la rivalutabilità della stessa.

Sono Soci Sostenitori coloro che contribuiscono materialmente al raggiungimento delle finalità dell'Associazione S.I.M.M. Sarà cura del Consiglio di Presidenza stabilire il limite minimo del contributo dovuto per ottenere la qualifica di socio sostenitore.

Art. 7
Sono organismi della Associazione S.I.M.M.:
– il Consiglio di Presidenza (C.d.P.);
– il Presidente;
– il Segretario-Tesoriere;
– il Collegio dei Revisori dei Conti;
– i Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (Gr.I.S.);
– l'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.);
– l'Assemblea dei soci.

Art. 8
L'Assemblea generale dei soci è costituita da tutti i soci regolarmente iscritti nel libro soci entro il mese antecedente alla data di convocazione dell'Assemblea stessa.
L'Assemblea Ordinaria è convocata dal Presidente almeno una volta all'anno, entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale per l'approvazione del rendiconto economico. L'ordine del giorno è fissato dal Consiglio di Presidenza. L'Assemblea può essere convocata anche su richiesta scritta motivata della maggioranza dei membri del Consiglio di Presidenza o di almeno un quarto degli associati.
La convocazione è fatta tramite avviso scritto contenente la data, il luogo e l'ora dell'adunanza, da spedirsi ai soci almeno 20 (venti) giorni prima della riunione per posta elettronica o ordinaria. L'Assemblea può essere convocata anche fuori dalla sede sociale purché in Italia.

Art. 9
L'Assemblea Ordinaria è validamente costituita con la presenza di almeno metà più uno dei soci; mancando tale numero, l'Assemblea si intende convocata lo stesso giorno in seconda convocazione un'ora dopo la prima e sarà valida qualunque sia il numero dei presenti. Le deliberazioni sono prese a maggioranza assoluta dei presenti.
Tutti i soci maggiorenni hanno diritto di voto e di nomina alle cariche sociali.
Il voto può essere esercitato anche con delega scritta ad altro socio. Ogni socio non può essere portatore di più di una delega.
Spetta all'Assemblea:
- approvare il bilancio consuntivo e preventivo;
- approvare la relazione morale del Presidente;
- eleggere il Presidente, il Consiglio di Presidenza ed il Collegio dei Revisori dei Conti;
- deliberare sull'orientamento generale dell'attività sociale;
- modificare lo statuto;
- deliberare su ogni altro argomento posto all'ordine del giorno.

Tutte le deliberazioni si prendono a maggioranza dei voti presenti sulla base dell'art. 2532 del C.C. La votazione può essere fatta per alzata di mano, salvo altra forma stabilita dal Presidente. Le votazioni che hanno per oggetto cariche sociali e le deliberazioni inerenti i soci avvengono con voto segreto. Alle cariche sociali sono eletti coloro che avranno riportato il maggior numero di voti. A parità di voto sarà eletto il più anziano di appartenenza all'Associazione.
Per la modifica dello statuto e per la delibera di scioglimento o messa in liquidazione dell'Associazione è necessaria la presenza di almeno tre quarti (3/4) degli associati ed il voto favorevole della maggioranza assoluta degli associati.

Art. 10
Il Consiglio di Presidenza (C.d.P.) è composto dal Presidente e da altri otto membri eletti dall'Assemblea dei Soci. Il Consiglio dura in carica 4 anni e i suoi membri sono rieleggibili, per non più di due mandati consecutivi. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica, si provvede alla relativa sostituzione facendo ricorso al primo dei candidati alla carica di Consigliere risultato non eletto; ove non fosse possibile far ricorso a candidati non eletti si provvederà alla sostituzione con una nuova elezione da parte dell'Assemblea dei soci.

I consiglieri nominati in surroga rimangono comunque in carica sino alla scadenza naturale del Consiglio.
Il Consiglio di Presidenza elegge nel proprio seno il Vice Presidente, il Segretario-Tesoriere e il Coordinatore nazionale dei Gr.I.S., che restano in carica per la durata del Consiglio stesso.
Il Consiglio di Presidenza si riunisce tutte le volte che il Presidente lo ritiene opportuno o su richiesta di almeno cinque consiglieri. Delibera alla presenza della maggioranza dei membri e le decisioni sono prese a maggioranza dei Consiglieri presenti. In caso di parità, il voto del Presidente è preponderante.
Il Consiglio di Presidenza è investito dei più ampi poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione e può delegare i propri poteri ad uno o più Consiglieri; nomina il Comitato Scientifico i cui membri possono anche non essere soci della Associazione S.I.M.M.; individua e nomina fra i soci S.I.M.M., secondo specifiche necessità e competenze, i propri rappresentanti in organismi tecnici esterni; approva la costituzione dei Gruppi di lavoro (G.L.) interni di natura tecnico-scientifica e ne individua i referenti; può inoltre:
– promuovere le attività dell'associazione;
– deliberare un regolamento interno per il corretto funzionamento dell'Associazione in tutte le sue attività;
– elaborare un codice etico da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
– approvare il bilancio preventivo e consuntivo da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
– deliberare sull'ammissione e sull'esclusione dei soci;
– proporre modifiche statutarie.

Tutti i membri del Consiglio di Presidenza, nessuno escluso, prestano la loro opera gratuitamente. Ad essi può essere eventualmente riconosciuto un rimborso spese su presentazione di distinta analitica dei costi sostenuti.

Art. 11

Il Presidente rimane in carica quattro anni e non può essere eletto più di due volte consecutive, ha la rappresentanza legale dell'Associazione, convoca e presiede il Consiglio di Presidenza e l'Assemblea generale dei Soci facendone eseguire le deliberazioni.
Spetta al Presidente:
– predisporre l'ordine del giorno delle sedute del Consiglio di Presidenza e dell'Assemblea generale dei soci;
– sviluppare ogni attività finalizzata al conseguimento degli scopi statutari dell'Associazione anche attraverso l'affidamento di eventuali deleghe ai membri del Consiglio di Presidenza.

In caso di assenza o impedimento è sostituito dal Vice Presidente.

Art. 12

Il Segretario-Tesoriere supporta l'operatività del Consiglio di Presidenza; mantiene i contatti con i Soci; presenta ad ogni riunione del Consiglio di Presidenza una relazione sull'attività svolta dalla Società e un elenco delle entrate e delle uscite; predispone i bilanci preventivi e consuntivi; redige i verbali delle riunioni del Consiglio di Presidenza; gestisce i libri dei soci, i libri contabili e i libri dei verbali.

Art. 13
Il Collegio dei Revisori dei Conti è costituito da tre membri effettivi. Esercita il controllo amministrativo di tutti gli atti compiuti dall'Associazione, accertando la regolarità delle scritture contabili, esamina il bilancio predisposto dal Consiglio di Presidenza, accerta con cadenza semestrale la consistenza di cassa. I componenti del Collegio durano in carica quattro anni ed i suoi membri sono rieleggibili. L'incarico di Revisore dei Conti è incompatibile con la carica di membro del Consiglio di Presidenza. I membri del Collegio dei Revisori partecipano di diritto alle adunanze del Consiglio di Presidenza, con facoltà di parola ma senza diritto di voto.

Art. 14
I Gruppi Immigrazione Salute (Gr.I.S.) realizzano a livello territoriale gli scopi della S.I.M.M. così come definiti dallo Statuto; possono promuovere proposte di politiche locali, ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, organizzare o favorire percorsi formativi e culturali quali convegni, corsi e seminari e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riterranno adeguate secondo gli scopi statutari.
I Gruppi Immigrazione Salute possono essere istituiti previa comunicazione al Presidente della S.I.M.M. e successiva delibera di accettazione da parte del C.d.P. della S.I.M.M., che ne definisce l'ambito territoriale di intervento.
Alle attività dei Gruppi Immigrazione Salute possono partecipare anche non iscritti alla S.I.M.M., rappresentanti di strutture e associazioni locali (cittadine, regionali o interregionali) che abbiano fatto richiesta formale di adesione e la cui attività si svolga a favore degli immigrati.
I Gr.I.S. proporranno tra gli aderenti che sono soci S.I.M.M. un *Rappresentante*, 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.
Almeno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata al C.d.P. con una relazione dell'attività svolta.

Art. 15
L'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.) è costituito dal Consiglio di Presidenza e dai rappresentanti dei Gr.I.S. Il Collegamento Nazionale si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni 2 anni, per lo scambio di esperienze e per esprimere raccomandazioni tecniche.

Art. 16
All'Associazione è fatto divieto di distribuire agli associati, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale sia durante la vita che all'atto del suo scioglimento, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.
In caso di scioglimento dell'Associazione, che viene deliberato dall'Assemblea straordinaria dei soci, il patrimonio residuo deve essere devoluto ad Associazioni aventi finalità analoghe con fini di utilità sociale, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

Allegato 2

Documento di sintesi per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità. Luglio 2010

Salvatore Geraci, Manila Bonciani, Barbara Martinelli

Area sanitaria Caritas Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Nell'ambito del Progetto "Migrazione e salute" coordinato dall'ISS, l'Unità Operativa 3 ha analizzato le politiche sanitarie locali utilizzando un approccio concreto e moderno attraverso l'identificazione di alcune variabili: Linee guida (Variabile 1); Analisi del bisogno (Variabile 2); Prevenzione e promozione della salute (Variabile 3); Formazione (Variabile 4); Mediazione in sanità (Variabile 5); Assistenza agli irregolari (Variabile 6); Assistenza ai comunitari (Variabile 7). Queste possono essere considerate degli indicatori e, con una specifica metodologia, sono stati definiti due indici di sintesi che possano permettere confronti nel tempo, e quindi misurare gli effetti di specifiche scelte politiche nazionali e locali, e nello spazio, cioè in ambiti territoriali diversi.

SINTESI DELL'ANALISI EFFETTUATA

L'analisi delle variabili e la loro rappresentazione cartografica confermano l'eterogeneità delle situazioni locali in termini di politiche su immigrazione e salute. Colpisce innanzitutto osservare una relativamente bassa attenzione verso il tema della garanzia dell'applicazione in modo uniforme e diffuso delle norme nazionali e locali, che potrebbe essere garantita in particolare con l'emanazione di linee guida.

Si è consolidata, invece, negli anni l'attenzione delle politiche sanitarie verso l'analisi del bisogno di salute degli immigrati e metà delle regioni italiane ha sancito la costituzione di Osservatori dedicati al monitoraggio e valutazione del fenomeno migratorio nei suoi molteplici aspetti e delle sue ricadute in termini di impatto in ambito sanitario.

Anche l'analisi della variabile relativa alla prevenzione e promozione della salute mette in rilievo l'importanza di questo aspetto all'interno delle politiche sanitarie locali: si osserva, infatti, che dieci regioni e una provincia autonoma hanno prodotto delle indicazioni normative specifiche sul tema, superando una visione meramente di tipo preventivo e favorendo interventi di educazione sanitaria, ed anche di rafforzamento delle capacità degli immigrati di avere un controllo sui determinanti di salute.

La formazione degli operatori è generalmente indicata come asse di intervento delle politiche sanitarie locali ed è anche alto il livello di attenzione che risulta essere rivolto alla mediazione di sistema.

Per quanto riguarda l'assistenza agli irregolari, si osserva che in tutto il territorio italiano viene mediamente assicurata in linea con le disposizioni normative nazionali.

Per quanto riguarda, infine, l'assistenza sanitaria ad un altro gruppo in condizioni di fragilità, quali i comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, si osserva un discreto livello delle politiche locali nell'impegno a tutelarne il diritto alla salute.

Dall'analisi complessiva delle variabili oggetto di studio, sintetizzate nei due indici sulle politiche sanitarie locali, emerge pertanto che quasi la metà delle regioni italiane ha un livello alto di attenzione verso il tema della salute degli immigrati.
È importante ricordare che il risultato della ricerca deriva dalla lettura ed analisi degli atti formali e quindi fa riferimento soprattutto alla capacità di formalizzazione della politica locale in atti normativi e programmatici, mentre potrebbe non trovare diretto riscontro a livello applicativo, o al contrario potrebbe esserci una diffusa attenzione al tema sul territorio al di là dagli atti formali stessi. Ciò emerge attraverso l'esperienza dei Gruppi Immigrazione e Salute – **GrIS locali** (unità territoriali della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – SIMM), che offrono uno sguardo dal basso sulle politiche sanitarie e hanno reali chiavi di lettura del fenomeno e spesso sono artefici di proposte tecnico-politiche efficaci.
I due indici sintetici, inoltre, riproducendo la situazione ad oggi delle politiche sanitarie locali, non permettono di esplicitare il processo di trasformazione avvenuta in questi ultimi anni e, quindi, alcune realtà, che hanno costituito in passato esperienze regionali di rilievo e fortemente innovative nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati, si possono trovare attualmente ad avere valutazioni non completamente rappresentative della loro storia, tradizione ed esperienza.

Fonte: S. Geraci, M. Bonciani, B. Martinelli, Area sanitaria Caritas Roma, 2010

Sintesi in 8 punti delle indicazioni operative emerse:

- Condividere ulteriormente il metodo di analisi delle politiche sanitarie locali ed applicarlo a livello di Regioni e Province autonome per poter verificare la validità delle variabili e degli indici identificati anche con uno "sguardo dall'interno". Si auspica così di poter integrare ulteriormente la lista delle variabili identificate per l'analisi, specificando anche meglio la loro definizione operativa e le modalità da attribuire alle singole variabili, e poterle poi adottare, insieme agli indici di sintesi elaborati, sia per una valutazione periodica comparativa delle politiche, sia come strumento di *Health Impact Assessment* in sede di elaborazione delle politiche stesse.
- Elaborare delle linee guida a livello locale per uniformare l'offerta sanitaria in base alla normativa nazionale e locale ed eventualmente adottare quelle che sono in corso di elaborazione da parte del Tavolo tecnico Interregionale "Immigrati e Servizi sanitari in Italia" della Commissione salute (Coordinamento interregionale in sanità), integrandole con proprie specificità normative a livello locale, che siano inclusive delle specifiche relative all'accesso ed alle modalità di fruizione almeno dei seguenti gruppi target: immigrati non UE regolari, immigrati non UE non regolari, comunitari, rifugiati. Si auspica che queste linee guida raccolgano periodicamente gli aggiornamenti normativi prodotti, integrando in maniera organica le indicazioni fornite attraverso delibere, note e altre circolari.
- Potenziare il monitoraggio e l'analisi del bisogno di salute degli immigrati attraverso l'istituzione o la valorizzazione del ruolo dell'Osservatorio, in modo che vengano realizzate periodicamente almeno le seguenti attività di ricerca:

  - studi sul fenomeno immigrazione e le sue forme di insediamento socio-economico e culturale sul territorio locale;
  - elaborazione di rapporti basati sulla raccolta di dati epidemiologici (seguendo le indicazioni emerse dai seguenti documenti: rapporto 2009 "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi", lavoro coordinato dalla Regione Marche; periodiche analisi di Osservasalute; risultati dell'Unità Operativa 2; ed implementando il nuovo flusso OSI, secondo quanto sviluppato dall'Unità Operativa 4) e sociali, che supportino il processo di pianificazione delle politiche e dei sistemi socio-sanitari a livello locale;
  - analisi per la valutazione dell'implementazione delle stesse politiche.
- Rafforzare l'attenzione rivolta alla prevenzione e promozione della salute degli immigrati, soprattutto riconoscendo l'importanza dei determinanti sociali di salute e la necessità di potenziare le capacità di controllo su di essi da parte degli stessi immigrati. Si auspica che vengano promossi specialmente degli interventi per la salvaguardia e la promozione della salute delle donne e dei lavoratori stranieri, nonché che si rivolga una specifica attenzione anche ai minori ed alle seconde generazioni, ambiti dove l'integrazione delle politiche sociali, educative e sanitarie è strategica.
- Inserire indicazioni sulla formazione del personale sanitario sui temi della salute ed immigrazione almeno nei piani sanitari regionali o provinciali e/o nei piani sull'immigrazione, indicazioni che non si esauriscano nella sola esplicitazione generica della necessità di aggiornamento degli operatori, ma specifichino anche le modalità di realizzazione degli eventi formativi stessi. Si auspica la realizzazione di piani formativi a livello delle singole Regioni e Province autonome relativi alle questioni in oggetto e si rimanda alle raccomandazioni dell'Unità Operativa 6 per i dettagli contenutistici e metodologici che dovrebbero essere inseriti in questi piani formativi.
- Fornire indicazioni, almeno nei piani sanitari regionali o provinciali e/o nei piani sull'immigrazione, per inserire strumenti di mediazione di sistema che favoriscano l'accesso ai servizi e la fruizione dell'assistenza sanitaria per gli immigrati, specificando le azioni necessarie a tale scopo. Si auspica che l'attenzione non si focalizzi solo sull'utilizzo dei mediatori nei servizi, ma si considerino gli altri aspetti essenziali per un'efficace mediazione di sistema, dall'utilizzo di materiale informativo multilingue, al riorientamento o adeguamento organizzativo e procedurale dei servizi, secondo quanto già identificato dal documento CNEL del 2000 ed indicato nei risultati del lavoro dell'Unità Operativa 5. Si auspica anche che vengano presentati i dettagli operativi dell'implementazione di questa strategia, se non all'interno degli atti generali di politica sanitaria, almeno attraverso atti specifici che permettano anche di effettuare una valutazione puntuale della politica stessa rispetto a questo aspetto.
- Promuovere la formulazione di direttive regionali per garantire l'assistenza sanitaria ai soggetti in situazione di particolare fragilità sociale e giuridica come gli irregolari, almeno attraverso strutture pubbliche o private convenzionate, che forniscano assistenza di medicina generale di base. Si auspica che le Regioni e Province autonome estendano la copertura di questi soggetti attraverso i medici di medicina generale o

almeno i pediatri di libera per i minori stranieri, per una più efficace tutela del diritto alla salute di queste persone.

– Trasmettere localmente le direttive nazionali in tema di salute dei comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, non limitandosi ai neo-comunitari (Bulgari e Rumeni), ma garantendo l'assistenza sanitaria ai cittadini dell'UE che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria. Si auspica anche l'introduzione della possibilità dell'iscrizione volontaria per quei comunitari che, pur non possedendo i requisiti per l'iscrizione obbligatoria, hanno risorse adeguate di sostentamento.

Sulla base delle analisi delle politiche sanitarie condotte a livello regionale e delle Province autonome, è emersa la necessità, soprattutto in alcune realtà, di migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere in modo adeguato ed equo alle sfide della diversità culturale. Una questione cruciale per lo stato di salute dell'immigrato è rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, la prima dipendendo prevalentemente dalla normativa, la seconda dalla capacità culturale dei servizi di adeguare le risposte ad utenti differenti.
La comunicazione interculturale in ambito sanitario, quindi, assume un ruolo cruciale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Oltre al problema della diversità linguistica, l'esistenza di diversità culturali viene osservata come ostacolo ad una comunicazione efficace. Si ritiene che il passaggio cruciale sia rendere tutti i *servizi culturalmente competenti*, producendo strumenti organizzativi e occasioni di approfondimento adeguati.
Per tale motivo, decisivo è anche l'assetto organizzativo degli organi di pianificazione e controllo (Assessorati regionali, Direzioni aziendali, Ministero della salute).
Alla fine degli anni '90, all'indomani dell'approvazione del Testo Unico sull'Immigrazione, l'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), ha pubblicato un documento sull'accessibilità ai servizi sanitari degli immigrati dal titolo significativo *Servizi da riorientare*.
Il documento, frutto di un intenso lavoro di un gruppo formato da "decisori" (assessori e dirigenti sanitari), è stato il primo – ed unico, anche se alcuni temi sono stati ripresi nei rapporti sull'integrazione dell'omonima Commissione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, dei primi anni 2000 – tentativo istituzionale di indicare percorsi che potessero "adeguare" l'offerta dei servizi sanitari alla "nuova utenza" immigrata con una attenzione all'equità, alla qualità ed all'intercultura.

"RIORIENTARE" I SERVIZI

• **Formazione del personale**
informazione, formazione specifica, formazione relazionale, aggiornamento…

• **Lettura dei bisogni**
rilevazione dei dati di routine, indagini specifiche…

• **Lettura della domanda**
legata alla percezione dei bisogni, alla traduzione culturale, alla possibilità di esprimersi, all'incontro con i servizi…

• **Organizzazione dei servizi**
orari, offerta attiva, mediazione…

• **Flessibilità dell'offerta**
modulare l'offerta in base alle verifiche dei bisogni e delle attività, sperimentare nuovi percorsi…

• **Lavoro multidisciplinare**
all'interno del mondo sanitario, integrazione con altre discipline…

• **Lavoro di rete**
con altri attori intra-aziendali, istituzionali, volontariato, associazionismo di italiani e di immigrati, privato sociale…

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

In quel documento sono riportati due sintetici passaggi su come "organizzare" le politiche regionali ed aziendali.

PER UNA POLITICA REGIONALE

[…] è emerso come situazioni che richiedono competenze di assessorati diversi (in genere alle politiche sociali o all'immigrazione e quello alla sanità, ma anche altri) non sono supportate da politiche di coordinamento e/o collegamento. Lo standard è che un assessorato sappia nulla o comunque poco dell'attività dell'altro e che tra gli stessi uffici del medesimo assessorato le informazioni siano insufficienti se non contraddittorie. È questo il quadro dove si inserisce lo specifico compito della definizione di politiche sanitarie locali a favore dei cittadini immigrati. Per lo più le Regioni fanno da tramite di informazioni nazionali a realtà locali. Un trasferimento di informazioni che non può bastare per governare un fenomeno diversificato sia sul versante dell'immigrazione sia su quello dell'organizzazione dei servizi. Si ritiene indispensabile che la Regione contestualizzi la politica nazionale con atti di governo locale specifico; se le leggi regionali possono essere strumenti poco agili, certamente i piani sanitari ed i progetti obiettivo sono occasione puntuale per avviare, adeguare o consolidare un impegno magari già introdotto con specifici atti amministrativi. […]
In genere ogni assessorato alla sanità ha almeno un ufficio che si occupa di assistenza sanitaria agli italiani all'estero ed agli immigrati, ed è auspicabile che tale competenza non si limiti a risolvere pratiche burocratiche o quesiti più o meno complessi, ma possa promuovere percorsi di reale accesso e fruibilità delle prestazioni. […]

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

PER UN INTERVENTO LOCALE

Indipendentemente da input regionali, gli enti locali e nello specifico caso le aziende sanitarie hanno attivato percorsi, modelli d'intervento, iniziative spesso innovative e significative.
In termini organizzativi dedicare una figura professionale ad implementare tale obiettivo di salute per popolazione target appare, in questa fase di inclusione nel sistema, particolarmente efficace. Viene individuato l'ambito di collocazione strutturale di tale figura, pur essendo l'organigramma aziendale non sempre sovrapponibile in contesti regionali diversi, nello staff del direttore sanitario. Considerato che la "missione" del Direttore Sanitario, tra l'altro, è quella di coopartecipare nella definizione delle strategie ed orientamenti generali e della pianificazione strategica dei servizi dell'Azienda, coordinare ed assicurare l'integrazione funzionale tra i presidi sanitari, definire le soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione tra gli obiettivi aziendali, […] si ritiene adeguato individuare nell'ambito del suo staff la risorsa, completamente dedicata o meno, che abbia come mandato la "salute degli stranieri". […]
L'Azienda può o meno dotarsi di un Progetto Obiettivo Aziendale (anche alla luce dell'emanando Progetto Obiettivo Nazionale) con il compito di avviare un processo di inclusione e di delibere specifiche: utile è avere una visione d'insieme sul fenomeno, sulle risorse e sulle risposte. Una politica aziendale efficace potrebbe basarsi su un percorso di riorientamento dei servizi (come descritto precedentemente) e di integrazione socio-sanitaria dove appare evidente un ruolo determinante e trainante del Comune così come definito dalla normativa nazionale attuale e da quelle locali.
Il "referente aziendale" non dovrebbe gestire in proprio progetti e percorsi ma come un "catalizzatore" dovrebbe avviare processi già insiti in una pianificazione aziendale (formazione, flussi dei dati…) e in una organizzazione territoriale (distretti, dipartimenti…). È il rappresentante delle politiche specifiche dell'Azienda sui tavoli istituzionali previsti dall'attuale normativa (Consigli territoriali, Consulta regionale…) e/o su altri che gli enti locali sapranno e vorranno attuare o che l'azienda stessa riterrà strategici per il raggiungimento degli obiettivi. È l'esperto sullo specifico tema nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria con i rappresentanti dei Comuni e di altri enti locali (Conferenza dei Sindaci…).

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

Il documento si concludeva con l'auspicio, ancora oggi assolutamente condivisibile, di *realizzare una organizzazione sanitaria più attenta alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie e dei bisogni che ne conseguono, perché ciò non potrà che garantire un livello di assistenza migliore e quindi una concreta promozione della salute per tutti.*

A livello regionale

referente regionale
gruppo di lavoro specifico
organi istituzionali
ufficio specifico
centro di riferimento

piano sanitario regionale – piani per la salute – progetti obiettivo
piani di zona – piani triennali integrati…

A livello aziendale

figura professionale dedicata in staff con il direttore sanitario (o direttore sociale)
gruppo di lavoro aziendale
referente aziendale operante in ambito istituzionale e non

avvio di processo
riorientamento servizi e integrazione socio-sanitaria
progetti obiettivo aziendali

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

In questi 10 anni ci sono stati diversi cambiamenti nella sanità (ma più in generale nella società, nel fenomeno sociale dell'immigrazione e nelle politiche di welfare) ed in particolare la regionalizzazione in sanità impone un completamento ed aggiornamento delle indicazioni date.

La validazione della metodologia usata per la definizione degli indici di sintesi (variabili scelte, priorità/peso specifico, criteri valutativi…), in particolare per confrontarli con gli indici di integrazione e indicatori di salute ed accesso, e l'implementazione delle 8 indicazioni operative possono confermare/completare le indicazioni CNEL (riorientare i servizi; per una politica regionale; per interventi locali), anche se si rende necessaria una indicazione preliminare legata al ruolo di organismi "centrali" di collegamento e coordinamento (al di là di specifici progetti o finanziamenti "a tempo").

Tutto ciò in un'ottica di aumento complessivo delle competenze culturali del sistema, di specifica attenzione all'equità ed alla qualità dei percorsi assistenziali e delle cure.

Per un coordinamento nazionale istituzionale

Nell'ambito del Ministero della Salute, potrebbe essere opportuno prevedere una risorsa tecnica dedicata (sotto forma di Ufficio specifico oppure di staff dedicato o altro, presso il gabinetto ministro o una Direzione Generale interessata), che abbia funzioni di collegamento tra le varie competenze ministeriali e ne sia referente ultimo, utilizzando un gruppo di lavoro interno, definibile come consulta sanitaria/conferenza permanente intra ministeriale.
Questa può avere la seguente caratterizzazione:

- È interlocutore e referente con/per gli altri ministeri (con possibilità di delega in base alle competenze).
- Si supporta di specifici gruppi di lavoro nazionali (a tempo), istituiti presso il Ministero come possibilità di approfondimento/valutazione.
- È interfaccia con la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (si potrebbe auspicare una "Commissione salute e immigrazione" permanente, con referenti delle

regioni e consulenti tecnici e con un piano di lavoro concordato e pianificato presso la stessa Conferenza o in alternativa presso il Ministero stesso).
- È referente/responsabile dei vari progetti finanziati dal Ministero e dà coerenza alla pianificazione nazionale anche utilizzando i risultati dei progetti stessi.
- È primo interlocutore delle società scientifiche, dei gruppi di ricercatori (o progetti di ricerca), delle organizzazioni non governative, dell'associazionismo straniero.

In tutti gli ambiti tecnici sanitari istituzionali, potrebbe essere utile individuare un riferimento (singola istituzione o gruppo di enti) sul tema (ISS, CNR o altri; in base al livello di complessità della struttura si potrebbero poi individuare più referenti per linea di attività coordinati tra loro) che realizza una consulta sanitaria/conferenza permanente extra ministeriale.

Progetto "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni" (0013205-P-16/04/2008) Finanziato e promosso dal Ministero della Salute con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità e realizzato, per la propria competenza, dalla Unità Operativa n. 3: Politiche sanitarie (resp. Salvatore Geraci – CRS, Area sanitaria Caritas Roma).

Discusso con il Comitato Tecnico Scientifico del Progetto, con i rappresentanti della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e con i referenti delle Regioni Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Umbria, Veneto il 9 giugno 2010

Allegato 3

Regione Lazio. Programma Regionale di Formazione degli operatori socio-sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri.

Regione Lazio – Dipartimento Sociale
Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione ed Assistenza Territoriale
Area 59/08 – Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio-sanitaria

Premessa
In seguito all'approvazione della legge n. 7 del 9 gennaio 2006 riguardante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", il Ministero della Salute, in ottemperanza a quanto previsto dalla stessa legge, ha assegnato alle Regioni i fondi per la copertura finanziaria delle attività previste dagli articoli 3, 4 e 5. Tra le attività che il legislatore ha ritenuto fossero necessarie per la prevenzione della pratica delle Mutilazioni Genitali Femminili, particolare importanza è stata data alla formazione degli operatori socio-sanitari, sia per quanto riguarda gli aspetti medici e socio-culturali del fenomeno, sia per gli aspetti utili a migliorare la capacità degli operatori stessi a valutare la problematica in un'ottica di medicina transculturale.
Con determinazione n. D3298/08, la Regione Lazio ha predisposto un Programma regionale di attuazione della legge n. 7/06 approvando e finanziando due specifici progetti presentati dall'INMP e dall'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini.
L'approvazione di tali progetti ha rappresentato la prima fase di un obiettivo progettuale più ampio attraverso il quale la Regione intende promuovere una diffusa e capillare formazione di base rivolta agli operatori amministrativi, al personale medico, infermieristico ed ostetrico relativamente al tema della salute e dell'assistenza alla popolazione immigrata nei suoi compositi e articolati aspetti, nell'ambito della quale la problematica delle MGF venga analizzata sotto il profilo socio-demografico, sanitario, relazionale e normativo-organizzativo.
La formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari rappresenta infatti un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni immigrate, in coerenza con i principi, gli obiettivi e le caratteristiche del sistema sanitario e delle professioni che lo animano, cosi come sancito anche dall'accordo Stato-Regioni del 5/11/2009 su *Il Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina*, accordo che riconosce la "Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria" tra "le aree di riferimento che, in coerenza con i Piani sanitari nazionali e regionali vigenti e quindi periodicamente rinnovabili, dovranno essere utilizzate per l'individuazione degli obiettivi formativi che devono essere evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli Provider, pubblici e privati".
In tal senso, uno strumento utile per la progettazione di percorsi formativi è rappresentato dal documento *Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori socio-sanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate* approvato dalla Regione Lazio e che è parte integrante del presente Programma.

Modalità di attuazione e requisiti dei progetti

Il Programma Regionale di Formazione degli operatori socio-sanitari è rivolto alle 12 Aziende USL e alle 11 Strutture Ospedaliere del Lazio. Prevede, per la sua realizzazione, uno stanziamento complessivo di € 360.000,00 per le Aziende USL e di € 160.000,00 per le Strutture Ospedaliere. Ciascuna Azienda USL e Struttura Ospedaliera è tenuta a redigere un progetto aziendale pianificando un corso di formazione che rispetti i seguenti requisiti di base:

- il corso deve essere trasversale, impegnare cioè tutte le figure professionali (amministrativi, psicologi, medici, assistenti sociali ecc.);
- gli operatori devono essere scelti anche sulla base della motivazione personale e della disponibilità a fungere, nei loro rispettivi servizi, da referenti per gli altri operatori, relativamente alle problematiche sanitarie degli stranieri;
- il 10% dei partecipanti può essere scelto tra rappresentanti di enti ed organizzazioni esterni all'Azienda sanitaria, ma strategici per un lavoro di rete in un'ottica di percorsi di integrazione socio-sanitaria;
- il corso dovrà prevedere un massimo di partecipanti compreso tra 40 e 50 persone, al fine di consentire lo svolgimento di una metodologia didattica attiva, base necessaria per l'acquisizione partecipata dell'insegnamento;
- il corso, articolato in giornate seminariali (uno-due argomenti giornalieri) dovrà prevedere una durata complessiva di 24-30 ore di insegnamento, suddivise in tre o cinque giorni programmati in un arco temporale, definito in base alle esigenze aziendali, di 1-3 mesi;
- è necessario che il corso preveda l'accreditamento ECM per tutte le figure professionali.

Il progetto, comprensivo del programma dettagliato, dei nomi dei relatori/formatori, dei criteri organizzativi, delle sedi e delle date proposte e delle eventuali edizioni previste (minimo due edizioni), dovrà essere inviato al Dipartimento Sociale, Direzione Assetto Istituzionale, Prevenzione ed Assistenza, nel rispetto dei tempi che verranno comunicati successivamente all'approvazione del presente atto.

Tutti i progetti presentati dalle singole Aziende saranno ammessi ai finanziamenti, purché conformi ai requisiti previsti dal presente Programma.

La verifica di adeguatezza dei progetti con i requisiti richiesti verrà effettuata dall'Area Programmazione dei Servizi Territoriali delle Attività Distrettuali e dell'Integrazione Socio-sanitaria, sentito il parere del "Gruppo di lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, nominato con determinazione n° D3754/09".

È prevista, infine, una giornata preliminare di incontro/formazione con i docenti che cureranno l'aspetto normativo.

Articolazione del Corso

I moduli formativi, dovranno prevedere l'analisi e l'approfondimento delle seguenti tematiche:

- scenari socio-demografici, con particolare riferimento alla presenza femminile e a quella dei minori (contestualizzando, in particolare, il fenomeno);
- scenari socio-sanitari, con la descrizione delle principali evidenze epidemiologiche;
- focus sul materno-infantile e sulla salute della donna, con una specifica sessione sulle MGF;
- aspetti relazionali-comunicativi, con particolare riferimento ai problemi linguistici, semantici, alla comunicazione non verbale, alle aspettative del paziente nei confronti

del sistema sanitario nazionale e degli operatori; alle aspettative degli operatori stessi nei confronti dei pazienti; ai significati simbolici dei due poli della relazione; ai possibili livelli di incomprensione, alle diverse concezioni culturali di malattia, che possono giocare un ruolo significativo nell'ostacolare o, viceversa, nel facilitare la relazione;
– aspetti normativi (per l'analisi e l'approfondimento della parte normativa deve essere prevista una intera giornata, con lezione frontale ed esercitazione finale. Coloro che, individuati dalle singole Aziende, svolgeranno docenza sulla parte normativa effettueranno un incontro preliminare sulla legislazione vigente curato dal Gruppo di lavoro regionale);
– aspetti organizzativi nella realtà locale e regionale.

Risultati attesi
Il corso di formazione deve tendere a chiarire e fornire strumenti utili di analisi delle seguenti problematiche:
– favorire una appropriata consapevolezza del fenomeno immigratorio, talvolta erroneamente percepito sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, sui motivi della presenza e sui fattori che condizionano l'immigrazione;
– fornire una adeguata conoscenza sugli specifici quadri clinici di cui possono soffrire gli immigrati sul territorio nazionale ed in particolare sulle aree critiche in ambito sanitario, al fine di limitare il diffondersi dei pregiudizi;
– formare le figure professionali che operano nel campo dell'immigrazione sui diritti degli immigrati nell'ambito di accesso ai servizi sanitari, sulla normativa che ne regola diritti e doveri, sulla organizzazione dell'eventuale risposta ai bisogni di salute;
– fornire strumenti di comunicazione e di relazione con persone provenienti da altre culture, in quanto le difficoltà relazionali producono conseguenze significative sull'efficacia degli interventi nel campo della prevenzione e dell'assistenza ai pazienti (riduzione della *compliance* ecc.).

Obiettivi generali
Il Programma regionale intende perseguire i seguenti obiettivi:
– informazione sui temi specifici della salute, sull'accesso e la fruibilità dei servizi socio-sanitari da parte delle popolazioni migranti, con particolare riferimento alle donne immigrate;
– formazione di almeno 40 figure professionali per ogni Azienda sui temi della medicina transculturale.

Durata
12 mesi dalla nota regionale con la quale viene notificata la piena congruità dei progetti aziendali con i requisiti richiesti dal Programma regionale.

Riferimenti:
- Determinazione Regione Lazio n. B5336 del 29 ottobre 2010
- Determinazione Regione Lazio n. B6516 del 11 agosto 2011

Vedi: http://www.simmweb.it/index.php?id=334&no_cache=1

Nella Rete del Gruppo Immigrazione e Salute – GrIS Lazio

Il **Gruppo Immigrazione e Salute del Lazio (Rete GrIS Lazio)** è un articolato network che nel tempo ha condiviso questi obiettivi:

- essere un luogo d'informazione in particolare sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese e sugli ambiti assistenziali attivati;
- essere un luogo di "messa in rete" di competenze e risorse sia di tipo assistenziali sia formative;
- essere propositivi in termini politico-organizzativi individuando aree critiche ed eventuali percorsi di tutela; in questo senso avere un'azione di stimolo e di pressione nei confronti degli Enti Locali e delle Direzioni delle varie Strutture Pubbliche.

Oltre all'**Assemblea** GrIS, dopo una fase di sperimentazione, si sono istituiti **tre gruppi di lavoro** per affrontare al meglio alcuni ambiti di interesse specifico: **GrIS – Rom e Sinti; GrIS – Richiedenti asilo e Rifugiati; GrIS – Sanità Pubblica.** Attualmente essi sono assorbiti dall'Assemblea ma possono attivarsi per specifiche esigenze.
È istituito anche un **Gruppo di coordinamento** per eventuali consultazioni per rapide decisioni o per produrre documenti da condividere in assemblea.

Attualmente il GrIS Lazio risulta formato da **64 Enti o Servizi** e sono presenti le maggiori associazioni non governative impegnate nel settore e tutte le Aziende sanitarie pubbliche del Lazio.

Enti, organizzazioni, gruppi che hanno dato adesione formale al GrIS Lazio (2012)
Area Sanitaria Caritas Roma; Associazione Centro Astalli onlus; Ambulatorio Medico Comunità di S. Egidio; Centro Welcome; Cittadini del mondo; Solidarietà Vincenziana; Casa dei Diritti Sociali; Associazione Progetto Casa Verde – Ambulatorio per Immigrati; Associazione Umanista – Voci dal mondo; Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni; Medici Contro la Tortura; AMSI – Ass. Medici di origine Straniera in Italia; Gruppo Viale Angelico; Centro di Ascolto Caritas Arcidiocesi Gaeta; ACISEL – Associazione Cooperazione Internazionale Studi e Lavoro; Medici per i Diritti Umani; Associazione Kim onlus; Imagine onlus; Gialuma onlus; Scirocco onlus; Candelaria – Donne del mondo; Altrastoria; Associazione Culturale Pediatri – ACP Lazio; Ordine Psicologi del Lazio; Fondazione Silvano Andolfi; Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali; Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale; Società Italiana di Psichiatria Multiculturale delle Migrazioni; Servizio Psico Socio Sanitario – Coop. Sociale; Cooperativa sociale Magliana '80; Cooperativa ANVER; Cooperativa Speranza; Virtus Ponte Mammolo; Cotrad Coop. Sociale; Croce Rossa Italiana – Comitato Regionale Lazio; Consiglio Italiano per i Rifugiati; U.O.I. "Assistenza immigrati" – Azienda Usl Rm A; Azienda Usl Rm B; Azienda Usl Rm C; Azienda Usl Rm D; Azienda Usl Rm E; Azienda Usl Rm F; Azienda Usl Rm G; Azienda Usl Rm H; Azienda Usl Viterbo; Azienda Usl Rieti; Dipartimento D 3 D Azienda Usl Frosinone; Azienda Usl Latina; INMP già S.C. Medicina Prev. Migrazioni – Ospedale S. Gallicano; Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani – IRCCS; Ufficio Stranieri – Policlinico Umberto I; Dipartimento di Sanità Pubblica e M. Infettive "Sapienza" Università di Roma; Centro Alcologico di riferimento Regione Lazio; Azienda Ospedaliera S. Camillo – Forlanini; Azienda Ospedaliera S. Giovanni – Addolorata; Azienda Ospedaliera S. Andrea; Settore Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva – U.C.S.C.; Istituto Clinica Pediatrica U.C.S.C. Ambulatorio di Pediatria; Fondazione Policlinico Tor Vergata; Bambino Gesù Ospedale Pediatrico; Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica; Centro per la giustizia minorile per il Lazio; Servizio rifugiati e migranti Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia; Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) – Missione Italia.

In occasione di questa pubblicazione, alcune associazioni, gruppi, enti e aziende sanitarie appartenenti al GrIS Lazio, hanno descritto brevemente il loro ambito di impegno nella tutela della salute dei cittadini immigrati.

ACISEL – Associazione Cooperazione Internazionale Studi e Lavoro
I dirigenti ed alcuni operatori dell'Associazione cominciano ad operare nel campo dell'immigrazione alloggiando profughi ed immigrati nel 1987. Nel 1995 inizia la collaborazione con l'Ufficio Immigrazione del Comune di Roma e nel 1997 viene fondata l'ACISEL che si propone, con quasi tutti i servizi richiesti, di traghettare gli immigrati, i richiedenti asilo e rifugiati, famiglie e minori senza fissa dimora verso una completa integrazione basandosi sui suoi obiettivi: studio e lavoro.
Vengono potenziati gli sforzi per raggiungere gli obiettivi preposti rafforzando la rete con tutti gli istituti, associazioni, ospedali, università ecc. coinvolti nei programmi sull'immigrazione. Tra i primi si offrono corsi qualificati e mirati ad una richiesta di mercato (es. assistenza all'anziano, al malato oncologico terminale ecc.), utilizzando altri corsi con più ampia apertura lavorativa offerti dai vari operatori nel campo. Attivo uno Sportello funzionante dal 2000.
Viene molto curata la salute, l'aspetto psicologico e l'assistenza sociale da soli e con esperti della materia. I dati raccolti sfociano in 25 lavori di epidemiologia, salute e ricerca presentati quasi tutti ai congressi della SIMM. L'associazione fa parte del GrIS, collabora con i Medici Contro la Tortura e altre associazioni del settore immigrazione.

Contatto: acisel@yahoo.it
Sito: www.acisel.it

ACP – Associazione Culturale Pediatri
L'Associazione Culturale Pediatri è un'associazione, costituita dal 1974, che raccoglie circa 2.500 pediatri italiani, con una prevalenza di pediatri di famiglia (circa il 65%), per il resto comprendente pediatri ospedalieri, universitari e di comunità riuniti in 38 gruppi locali nelle diverse regioni.
La mission: formazione e aggiornamento dei pediatri, sia rispetto alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare) e personale (saper essere), sia per la gestione delle risorse economiche e di quelle umane. L'ACP ha un codice etico di comportamento che investe sia i singoli pediatri sia l'Associazione stessa.
Svolge attività editoriale, di formazione e di ricerca, rigorosamente no profit. Dal 1999 insieme al Centro Salute del Bambino e all'Associazione Italiana Biblioteche, ha organizzato il progetto Nati per Leggere, che vuole suggerire la lettura ad alta voce ai bambini fin dalle prime età della vita.
Dal 2005 l'ACP ha promosso anche Nati per la Musica, progetto per la diffusione della musica da 0 a 6 anni. Ha formalmente appoggiato la "Baby Friendly Hospital Iniziative" (BFHI), insieme a UNICEF e OMS.
I gruppi locali svolgono sia autonomamente sia in collaborazione con ACP nazionale, attività di formazione, ricerca, educazione sanitaria, definizione di protocolli diagnostico-terapeutici, valutazione di qualità delle cure, supporto a programmi di cooperazione internazionale.
È stato siglato un protocollo d'intesa fra l'Associazione Culturale Pediatri e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

Contatto: segreteria@acp.it; mariaedoarda.trillo@virgilio.it
Sito: www.acp.it

ARCI – Associazione Ricreativa e Culturale Italiana
L'ARCI N.A. di Roma ha aperto nel 2007 uno Sportello Migranti nella sua sede di Viale G. Stefanini 15 (fermata Metro B Pietralata). Attività principale dello Sportello Migranti è lo Sportello Legale per Richiedenti Asilo e Rifugiati, attivo tutti i martedì. Oltre alla consulenza legale, lo Sportello Migranti dà indicazioni socio-sanitarie, sia per quanto riguarda la certificazione medica per la richiesta di asilo politico, sia per le necessità sanitarie espresse dai migranti. Il venerdì è attivo invece lo Sportello Amministrativo, per tutte le pratiche riguardanti gli immigrati (richiesta e rinnovo permesso di soggiorno, ricongiungimento familiare, carta di soggiorno, calcolo contributi INPS). Lo Sportello Legale è gratuito; per lo Sportello Amministrativo è richiesta la tessera ARCI e un piccolo contributo economico.

Dal 2009 è attiva anche una Scuola di Italiano per Stranieri che attiva ogni quattro mesi corsi di Italiano di vario livello. La Scuola di Italiano per Stranieri rilascia direttamente l'Attestato per la Conoscenza dell'Italiano L2 del Livello A2, mentre per gli altri livelli permette ai propri alunni l'accesso alla certificazione del CTP Di Liegro. La Scuola di Italiano è gratuita e richiede la tessera associativa ARCI.

Contatto: crisstella@libero.it
Sito: www.arci.it

ASP – Agenzia di Sanità Pubblica – LazioSanità
L'Agenzia di sanità pubblica (ASP) è un ente dipendente dalla Regione Lazio ed esercita una serie di funzioni in materia sanitaria: gestione dei sistemi informativi sanitari della Regione, supporto tecnico-scientifico agli organi regionali in materia sanitaria, attività scientifica e di ricerca epidemiologica.
L'ASP in questi anni ha sviluppato uno specifico filone di attività relativo alla popolazione immigrata, in conformità con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale, individuando tre obiettivi distinti di ricerca e azione:

1) valutare lo stato di salute degli immigrati, attraverso l'utilizzo sistematico dei dati amministrativi derivanti dai flussi informativi correnti, l'avvio di indagini ad hoc su specifici aspetti e criticità sanitarie e l'implementazione di nuovi flussi volti a coprire ambiti assistenziali attualmente non soggetti ad alcuna rilevazione routinaria (ad esempio, sistema informativo OSI sugli immigrati irregolari);
2) migliorare l'accessibilità dell'assistenza sanitaria, nodo cruciale nelle strategie di promozione del diritto alla salute, mediante attività di formazione del personale sui temi della medicina transculturale;
3) pianificare interventi di Sanità Pubblica, con particolare riferimento a campagne di prevenzione, educazione alla salute e fruibilità dei servizi, rivolti a specifici gruppi di popolazione ad elevato rischio sanitario (ad esempio, campagne vaccinali e di accessibilità in favore dei Rom).

Contatto: casagrande@asplazio.it
Sito: www.asplazio.it

AMSI – Associazione Medici di origine Straniera in Italia
L'AMSI, Associazione Medici di origine Straniera in Italia, è stata istituita nel 2000, quando un gruppo di medici provenienti da vari continenti ha deciso di riunirsi a Roma per formare un'associazione in grado di offrire assistenza e consigli a chiunque ne avesse bisogno. L'associazione, apolitica e senza scopo di lucro, è aperta a tutti i medici iscritti agli ordini dei medici italiani, come anche agli operatori sanitari di origine straniera, ed opera al fine di dare risposte concrete a tutte le richieste e le difficoltà degli associati (iscrizioni agli albi, concorsi, permesso di soggiorno, riconoscimento di titoli esteri, cittadinanza, diritto al lavoro regolare). A tal fine sono state create apposite commissioni e sedi regionali rappresentate da medici AMSI. Punto cardine dell'associazione è la volontà di promuovere ed instaurare una collaborazione sociosanitaria tra l'Italia, i Paesi europei, quelli del Mediterraneo ed i Paesi d'origine degli associati, per favorire ed agevolare lo scambio scientifico-sanitario ed intensificare il dialogo tra i popoli. Le attività dell'associazione vanno dal campo scientifico alle consulenze gratuite che l'AMSI offre dal 2001 ai medici ogni mercoledì presso l'Ordine dei Medici di Roma, il più grande in Europa. L'attività scientifica di aggiornamento è supportata da corsi interdisciplinari nei quali vengono trattate e messe in rilievo le molteplici e differenti tematiche della professione medica. Infatti, l'associazione ha organizzato più di 200 corsi di aggiornamento, convegni, congressi scientifici e culturali accreditati presso l'ECM (Educazione Continua in Medicina) del Ministero della Salute, anche in collaborazione con altri enti ed associazioni (Ordine dei Medici di Roma, ASL RMB, Ospedale Sandro Pertini, Scuola Medica Ospedaliera, Fadoi, Fodra, Sim-

fer, Clinica Ortopedica dell'Università "La Sapienza", Associazione Medici Monte Sacro, associazione Med-Med ed AIMIU, Associazione Multidisciplinare per l'Interazione Umana).

Contatto: amsi@libero.it; f.aodi@libero.it
Sito: www.amsimed.it

Caritas di Roma – Area Sanitaria
L'Area sanitaria della Caritas di Roma dal 1983 è impegnata sul versante della tutela della salute delle persone più deboli, in particolare con gli immigrati in condizioni di marginalità giuridica e sociale, con i rom e con i senza dimora. Da un piccolo Centro medico della periferia romana, nato per una risposta immediata a dei bisogni insoddisfatti, attualmente l'Area sanitaria è una complessa ed efficace rete di servizi e progetti, laboratorio transculturale che riconosce, nei fatti, dignità e rispetto a ciascuno. Sono quattro gli ambiti dell'impegno in un'ottica di prossimità e di azione pedagogica: il primo è quello assistenziale, rispondere concretamente ad un bisogno di salute, non sostituendosi a ciò che è garantito dallo Stato ma integrando le risposte ed intercettando i bisogni di chi si trova al margine del sistema (ad es. gli irregolari, i cinesi, le vittime di tortura, chi vive sulla strada…). Il secondo pilastro è quello della conoscenza: attraverso ricerche, approfondimenti e studi si analizza ciò che sottende a disuguaglianze e ingiustizie, sperimentando anche percorsi teorici-pratici di inclusione sanitaria. Il terzo ambito d'azione è quello formativo: è l'occasione per fare di un'esperienza assistenziale, un percorso di apprendimento reciproco, per affinare le strategie relazionali e cliniche, per rimotivarsi all'incontro con le persone, per capire i punti critici del sistema e avviare interventi migliorativi. Ultimo pilastro è quello dell'impegno per i diritti (con riferimento alla promozione e tutela della salute) di tutti e in particolare dei soggetti più deboli con una specifica azione di advocacy in rete con quanti abbiano lo stesso obiettivo. Con i suoi operatori ha fondato a livello nazionale la SIMM e localmente ha dato un significativo contributo alla nascita e implementazione del GrIS.

Contatto: area.sanitaria@caritasroma.it
Sito: www.caritasroma.it

Centro Astalli
Il Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service, dal 1981 offre servizi e attività in favore di richiedenti asilo e rifugiati.
Nel 2011 circa 30.000 persone hanno usufruito dei servizi di prima accoglienza (mensa, centri di accoglienza, accompagnamento legale, scuola di italiano) per persone arrivate recentemente sul territorio italiano e di seconda accoglienza (supporto all'inserimento lavorativo e alloggiativo per persone che sono già in Italia da qualche tempo).
Tra le categorie che maggiormente si cerca di proteggere vi sono le vittime di tortura. Dal centro di ascolto e dall'ambulatorio medico, negli ultimi due anni, sono passati oltre trecento casi di vittime di torture. Altri ambiti di intervento importanti del Centro Astalli sono l'informazione e l'attività culturale. Tanti pregiudizi e chiusure sono il frutto di mancanza di conoscenza e soprattutto di contatto con immigrati. Per questo è nata la Fondazione Centro Astalli, che ha come scopo quello di promuovere una diffusa attività di sensibilizzazione su queste tematiche.
Nel corso degli anni l'Associazione è molto cresciuta, come è cresciuta la presenza dei rifugiati. La struttura attuale è suddivisa in diversi settori all'interno dei quali collaborano personale stabile, volontari e giovani in servizio civile.

Contatto: astalli@jrs.net
Sito: www.centroastalli.it

Croce Rossa Italiana
Croce Rossa Italiana realizza diverse attività umanitarie in favore delle popolazioni migranti, dalla presenza agli sbarchi, alla prima accoglienza, all'assistenza diretta alle persone. Realizza progetti per favorire l'integrazione degli stranieri in Italia, svolge attività di informazione e consulenza di tipo giuridico-legale, con particolare riferimento alla tutela dei diritti e delle libertà fondamentali e alle normative per la protezione dei rifugiati e dei richiedenti asilo; è impegnata in particolare nella informazione sulle norme inerenti la tutela del diritto alla salute e le modalità di accesso ai servizi sanitari.
La CRI è particolarmente impegnata dal 2006 nelle attività del Progetto Praesidium, dove l'Associazione partecipa con il proprio personale in operazioni di monitoraggio del soccorso e dell'assistenza offerta ai migranti che arrivano via mare, con particolare attenzione nella tutela dei soggetti più vulnerabili, in particolare delle vittime di tortura e dei minori non accompagnati.
Una peculiare attività è il Restoring Family Link; avvalendosi della sua rete internazionale, infatti, riesce a supportare i ricongiungimenti familiari, e lo scambio di notizie tra chi giunge in Italia e chi resta in patria, collaborando con altre Organizzazioni Umanitarie ed offrendo assistenza e servizi.

Contatto: alessandra.diodati@cri.it
Sito: www.cri.it

FOCUS – Casa dei Diritti Sociali
FOCUS – Casa dei Diritti Sociali è un'associazione di volontariato laico impegnata nella promozione dei diritti umani e sociali. In tutte le sue sedi, in Italia e nel Sud del mondo, sviluppa interventi con le persone in povertà di diritti e programma le sue attività nell'ambito di quattro aree strategiche: lotta alle povertà, tutela dei diritti e advocacy; scuole popolari per l'inclusione sociale; educazione all'intercultura e al dialogo interculturale; sviluppo locale.
Nella sede di Roma-Esquilino, dal 1985, grazie a sperimentate metodologie interdisciplinari e alla professionalità di volontari ed operatori (medici, avvocati, insegnanti, assistenti sociali, psicologi, mediatori ed operatori interculturali, ricercatori) sviluppa interventi complessi e per la promozione della salute dei migranti: ascolto, counselling ed accompagnamento ai servizi per richiedenti asilo, vittime di tratta, minori non accompagnati e con comportamenti a rischio, persone in povertà e fragilità sociale; ambulatorio di medicina generale e specialistica, psicologia, ginecologia ed assistenza per la salute riproduttiva, come da protocollo d'intesa con la ASL Roma A. Le attività di prevenzione e formazione con donne, adolescenti e giovani adulti sono realizzate con la partecipazione attiva e solidale di animatori di comunità immigrate.

Contatto: esquilino@dirittisociali.org; net@dirittisociali.org
Sito: www.dirittisociali.org

Gialuma onlus
L'ambulatorio Gialuma onlus – RmH2 è sorto in seguito alla stipula di un accordo siglato tra la direzione della Asl RmH, il distretto RmH2 e Gialuma onlus con prot. d'intesa n. 611 del 26 aprile 2006.
Fondato, impostato e condotto dai volontari di Gialuma onlus, è tuttora operante. Si tratta di un ambulatorio dedicato, specifico per l'assistenza sanitaria nei confronti delle popolazioni immigrate irregolari, presenti nel territorio del distretto RmH2. L'ambulatorio che si è svolto per sette anni ininterrottamente è ancora in funzione e fornisce l'unica risposta sanitaria di base agli immigrati presenti nei comuni di Albano, Ariccia, Genzano, Lanuvio, Nemi e Castelgandolfo. Gialuma mette a disposizione della Asl medici specializzati nelle malattie della povertà e dell'immigrazione (formazione MEMP Caritas ed INMP) e la Asl fornisce sede e personale infermieristico con ruolo di rilascio tesserini. I medici di Gialuma onlus hanno effettuato oltre mille interventi sanitari. L'ambulatorio, aperto solo il giovedì pomeriggio, oggi presso il distretto RmH2 di Albano (in precedenza a Lanuvio), rappresenta un servizio assolutamente insufficiente alle necessità sul territorio, nel quale restano tra l'altro, del tutto esclusi, salvo eccezioni, i bambini immigrati.

La piccola associazione Gialuma onlus è stata fondata nel 2004 e premiata tre volte dal Presidente della Repubblica. Il suo impegno oltre che nel campo dell'immigrazione si svolge in Sud Madagascar, dove è impegnata in progetti socio-sanitari in collaborazione con il Ministero della Salute e Pianificazione Familiare del Madagascar. In Italia Gialuma è impegnata in interventi culturali rivolti ai giovani ed ai cittadini, con lo scopo di stimolare la formazione e la conoscenza contro la discriminazione razziale.

Contatto: gialuma.onlus@libero.it
Sito: www.gialuma.it

Centro per la Giustizia Minorile di Roma
Il Centro per la Giustizia Minorile di Roma, organo decentrato a livello regionale del Dipartimento Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia, rappresenta il luogo di coordinamento dei Servizi Minorili dipendenti per attuare a livello decentrato la politica di intervento del Sistema della Giustizia Minorile. Da esso dipendono:

- Il Centro di Prima Accoglienza, che ospita i minorenni, età 14-18 anni, arrestati o fermati nel distretto di competenza del Tribunale per i Minorenni di Roma. I minori possono rimanere per un massimo di 96 ore in attesa dell'Udienza di convalida del G.I.P. (cpa.roma.dgm@giustizia.it).
- L'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, che interviene a favore di minori per i quali è stato avviato un procedimento penale dal Tribunale per i Minorenni, attraverso: raccolta di informazioni su situazione psicosociale e familiare del minore da trasmettere al Giudice Minorile, costruzione di progetti personalizzati (ussm.roma.dgm@giustizia.it).
- L'Istituto Penale per Minorenni, a cui è attribuita la funzione di dare esecuzione alle misure privative della libertà personale disposte dall'Autorità Giudiziaria: custodia cautelare o esecuzione di pena, età dei soggetti che fanno ingresso in IPM 14/21 anni (ipm.roma.dgm@giustizia.it).

Contatto: cgm.roma.dgm@giustizia.it
Sito: www.giustiziaminorile.it

IMAGINE onlus – Improving Medicine And Growing International Network of Equality
IMAGINE onlus è impegnata nella cooperazione internazionale, nel campo della salute e in ambito sociale sul territorio nazionale, con una spinta ideale ed etica verso un mondo in cui il diritto alla salute e l'approccio alla medicina siano basati sui valori di equità e solidarietà.
IMAGINE realizza programmi di prevenzione e assistenza sanitaria, nonché di potenziamento delle strutture sanitarie già presenti, nei Paesi a Basso Indice di Sviluppo Umano. Al momento, IMAGINE è impegnata in Honduras, con un progetto di formazione delle levatrici tradizionali, e in Repubblica Democratica del Congo, con un programma di assistenza sanitaria di base.
In Italia, agisce per migliorare l'accesso ai servizi sanitari per i migranti. Proprio con questo obiettivo, dal 2008 al 2011 è stato realizzato il progetto OSPEDALE AMICO all'Ospedale S. Filippo Neri, che ha contribuito anche al miglioramento delle relazioni tra operatori sanitari e pazienti migranti.
IMAGINE svolge anche attività di formazione e sensibilizzazione, sostenendo il dibattito etico e scientifico sulle tematiche della salute e della cooperazione internazionale.
La mission di IMAGINE è contribuire a garantire il diritto alla salute per tutti in ogni parte del mondo attraverso interventi incentrati sulla prevenzione e la corretta informazione/educazione, l'assistenza sanitaria di base, il rafforzamento dei sistemi sanitari di riferimento.

Contatto: mail@imagine.org
Sito: www.imagine.org

Medici contro la Tortura
L'associazione umanitaria Medici Contro la Tortura offre assistenza e cura alle vittime di tortura provenienti da qualsiasi paese del mondo. Obiettivo dell'associazione è di ricostruire una rete

di sostegno – distrutta con la tortura e l'esilio – con un approccio integrato medico, psicologico e sociale. Assistiamo infatti le vittime grazie al lavoro volontario di équipe di medici, psichiatri e operatori sociali, coadiuvati dai mediatori linguistico/culturali.
L'assistenza medica è uno dei primi passi verso la riabilitazione, come la salute fisica è la precondizione per ogni altra forma di azione riabilitativa, che si realizza attraverso il lavoro di assistenza di medici volontari e la facilitazione all'accesso al SSN. L'assistenza sociale ha una forte valenza terapeutica poiché serve per ricostruire i percorsi di vita, per orientarsi nella società di accoglienza, contribuendo a reintegrare quelle funzioni colpite dalla tortura e dalle sofferenze legate alla fuga. Metodologicamente l'unico approccio efficace per offrire una risposta globale e non frammentata ai bisogni delle vittime è il lavoro in rete, che mette in relazione e crea sinergie tra strutture, servizi ed istituzioni territoriali. Infatti non è possibile creare un processo di riabilitazione senza considerare i vari aspetti e le esigenze delle vittime, attraverso una prospettiva olistica.

Contatto: medcontrotortura@hotmail.com
Sito: www.medicicontrolatortura.it

MEDU – Medici per i Diritti Umani
Medici per i Diritti Umani è una organizzazione umanitaria e di solidarietà internazionale, senza fini di lucro, indipendente da affiliazioni politiche, sindacali, religiose ed etniche, presente con l'azione e la testimonianza, laddove il diritto alla salute ed i più elementari diritti vengono negati.
MEDU si propone di portare aiuto sanitario alle popolazioni più vulnerabili in Italia e nel mondo, di promuovere l'impegno volontario di medici, così come di cittadini e professionisti di altre discipline, di sviluppare all'interno della società civile spazi democratici e partecipativi per la promozione dei diritti umani fondamentali e di sostenere iniziative di cooperazione che valorizzino il ruolo dei partner locali e che rendano le popolazioni protagoniste del proprio sviluppo.
Partendo dalla pratica medica ed in totale indipendenza, MEDU rileva i rischi di crisi e le minacce alla salute e alla dignità con il fine di contribuire alla loro prevenzione, denuncia con una azione di testimonianza le violazioni dei diritti umani ed in particolare l'esclusione dal diritto alla salute, sviluppa nuovi approcci e nuove pratiche di salute pubblica, fondati sul rispetto della dignità umana e delle diverse culture dei popoli, si impegna ad intrattenere una relazione di totale trasparenza con i suoi donatori.

Contatto: posta@mediciperidirittiumani.org
Sito: www.mediciperidirittiumani.org

Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica e Malattie Infettive fa parte della Sapienza Università di Roma - Facoltà di Farmacia e Medicina. Partecipa al GrIS il gruppo coordinato dal prof. Maurizio Marceca, che da oltre venti anni si occupa della tematica migrazione e salute.
Gli ambiti di interesse hanno riguardato: il diritto alla salute dei migranti, con particolare riferimento ai diritti assistenziali degli immigrati senza permesso di soggiorno; il profilo di salute degli stranieri; le politiche per la tutela della salute degli immigrati, in termini di programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi; le disuguaglianze in salute e assistenza tra la popolazione straniera e la popolazione italiana; gli aspetti metodologici della ricerca; la formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nel fenomeno migratorio e degli studenti di area medica. Negli ultimi anni l'approccio adottato dal gruppo di ricerca ha riguardato, in modo più ampio, il tema della salute globale, in particolare attraverso l'analisi dei determinanti sociali della salute, anche con riferimento alla popolazione immigrata. Il gruppo di lavoro ha partecipato e partecipa attualmente a progetti di ricerca a livello nazionale e produce periodicamente pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali.

Contatto: saluteinternazionale@uniroma1.it
Sito: www.dssp.uniroma1.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma A

Nell'Azienda USL Roma A l'assistenza ai cittadini e cittadine straniere è stata organizzata, fin dal 1993, con l'avvio del Progetto obiettivo "La tutela socio-sanitaria degli immigrati extracomunitari" e l'apertura dell'Agenzia immigrati, seguita dal gruppo di lavoro "Immigrazione e Salute" (1996) e dallo Spazio accoglienza immigrati (1999). Ai sensi del nuovo Atto Aziendale è istituita la UO "Assistenza Immigrati" (a valenza interdistrettuale), con i seguenti obiettivi: coordinare i progetti aziendali assicurando l'integrazione di tutte le articolazioni distrettuali interessate alla realizzazione; promuovere modelli assistenziali innovativi (multidisciplinari e intersettoriali), rinforzando e sviluppando intese e collaborazioni con privato sociale e istituzioni scientifiche; promuovere percorsi formativi specifici di medicina transculturale; elaborare procedure omogenee di accesso al SSR per i cittadini stranieri (scelta medico, tessera STP e ENI), favorendo l'accessibilità anche con interventi proattivi.

L'Azienda USL Roma A promuove *una mediazione di sistema,* l'organizzazione sanitaria risponde ai bisogni di salute dei migranti, garantisce universalità, equità ed efficacia dei percorsi assistenziali senza distinzione di status degli stranieri, attraverso il "Programma Salute Migranti" che segue le linee d'indirizzo del Piano Sanitario Regionale 2010-2012.

Lavoro di rete

L'Azienda USL Roma A promuove un modello di sanità pubblica incentrato sulla sinergia pubblico-privato sociale e sulle esperienze di rete. Abbiamo partecipato attivamente alla nascita del GrIS Lazio, partecipiamo alle assemblee di rete e ai gruppi tematici (Gris Rom e Sinti, Gris Rifugiati). Abbiamo sviluppato intese di partenariato (Caritas, Centro Astalli, Casa Diritti Sociali, Associazione infermieristica transculturale, Comunità S. Egidio, INMP). Abbiamo sviluppato reti di collaborazione e integrazione a livello aziendale (Coordinamento 'Salute Migranti') e a livello territoriale (Consulta Salute Interculturale), con privato sociale ed ente locale.

Percorsi assistenziali

Abbiamo pianificato una rete di servizi culturalmente competenti (Carta dei Servizi sanitari e sociosanitari, 2010): informazione degli immigrati sul diritto alla salute, sull'offerta dei servizi e sui percorsi assistenziali, anche attraverso il sito internet aziendale; mediazione culturale nei servizi, in collaborazione con CIES e INMP; linee guida e procedure di accesso all'assistenza sanitaria (disponibili sul sito intranet aziendale); rete di ambulatori distrettuali STP di medicina generale; offerta attiva, per specifiche aree di criticità sanitaria, come per esempio lo screening oncologico di donne immigrate; ricerca attiva e promozione dell'accesso alle cure per la tubercolosi; approccio multidimensionale ai migranti forzati e vittime di tortura, in collaborazione con il Centro SAMIFO, Salute Migranti Forzati (partenariato Azienda USL Roma A – Centro Astalli), attraverso un servizio di accoglienza, orientamento e offerta attiva di percorsi interdisciplinari di cura; campagne di orientamento ai servizi, educazione alla salute e accessibilità all'assistenza sanitaria in favore dei rom e sinti, gestite dalla Equipe interdistrettuale "Salute rom/sinta", in particolare offerta attiva di vaccinazioni ai bambini.

Formazione

Abbiamo organizzato corsi di formazione sui temi della medicina e infermieristica transculturale, sugli aspetti legislativi e amministrativi che regolano l'accesso degli immigrati ai servizi, nell'ambito del Piano Formativo Aziendale. Abbiamo organizzato, inoltre, il Corso di formazione "Percorsi assistenziali per cittadini stranieri. Elementi teorici e metodologiche di salute interculturale" nell'ambito del "Programma regionale di formazione degli operatori socio sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri".

Contatto: salute.migranti@aslromaa.it
Sito: www.aslrma.com

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma B

L'utenza straniera, poco al di sotto dei 100.000 residenti o dimoranti sul territorio dell'Azienda Roma B, è distribuita nei Municipi 5,7,8,10; circa il 50% nel solo Municipio 8°. Per tali motivi i servizi dedicati, soprattutto nell'attuale regime di spending review, non possono più essere dimensionati in relazione alla quantità e qualità della domanda e alla mutevole distribuzione sul territorio propria del migrante.
Fortunatamente laddove non arriva la Asl Roma B, si apre il serbatoio dell'offerta sanitaria dell'Associazionismo laico e religioso, sempre pronto a coprire le falle del sistema pubblico, pronto a mettere in pratica il principio evangelico "ero forestiero e mi avete ospitato", con cui spesso Don Luigi di Liegro provocava le istituzioni nelle sue omelie. Ci manca sempre don Luigi, ma soprattutto ci manca oggi perché lui avrebbe saputo ricordare alle Istituzioni, con la sua usuale fermezza, che lo spending review non può cancellare una delle espressioni evangeliche che più caratterizzano un cristiano e che rappresenta una bussola anche per gli operatori sanitari pubblici e per i volontari. In tale ottica siamo grati al GrIS che continua a testimoniare il pensiero e l'opera di Don Di Liegro.
Sul sito internet aziendale è disponibile una pagina in cinque lingue dedicata all'Assistenza degli stranieri: comprende le diverse modalità di iscrizione al SSN, nonché le forme assistenziali per STP ed ENI che vengono rese note attraverso le seguenti tabelle.

RILASCIO TESSERINI STP-ENI

SEDE	Indirizzo	Telefono	Orari
3° Distretto VIII Municipio	Via Torricella Sicura,4	06/4143-6111	mercoledì ore 15-17 giovedì ore 9-11
4° Distretto X Municipio	Via Cartagine, 85	06/4143-5974	dal lunedì al venerdì ore 9-12 giovedì ore 15-17
Ospedale S. Pertini	Via Monti Tiburtini, 385	06/4143-4443	dal lunedì al venerdì ore 8,30-12,30 giovedì ore 14.30-17

AMBULATORI MEDICINA GENERALE PER STRANIERI

SEDE	Indirizzo	Telefono	Orari
2° Distretto VII Municipio	P.zza dei Mirti, 45	06/4143-5885	lunedì, venerdì ore 9-12 mercoledì ore 15-17
3° Distretto VIII Municipio	Via Tenuta di Torrenova, 138	06/4143-4763	lunedì, venerdì ore 9-12
4° Distretto X Municipio	Via Cartagine, 85	06/4143-5974	dal lunedì al venerdì ore 9-12 giovedì ore 15-17

Inoltre, anche per il 2012 è operativo il Progetto Assistenza socio-sanitaria Campi Rom e Rifugiati in collaborazione tra Comune di Roma, Asl Roma B e Opera Nomadi. L'attività viene eseguita da un team composto da un medico, una infermiera e un mediatore culturale, su Camper, all'interno dei campi Nomadi.

Contatto: giuseppe.alcaro@aslromab.it
Sito: www.aslromab.it/cittadini/servizi/stranieri/index.php

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma C

ROMA C AZIENDA USL

L'Azienda USL Roma C, per l'alta presenza di stranieri sul territorio, è da circa vent'anni una delle Aziende più attive nella Regione Lazio con vari progetti rivolti agli stranieri immigrati.
Nel corso degli ultimi due anni, oltre a numerosi interventi di tipo assistenziale, l'Azienda USL Roma C ha avviato politiche di informazione e formazione rivolte al personale dipendente e ad utenti immigrati. Numerose iniziative sono state assunte in merito a:

Strumenti di comunicazione e informazione

- Attivazione servizio di interpretariato telefonico linguistico d'urgenza con triage "HelpVoice 24 h per 365" rivolto alle situazioni di emergenza-urgenza e a tutti i settori di attività sanitaria e amministrativa, al fine di garantire una buona riuscita della comunicazione interculturale;
- distribuzione di materiale informativo-promozionale in lingue straniere sullo screening per la prevenzione dei tumori al collo dell'utero/seno, al fine di fornire un'adeguata conoscenza da parte dei cittadini stranieri (nel caso specifico donne) delle precipue tematiche (locandine e depliant informativi plurilingue; incontri con i medici e con la popolazione immigrata; mappa di fruibilità dei servizi sanitari preposti della Ausl).

Formazione

Sono stati realizzati due corsi finanziati dalla Regione Lazio (Determinazione Dip. Progra. Economica e sociale N. B5336 del 29.10.2010) per la formazione degli operatori socio-sanitari nel campo della salute e dell'assistenza sanitaria alle persone immigrate.
Ma in qualità di Area didattica della Regione Lazio (3^) per la formazione specifica in Medicina Generale (MMG), il personale dell'Azienda USL Roma C preposto all'organizzazione e attuazione dei Corsi, insieme ai coordinatori nominati dalla Regione Lazio, hanno deciso di inserire nel piano formativo triennale di ciascun corso una serie di seminari specifici sulla Medicina delle Migrazioni, oltre che tirocini negli ambulatori di "prima accoglienza" dell'Ausl.
Ciò in quanto i medici di MMG, da sempre chiamati ad un aggiornamento professionale permanente, indispensabile per la cura e l'assistenza degli autoctoni, oggi sempre più devono acquisire competenze per un approccio transculturale, al fine di garantire un'efficace azione a beneficio della salute anche delle numerose persone straniere di diversa cultura, presenti sul nostro territorio.
Ma essendo numerosi anche gli adempimenti amministrativi da osservare, si è ritenuto necessario inserire, tra gli obiettivi formativi dei Corsi, la conoscenza della vigente normativa sul tema della Mobilità Sanitaria Internazionale, al fine della sua corretta applicazione.
Le principali tematiche:

- le politiche sanitarie comunitarie e non comunitarie;
- aspetti socio-demografici, socio-assistenziali, clinico-epidemiologici;
- legislazione sanitaria in materia di immigrazione;
- aspetti relazionali in un'ottica transculturale;
- aspetti relativi all'organizzazione e integrazione dei servizi.

Obiettivo: garantire una preparazione adeguata per l'esercizio di una professione sempre più complessa e "transculturale".

Contatti: ronchetti.mario@aslrmc.it; cavalli.tiziana@aslrmc.it; italo.milano@virgilio.it
Sito: www.aslrmc.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma D

L'U.O.S. Fasce Sociali a Rischio, con Atto Aziendale dall'anno 2003, afferisce all'U.O.C.I Cure Primarie e Case della Salute. L'U.O.S. è composta dalla Dirigente psicologa e due medici e fa parte del "Gruppo di Lavoro per Promozione e Tutela Salute degli Immigrati" Area "Programmazione Servizi Territoriali e Attività Distrettuali e Integrazione Socio Sanitaria" della Regione Lazio e del Gruppo di Coordinamento GrIS.
Obiettivi generali: rendere accessibili e fruibili i servizi socio-sanitari.
Obiettivi specifici: formazione, informazione, documentazione, coordinamento ambulatori STP/ENI, attività con i Rom e con Centro di Prima Accoglienza per minori, attività di rete inter/intraziendale, collaborazione con Regione ed Istituzioni pubbliche e private.

Ambulatori STP/ENI
L'Azienda USL Roma D ha realizzato uno o più ambulatori per distretto (7 distretti), coordinati dall'U.O.S. e dipendenti dai relativi distretti.
Obiettivi: accoglienza cittadini stranieri e fasce fragili; attività sanitaria; informazione/rete di servizi tra l'Azienda USL Roma D e il territorio (municipio, associazioni…).
Attività con i Rom
Da 10 anni l'U.O.S. è presente nel campo autorizzato di Candoni, nell'Azienda USL Roma D.
Per approfondita conoscenza dei Rom, l'Azienda USL Roma D è identificata dalla Caritas e dall'ASP come sostenitrice tra le aziende del Lazio in tre progetti: 1) progetto FEI "ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso d'inclusione dei Rom nella città di Roma" (Caritas, ASP, Azienda USL Roma D, ARCI), realizzato nei campi di Candoni e Ortolani; 2) indagine conoscitiva sull'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei Rom/Sinti presenti a Roma (Caritas, ASP, Azienda USL Roma D); 3) progetto Nazionale Rom, Sinti, Camminanti: Percorsi di orientamento sanitario "con" e "per" i Rom (Caritas, Azienda USL Roma D).
Attività di rete
Oltre che una partecipazione costante all'attività del GrIS, collaborazioni consolidate sono con: la Caritas romana, negli insediamenti spontanei con uscite bisettimanali dei medici dell'U.O.S.; la Caritas di Ostia e CDA parrocchiali per facilitare accesso dei SFD all'ambulatorio STP/ENI; l'Associazione "Insensinverso" e "Magliana 80" (XV Municipio); Amnesty International (XIII Municipio).
Attività con il Centro di Prima Accoglienza per Minori
E' stata costituita una rete operativa tra U.O.S. e CPA (XVI Municipio). Nel CPA vengono ritenuti per massimo 96 ore ragazzi/e arrestati. L'U.O.S. organizza lavoro di messa in rete tra servizi Azienda USL Roma D-territorio, per trovare misure alternative al carcere da proporre ai giudici. Sono stati attivati percorsi sanitari preferenziali per ospiti del CPA nell'ambulatorio di Pascarella. I ragazzi ne usufruiscono anche successivamente alla detenzione.
Documentazione
Il Centro di documentazione, strumento dell'U.O.S., costituisce un fattore di comunicazione con gli stranieri per gli operatori dell'Azienda USL Roma D e del territorio.
Formazione
Dal 2001 sono stati realizzati 20 corsi specifici e tra il 2011 e il 2012 sono stati formati: 90 operatori attraverso il corso di formazione "Salute e Immigrazione", finanziato dalla Regione Lazio, divenendo referenti per la salute degli stranieri nei rispettivi servizi; 40 operatori nella Giornata di Studio "Tutela sanitaria dei cittadini stranieri". Tra gli altri progetti di formazione realizzati nell'anno 2011/2012 segnaliamo la giornata di formazione per operatori dell'ambulatorio di Paolini "Assistenza sanitaria agli Stranieri"; il corso di formazione per 40 operatori "Seconda generazione, Rom e Tratta", di tre giorni a novembre 2012. Sono inoltre previsti sei incontri per operatori degli altri distretti sanitari.

Contatto: stranieri_rmd@yahoo.it
Sito: www.aslromad.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma E

Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA E

È innegabile che a tutt'oggi si registra, in generale, una scarsa attenzione all'utenza straniera e si osserva che una discreta fascia di stranieri non utilizza adeguatamente le strutture sanitarie, in particolare per quanto riguarda la prevenzione. Pensiamo quindi che sia opportuno proporre progetti di offerta attiva che riescano ad includere il più possibile le popolazioni straniere nel "sistema salute". Uno di questi è il progetto "Attività di informazione sui diritti di salute alla popolazione straniera residente nell'Azienda USL Roma E per favorire l'integrazione e l'accesso ai servizi socio sanitari".

Obiettivi
L'obiettivo di questo progetto è stato quello di diffondere in modo efficace l'informazione sull'esistenza e sull'utilizzo dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio.
Strategia
Una delle esperienze più efficaci, nel campo dell'offerta attiva, è stata quella delle "unità di strada", nate per la lotta alle tossicodipendenze, rappresentate da operatori dei servizi territoriali, debitamente formati, in grado di entrare in contatto con il target prescelto nei luoghi stessi di ritrovo. Nel nostro caso si è pensato di ispirarsi al concetto di unità di strada, costituendo una "unità di incontro", presente negli insediamenti residenziali dei cittadini stranieri, al fine di fornire informazioni scritte e verbali sui diritti alla salute e sulle modalità di accesso ai servizi. L'equipe ha visto la presenza di operatori di differenti professionalità provenienti da diversi Servizi Aziendali e da collaboratori esterni, consentendo in tal modo la nascita di una rete operativa interna all'azienda.
Metodologia
Abbiamo identificato i luoghi più significativi per densità abitativa di stranieri ove far intervenire le unità di incontro. Nel territorio dell'Azienda USL Roma E la maggior parte degli stranieri risulta residente in condomini di più fabbricati, densamente abitati, oppure più ridotti ma comunque confinati in zone definite.
Risultati
Nel corso del progetto sono state effettuate 10 uscite, nel corso delle quali sono state contattate circa 470 persone, rilasciati 130 tesserini ENI/STP e 34 persone sono state inviate ai servizi di secondo livello. Da una prima valutazione si può considerare questa metodologia di approccio alla popolazione straniera come uno strumento, tuttora in fase di analisi e di rielaborazione, in grado di raggiungere l'obiettivo previsto dal progetto, cioè di diffondere informazioni sui diritti alla salute e sull'accesso ai servizi. Un ulteriore risultato, che non era stato ben evidenziato al momento della progettazione, è stato quello riguardante la crescita del gruppo di lavoro, che nel corso del progetto si è costituito in una vera e propria comunità di pratica in grado di generare saperi e relazioni sia all'interno che all'esterno del gruppo.

Contatto: aldo.pierangelini@asl-rme.it
Sito: www.asl-rme.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma F

RM F AZIENDA SANITARIA

Il territorio. Il territorio aziendale, che confina ad ovest con il mar Tirreno e ad est con il fiume Tevere, comprende 28 Comuni posti nel settore Nord Est della provincia di Roma, divisi in 4 distretti socio-sanitari con una popolazione di circa 300.000 abitanti.
Il numero degli stranieri regolarmente residenti corrisponde a circa il 10% della popolazione totale. Tale valore supera quello medio della provincia di Roma (8,9%).
GrIS aziendale. Nella ASL Roma F è attivo il Gruppo di Lavoro (GdL) GrIS, costituitosi il 15/09/2009, formato da operatori di varia provenienza professionale, che risponde direttamente alla direzione sanitaria aziendale.
Gli obiettivi generali del GdL sono quelli di rendere realmente accessibili e fruibili i servizi sociali e sanitari e di individuare lo specifico della domanda di salute della popolazione immigrata e delle altre fasce fragili di popolazione, in modo da fornire le risposte più adeguate.
I suoi obiettivi specifici sono: la formazione, l'informazione, la documentazione, il coordinamento degli ambulatori STP/ENI, l'attività con il Centro di Accoglienza richiedenti asilo (CARA) di Castelnuovo di Porto, il lavoro di rete inter ed intraziendale, la collaborazione con la Regione e con altre istituzioni pubbliche e private.
Ambulatori STP. Sono presenti alcuni ambulatori, sedi di assistenza sanitaria di 1° livello, dove può essere effettuata una visita medica generale, in cui l'accesso avviene direttamente senza prescrizione medica. Presso i consultori, è possibile effettuare visite pediatriche, visite ginecologiche per tutto quanto correlato alla gravidanza e alla salute della donna e materno-infantile.
Le prestazioni di 1° livello sono erogate senza necessità di impegnativa del SSN e senza oneri a carico del cittadino straniero.
In tutti gli ambulatori di 1° livello i medici sono forniti di ricettario regionale e possono, se lo ritengono necessario, prescrivere terapie, visite specialistiche ed esami strumentali e di laboratorio: per tutte le successive prestazioni prescritte sarà dovuto, se previsto, il pagamento del ticket, alla pari di condizioni con i cittadini italiani.
Gli obiettivi di tali servizi sono: accoglienza dei cittadini stranieri (Codice STP/ENI) e di altre fasce fragili di popolazione; attività sanitaria, attraverso le prime visite e quelle successive di controllo; attività di informazione e di rete, per permettere ai cittadini stranieri di accedere agli altri servizi della ASL e di conoscere i servizi utili nel territorio (municipio, associazioni, ecc.).
I tesserini "codice ENI" ed "STP" vengono rilasciati e rinnovati presso: gli uffici della Medicina di base dei Distretti; gli uffici amministrativi delle Direzioni Sanitarie Ospedaliere; i Consultori del distretto F4 (Campagnano, Fiano, Formello e Morlupo), limitatamente a gravidanza, minori e salute della donna.
Il Centro di Orientamento sanitario è attivo a Capena via Tiberina km 15.500 il martedì dalle 10,00 alle 13,00.
Attività di collaborazione con il CARA di Castelnuovo di Porto
È stato siglato tra l'Azienda Roma F ed il CARA di Castelnuovo di Porto un Protocollo d'Intesa finalizzato a fornire:

- assistenza sanitaria e cura degli ospiti con particolare riguardo alle situazioni vulnerabili;
- interventi di riabilitazione delle vittime di tortura o di situazioni di grave violenza;
- attività finalizzate alla prevenzione.

Formazione. Sono state organizzate 2 edizioni (Campagnano di Roma e Ladispoli) del Corso di formazione "Salute e Immigrazione", promosso e finanziato dalla Regione Lazio.

Contatto: franco.deluca@aslrmf.it
Sito: www.aslrmf.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma G

Distretto Sperimentale di Guidonia
Attivo un ambulatorio STP/ENI (stanza 78) in via Fratelli Gualandi, 35 – centralino tel. 0774/6541, con orario di apertura il venerdì dalle ore 11,00 alle ore 13,00. Dal prossimo settembre l'ambulatorio sarà attivato nei giorni di martedì/giovedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00 (stanza 46).

Distretto Sanitario di Subiaco
Attivi gli ambulatori STP/ENI nei Presidi Sanitari di:
- Subiaco, largo Mazzini 5 –con orario di apertura mercoledì/venerdì dalle ore 9,00 alle ore 10,30;
- Olevano Romano, via San Francesco snc – con orario di apertura lunedì/ mercoledì/ venerdì dalle ore 9,00 alle ore 10,30;
- Arsoli, via Massimo, 1 – con orario di apertura martedì/giovedì dalle ore 9,00 alle ore 10,30.

Distretto Sanitario di Palestrina
Presidio Sanitario ex Inam – via Pedemontana, 36 Palestrina tel 06/95322603-2607
È attivo un ambulatorio STP/ENI, che effettua il seguente orario: lunedì/mercoledì/venerdì ore 09.00-11.00 e che comunque garantisce servizio tutti i giorni per eventuali urgenze.

Distretto Sanitario di Colleferro
Via degli Esplosivi 9 edificio blu 1° piano, Colleferro tel. 06/97097529-3502-3553.
L'ambulatorio STP/ENI viene effettuato nei giorni di lunedì/ giovedì ore 09,00-11,00.

Distretto Sanitario di Tivoli
È attivo, in piazza S. Anna, 3, un Poliambulatorio STP/ENI gestito dalla Caritas Diocesana di Tivoli in virtù di Protocollo di Intesa (Delibera Aziendale n. 173 del 15 agosto 2005 ancora in vigore) dal lunedì al venerdì dalle ore 16,00 alle ore 18,00.

Distretto di Monterotondo
L'ambulatorio STP/ENI viene effettuato presso i locali del Ser.T. di Monterotondo, via Faravelli nei giorni di:
– martedì e venerdì dalle ore 09,00 alle ore 12,00;
– mercoledì dalle ore 13,00 alle ore 17,00.

Esiste inoltre un ambulatorio ***dedicato ai bambini immigrati*** attivo nei presidi del Consultorio di Fontenuova, dell'Ospedale di Monterotondo e presso il Presidio ASL di Monterotondo Scalo.

Contatto: direzionegenerale@aslromag.it
Sito: www.aslromag.info/web

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Roma H

A.S.L. ROMA H
REGIONE LAZIO

Azioni dirette ed indirette a favore dell'immigrazione presso la ASL Roma H sono state attivate da molti anni.
Il quadro epidemiologico riferito alla popolazione residente nell'Azienda, articolata in sei distretti, è di oltre 545.000 abitanti con una significativa presenza e crescita di cittadini stranieri.
La sensibilità al tema da parte di molti operatori che operano nei vari servizi all'interno dell'Azienda, insieme al crescente aumento del fenomeno immigratorio presente sul territorio della ASL Roma H pronta a prevederne e coglierne ogni cambiamento, ha mosso una serie di azioni aziendali.
Obiettivo della ASL Roma H è stato quello di sviluppare e modulare al meglio la propria funzione, con un impegno operativo ed idoneo per le molteplici attività delle strutture sanitarie, integrate dai servizi Territoriali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria degli immigrati presenti sul territorio Aziendale.
Dal 1997, a favore degli stranieri non comunitari temporaneamente presenti, vengono rilasciati i tesserini STP, nei consultori, negli ambulatori per STP presso gli uffici ricoveri degli ospedali, negli uffici dedicati dei distretti e in qualche pronto soccorso.
I tesserini ENI vengono rilasciati dal 2008 presso le stesse strutture di cui sopra.
La ASL Roma H su sollecitazione regionale ha aderito e partecipato, con la presenza di un medico e successivamente di un assistente sociale, al Gruppo regionale Immigrazione e Salute (GrIS) sin dalla sua costituzione ed è a tutt'oggi presente.
Dal 2006, la responsabile dell'ambulatorio ASL Roma H è stata rappresentata dal Responsabile Ambulatorio Accoglienza Stranieri Indigenti, con una nomina come componente del "Gruppo di lavoro regionale per la promozione e la tutela della salute degli Immigrati".
Nel corso degli anni sono stati stipulati protocolli ed accordi con associazioni di volontariato, si è costituito un gruppo di lavoro specifico ed aperto nuovi ambulatori di prima accoglienza sempre al fine di migliorare e favorire una rete tra i servizi e la promozione di percorsi di accesso ai servizi per l'immigrato.
Al fine di integrare servizi sanitari e socio-sanitari agli stranieri, come sistema di rete con enti locali e con soggetti del terzo settore ed il volontariato ed in base ai Piani Provinciali sull'Immigrazione, sono stati finanziati molteplici Progetti dall'Amministrazione Provinciale con ottimi risultati.
È stato attivato dal 2007 un servizio di mediazione linguistica culturale presso il Consultorio di Velletri Distretto H5, successivamente esteso al Consultorio di Pomezia Distretto H6, ambulatori di medicina di 1° livello per l'Assistenza degli Stranieri Temporaneamente Presenti in tutti i distretti con diverse articolazioni ed in base alle risorse disponibili all'assetto organizzativo Distrettuale.
È stato altresì trasformato l'ambulatorio sul territorio H6 in U.O.S. Centro di Riferimento Territoriale di Assistenza agli Stranieri Indigenti, dando al responsabile medico funzione di Coordinamento degli ambulatori che hanno adottato, dopo una prima fase sperimentale, il sistema informativo OSI per la raccolta dati e la registrazione della attività resa.
Sono stati organizzati, all'interno della ASL, corsi di Formazione sul tema dell'Immigrazione.
L'analisi delle informazioni ricavate dallo studio dei dati raccolti dagli ambulatori STP/ENI e dai servizi territoriali offre una buona opportunità per comprendere il lavoro svolto, le difficoltà incontrate, le criticità organizzative, ma soprattutto per definire una linea operativa che garantisca la realizzazione di progetti tesi allo sviluppo di interventi più qualitativi e articolati, oltre che di tipo assistenziale anche di tipo preventivo e soprattutto di carattere sociale, miranti alla piena realizzazione del processo di accoglienza-inserimento-integrazione dell'immigrato nel nostro paese.

Contatto: m.germani@aslromah.it
Sito: www.aslromah.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL di Frosinone

L'Unità Operativa Extracomunitari e Minoranze Etniche della ASL di Frosinone, da cui è successivamente nato il Servizio Multietnico, è stata istituita con la Deliberazione di G.R. n. 5122 del 1997 nell'ambito della progettazione del Dipartimento 3D (Disagio, Devianza, Dipendenza), a sua volta istituito dalla Commissione Sanità del Consiglio Regionale del Lazio, il 16 Gennaio 1997 su richiesta dell'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute della Regione Lazio. Tale priorità è stata individuata accogliendo l'input operativo microprogettuale afferente al Dipartimento 3D orientato a rispondere ai bisogni socio-sanitari della comunità, dell'individualità e delle minoranze etniche fortemente presenti nel territorio laziale. Il Servizio socio-sanitario Multietnico è stato istituito il 16 aprile 1999 con funzioni di accoglienza, di formazione, di informazione, di orientamento sui servizi territoriali, di screening socio-sanitario e per stimolare l'attivazione delle potenzialità del territorio comprese le Comunità di stranieri già presenti. A tal proposito sono stati stipulati dei protocolli di intesa con la Caritas Frosinone, e Alatri Anagni, Anolf Cisl, Etnicamente Uil, Oltre l'occidente, Associazione islamica Ettuba, Provincia di Frosinone, Comune di Frosinone e con Enti nazionali come SIMM/GrIS – Gruppo Regionale Immigrazione e Salute, l'Istituto nazionale per le Migrazioni e le Povertà (INMP) del San Gallicano (Roma). La relazione con le associazioni è fondamentale per vari motivi. Innanzitutto perché esse possono svolgere un ruolo di mediazione con la cultura ospite, di interpretariato, per avere informazioni più puntuali sul vissuto di ogni persona e per la funzione insostituibile di promozione della cultura di origine, necessaria per la popolazione di prima e seconda generazione di immigrati, categoria quest'ultima fortemente a rischio di devianza. Le associazioni, inoltre, sono importanti perché la loro conoscenza e quindi la conoscenza dei bisogni dei singoli e dei gruppi permette una politica sociale rispondente alle reali esigenze. L'attivazione della rete territoriale ha visto anche la presenza dei Servizi Sanitari dell'ASL di Frosinone, dei Servizi Sociali dei 91 Comuni, della Questura, della Prefettura, del Provveditorato agli studi, della Direzione provinciale del lavoro, dell'UEPE. La rete dei servizi è stata creata nella convinzione che il fenomeno migrazione non è affrontabile solo dal punto di vista dell'ordine pubblico.

Il Servizio Multietnico nel corso del tempo è diventato un importante centro di riferimento non solo per gli stranieri che vengono accolti ed aiutati per le loro problematiche, ma anche per tutti gli operatori che quotidianamente si trovano ad affrontarle. La cultura del lavoro di rete, che è stata creata per il perseguimento di un bene comune, si inserisce in una logica di sussidiarietà, integrazione, continuità e completezza assistenziale come stabilito dalla legge 328/2000.

Per questo motivo il Servizio Multietnico fa parte del Consiglio Territoriale dell'Immigrazione, un organismo preposto e coordinato dalla Prefettura di Frosinone che ha il compito di monitorare, a livello provinciale, la presenza di stranieri e la capacità del territorio di assorbire i flussi migratori. Il Consiglio è composto da rappresentanti delle componenti amministrazioni locali dello Stato, Regione, Comune, ASL, Camera di Commercio, Associazioni del privato sociale, associazioni di immigrati, Sindacati e Caritas.

Contatto: mg.baldanzi@yahoo.it
Sito: www.asl.fr.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Latina

Azienda Unità Sanitaria Locale Latina

Nell'Azienda USL Latina sono attivi dal 2005 cinque ambulatorio per STP gestiti in collaborazione con l'Associazione di Volontariato Famiglia Migrante con cui l'Azienda ha stilato un Atto di Partenariato. L'ambulatorio si propone quale percorso di adattamento di una struttura pubblica alla domanda sanitaria dei cittadini stranieri, in particolare per gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), divenendo nel contempo un osservatorio epidemiologico privilegiato per lo studio sullo stato di salute di questi cittadini.
Gli ambulatori sono presenti in cinque comuni e precisamente a Latina, Aprilia, Pontinia, Sabaudia e Terracina.
L'organizzazione dell'ambulatorio, dove è presente un medico e un mediatore culturale prevede:

- una fase di accoglienza, in cui vengono date risposte anche a bisogni non sanitari e viene rilasciato il tesserino STP;
- la visita medica, che consiste in una visita di medicina generale;
- l'orientamento, in cui il paziente straniero viene indirizzato ad ulteriori percorsi sanitari o socio-sanitari.

Attraverso tali strutture:

- vengono coordinate le attività, sia distrettuali che di altre strutture aziendali, relative agli immigrati irregolari nell'ambito della tutela della salute;
- viene rilevato il bisogno di salute degli immigrati, in particolare per le fasce deboli (infanzia, maternità, vecchiaia);
- viene effettuata una ricognizione dell'offerta sanitaria;
- vengono garantiti l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari ai cittadini stranieri.

L'azienda inoltre lavora in rete con vari Enti ed Associazioni ed in particolare:

- è presente al "Consiglio Territoriale per l'immigrazione", presso la Prefettura di Latina;
- è componente di un tavolo di lavoro permanente sulle problematiche dell'immigrazione, presso il comune di Latina;
- è componente del GrIS Lazio "Gruppo di collegamento Regionale Immigrazione e Salute";
- collabora attivamente e continuativamente con le associazioni di volontariato ed i sindacati immigrati della provincia.

Negli anni sono stati organizzati cinque corsi di formazione sui temi della medicina e della transculturalità, sugli aspetti legislativi e amministrativi che regolano l'accesso degli immigrati ai servizi, che hanno coinvolto personale sanitario e amministrativo aziendale e Medici di Medicina Generale.

Contatti: distretto.latina@ausl.latina.it
Sito: www.asl.latina.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda USL Viterbo

Di seguito sono presentati le attività e i servizi.

Servizio di mediazione culturale
Sono presenti attualmente due mediatori culturali presso il Punto Unico d'Accesso del Distretto di Viterbo, situato all'interno della Cittadella della Salute, via Enrico Fermi, 15. L'organizzazione fa capo al Servizio Sociale Professionale del Distretto di Viterbo ed è in rete con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri; lo sportello di mediazione culturale è attivo cinque giorni a settimana.

Ambulatorio medico per STP ed ENI
È situato presso il Poliambulatorio del Distretto di Viterbo, Cittadella della Salute, via Enrico Fermi, 15 ed è attivo cinque giorni a settimana.

Attività di informazione rivolta ai cittadini immigrati
- guida plurilingue per l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- brochure plurilingue sul percorso nascita;
- incontri con la popolazione immigrata su specifiche tematiche;
- mappa di fruibilità dei servizi sanitari della AUSL di Viterbo.

Attività di formazione
Nel periodo 2004-2011 sono stati realizzati 3 corsi di formazione base di Medicina delle Migrazioni articolati in sette edizioni che hanno visto la partecipazione di circa 380 operatori di diverse qualifiche professionali operanti in ambito socio sanitario, provenienti dall'intero territorio provinciale.
Nel primo semestre 2012 è stato realizzato il primo corso di secondo livello con approfondimenti delle tematiche socio sanitarie in tema di tutela della donna, maternità e infanzia, articolato in due edizioni che hanno visto la partecipazione di ulteriori 120 operatori già in possesso della formazione di base.

Studio socio antropologico
L'ASL di Viterbo ha autorizzato, con atto deliberativo, l'effettuazione di uno studio socio- antropologico del territorio della provincia di Viterbo, da parte di uno staff di esperti. Tale studio ha come obiettivo quello di orientare la programmazione socio-sanitaria e conseguentemente l'offerta dei servizi a favore della popolazione immigrata sulla base dei reali bisogni. Lo studio ha previsto tre steps: una analisi del contesto attraverso una ricerca documentale basata su banche dati esistenti, una indagine conoscitiva realizzata attraverso una ricerca campionaria sul campo in merito all'offerta e all'accesso ai servizi sanitari per la popolazione immigrata nella provincia di Viterbo ed una ultima fase di analisi comparata dei risultati derivanti dai primi due step.

Progetto per l'inclusione delle donne immigrate, anche irregolari, nel programma di screening del cervicocarcinoma
Nel 2012 l'Unità Operativa Screening della Asl Viterbo, con le ostetriche del consultorio del Distretto di Viterbo, ha realizzato primi interventi di offerta attiva per l'inclusione delle donne immigrate, anche irregolari, nel programma di screening del cervicocarcinoma in collaborazione con i mediatori culturali e le associazioni di volontariato.

Contatti: antonella.proietti@asl.vt.it; patrizia.prosperi@asl.vt.it
Sito: www.asl.vt.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea

AZIENDA OSPEDALIERA SANT' ANDREA
FACOLTÀ DI MEDICINA E PSICOLOGIA

L'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, pur insistendo sul territorio del XX Municipio, secondo a Roma per numero di stranieri residenti (incidenza sulla popolazione italiana pari ad 8,3%), estende la sua influenza su altri Municipi e sui comuni limitrofi storicamente caratterizzati da una fortissima presenza di immigrati. È dunque ipotizzabile che buona parte dell'utenza straniera si rivolga all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea per accedere alle prestazioni ambulatoriali, di ricovero ordinario, day-hospital, day-surgery e prestazioni di pronto soccorso.
Dall'analisi dei flussi informativi, provenienti dai report prodotti dal Sistema Informativo Ospedaliero, per il triennio 2007-2009, è stato possibile tracciare il profilo della popolazione che accede, prevalentemente da pronto soccorso, alla nostra struttura:

- il 2,8% degli utenti che si rivolgono al poliambulatorio sono stranieri, il 33,6% dei quali è di nazionalità rumena, di cui il 70% di sesso femminile con un'età compresa fra i 30 e i 50 anni;
- il 2,9% dei ricoveri effettuati riguardano utenti di nazionalità straniera, il 33,6% sono rumeni, di cui il 55,8% è di sesso femminile.

Sulla base dei dati elaborati si è giunti ad implementare, in ragione delle dimensioni assunte dal fenomeno, iniziative formative sulle tematiche della salute e dell'assistenza alle persone straniere.
Le iniziative intraprese riguardano:

- la redazione e pubblicazione di modulistica e guida ai servizi tradotta in lingua inglese, francese, spagnola, rumena e araba (progetto realizzato con il contributo della Fondazione Sant'Andrea onlus);
- la predisposizione di pannelli (in lingua inglese, francese, spagnola, rumena e araba) all'ingresso del DEA, che forniscano indicazioni e chiarimenti sull'accettazione in pronto soccorso, corredati dalla descrizione dei codici che vengono utilizzati al *triage* (rosso, giallo, verde e bianco);
- l'attivazione di un servizio di interpretariato telefonico per facilitare la comunicazione operatore/paziente;
- un kit di accoglienza previsto in caso di ricoveri "non programmati" (in caso di incidenti) e per i pazienti indigenti, nell'attesa che i familiari provvedano a fornire gli effetti personali necessari alla degenza;
- la possibilità di avere un menù che tenga conto delle esigenze terapeutiche e che consenta al paziente la scelta di alcuni cibi in caso di obblighi religiosi o etici;
- la possibilità, per gli utenti che professano un credo religioso diverso da quello cattolico, di richiedere un proprio ministro di culto rivolgendosi al cappellano.

Presso l'Ufficio Accettazione Ricoveri Ordinari è possibile ottenere l'emissione o il rinnovo della tessera STP/ENI.
In conclusione, l'intento dell'Azienda Sant'Andrea è quello di migliorare l'accoglienza e l'accessibilità, fornendo gli strumenti per un corretto utilizzo della struttura e dei servizi.

Contatto: ifusco@ospedalesantandrea.it
Sito: www.ospedalesantandrea.it

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è divenuta nel tempo un ospedale di riferimento per l'assistenza ai migranti.
Nell'anno 2011 gli stranieri dimessi totali hanno rappresentato l'11,77% del totale (F. 46%-M. 54%), dato nettamente superiore al dato nazionale del 2008 e a quello della regione Lazio e provincia di Roma del 2002. In particolare, i ricoveri ordinari sono stati il 10,46% e quelli in Day Hospital il 14,02%. Gli accessi al pronto soccorso sono stati il 13,92% del totale (F. 55,5%-M. 44,48%). Tra gli stranieri, rispetto agli italiani, prevalgono i codici verdi e bianchi. I paesi di provenienza sono stati in prevalenza Europa (57,79%), Africa (16,20%), Asia (13,81%). Le IVG di donne straniere sono state il 46,34 % del totale. I nati da madre straniera sono stati il 17,87% del totale.
L'Azienda ospita il centro regionale di riferimento per le Mutilazioni Genitali Femminili. Numerose sono state le donne ospiti del CARA di Castelnuovo di Porto assistite in particolare dal servizio di salute sessuale e riproduttiva e dal dipartimento materno infantile. Sulle problematiche inerenti le MGF, sono stati promossi diversi corsi di aggiornamento per il personale sanitario.
Nel 2009 è stato promosso il progetto "Ospedale Culturalmente Competente", che si ispira alla Dichiarazione di Amsterdam (2004), i cui obiettivi sono stati inseriti all'interno della strategia aziendale di "umanizzazione delle cure". È stato sottoscritto da sette religioni diverse da quella cattolica un Protocollo d'intesa per l'assistenza religiosa ai pazienti ed è stata realizzata la procedura per i pasti rispondenti alle scelte alimentari del paziente, in relazione a valenze culturali o religiose.
Per quanto riguarda il servizio di mediazione linguistico culturale (in passato, dal 2001, finanziato da Provincia e Comune in ambito materno-infantile e presso il servizio legge 194), da giugno 2009 fino al giugno scorso l'Azienda aveva finanziato una convenzione con la cooperativa CMC Hope per un servizio a chiamata "face to face" non in emergenza e una convenzione con Colloquia Multimedia per un servizio di interpretariato presso il pronto soccorso. Nell'organizzazione del servizio, è stata programmata una postazione fissa presso il servizio IVG e bisettimanale presso l'Ematologia/Trapianti. In conseguenza del Piano di Rientro della Regione Lazio sono state sospese entrambe le convenzioni e attualmente il servizio di mediazione linguistico culturale soffre di profonde criticità. Sono stati deliberati soltanto occasionali rapporti di collaborazione a termine e, sebbene sia stato espletato all'inizio di quest'anno un bando pubblico per l'elenco dei nominativi idonei per la mediazione linguistico culturale, a tutt'oggi nessun finanziamento specifico è stato predisposto.
Dal 2009 è stato deliberato come organismo aziendale il "Forum salute donne italiane e migranti", a cui partecipano le associazioni delle donne migranti. Sono stati promossi interventi di health literacy sulla rilevazione dei bisogni di salute dei migranti presso le principali comunità.
Dal 2009 al 2011 è stato finanziato lo "Sportello Donna h24" al pronto soccorso del San Camillo, gestito dalla cooperativa Be free. Le donne straniere vittime di violenza assistite sono state il 42% del totale. Attualmente il progetto "Sportello Donna h24" è risultato vincitore del bando delle Pari Opportunità per l'anno 2012.

Contatto: mcossutta@scamilloforlanini.rm.it
Sito: www.scamilloforlanini.rm.it/html/

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni – Addolorata

Il servizio di guida all'assistenza sanitaria a cittadini e cittadine stranieri è stato istituito nel giugno del 2006 dall'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata presso la sala Mazzoni postazione n. 3, piazza San Giovanni in Laterano 80.
La direzione sanitaria, da cui dipende il servizio, ha stabilito i seguenti obiettivi:

- rispondere ai bisogni di salute dei cittadini stranieri, garantendo universalità, equità ed efficacia dei percorsi assistenziali senza distinzione di status degli stranieri, attraverso il Programma "Salute Migranti" che segue le linee d'indirizzo del Piano Sanitario Regionale 2010-2012;
- assicurare l'informazione, l'orientamento e l'accesso ai servizi sanitari, intercettare il disagio là dove si manifesta e attivare percorsi volti a dare una risposta efficace alle persone che usufruiscono dei servizi erogati dall'Azienda;
- mettere a disposizione procedure omogenee di informazione all'accesso al SSR (modalità per scelta del medico di base e pediatra, tessera sanitaria regionale, tesserino STP/ENI) e individuare situazioni di disagio con l'aiuto del personale dei reparti, anche attraverso le segnalazioni di donne in difficoltà, di persone senza fissa dimora, o di altre situazioni che possono compromettere la continuità assistenziale al momento della dimissione;
- realizzare collaborazione attiva e accordi di continuità assistenziale con Caritas, Centro Astalli, Comunità di S. Egidio, INMP San Gallicano, Casa della Donna, Casa dei diritti sociali, Case accoglienza madre-bambini, Case accoglienza minori non accompagnati del Comune di Roma.

Contatto: martellini@hsangiovanni.roma.it
Sito: http://portale.hsangiovanni.roma.it/home.aspx

L'impegno per gli stranieri dell'Azienda Policlinico Umberto I

UMBERTO I
POLICLINICO DI ROMA

L'Azienda Policlinico Umberto I, per la sua collocazione sul territorio, ha da sempre un numero di pazienti stranieri molto elevato. Al suo interno opera da oltre trenta anni l'Ufficio Stranieri che, per la sua specificità, segue con particolare attenzione i molteplici aspetti legislativi e sociali relativi a tale utenza.
Con il passare del tempo l'evoluzione del fenomeno migratorio ha generato un cambiamento della società e di conseguenza è stato necessario anche un adeguamento della legislazione. L'Ufficio Stranieri, recependo le nuove normative, si è evoluto ed ha sviluppato via via le sue competenze, diventando nel tempo un punto di riferimento per le istituzioni, le associazioni e per l'utenza. Unitamente all'attività di recupero del credito nei confronti di assicurazioni e istituzioni, relativa alla degenza di pazienti stranieri regolari, si è aggiunta quindi anche un'attività sempre più rilevante di indirizzo e sostegno alla popolazione migrante nei confronti dell'accesso alle cure.
Nel tempo ha creato una rete con associazioni ed altre istituzioni, ed è entrata a sua volta nella rete di altre realtà che operano a vario titolo nel campo della migrazione per semplificare le procedure e i percorsi dei migranti.
In concomitanza, all'interno dell'Azienda, si sono sviluppate attività di volontariato rivolte alle problematiche dei migranti, fino ad arrivare all'istituzione di un ambulatorio specifico, "Ambulatorio migranti", nato dalla collaborazione di medici che prestavano la loro opera oltre il normale orario di servizio in maniera gratuita.
Oggi "l'Ambulatorio di Medicina delle Migrazioni" è una realtà ufficiale nel panorama dei servizi che l'azienda offre ai cittadini stranieri. L'ambulatorio di primo livello inserito all'interno del reparto di Malattie Infettive e Tropicali svolge le funzioni tipiche del medico di base e dopo una prima valutazione prescrive farmaci o indagini ulteriori indirizzando il paziente verso il percorso più adeguato.
L'apertura è garantita giornalmente sia di mattina che di pomeriggio, ed è supportata nella parte amministrativa dall'Ufficio Stranieri che rilascia i tesserini STP ed ENI necessari all'accesso alle cure, indicando ed informando gli utenti sui servizi assistenziali che si trovano sia all'interno dell'Azienda che sul territorio.
Nel campo della salute, l'Azienda Policlinico Umberto I, caratterizzata dalla sua multidisciplinarietà, partecipa e collabora attraverso l'Ufficio Stranieri e con la Regione Lazio per la realizzazione di programmi umanitari, rivolti a persone in grave stato di bisogno e provenienti da paesi spesso in guerra o in grave difficoltà ad assicurare cure adeguate.
L'attività dell'Ufficio Stranieri, in questi casi, riguarda tutte le procedure amministrative, dalla richiesta di posto letto all'invio della documentazione presso il Consolato Italiano nel paese di origine del paziente, necessaria al rilascio del visto per cure mediche.
Infine, credendo che la salute sia un diritto di tutti e che rappresenti anche un investimento per un mondo più giusto, e quindi più pacifico e sicuro, l'Azienda e l'Ufficio Stranieri partecipano come partner a programmi di cooperazione internazionale, collaborando con istituzioni come Ministero degli Affari Esteri, Regioni, Provincie, Comuni e ONG.

Contatto: uffstran@policlinicoumberto1.it
Sito: www.policlinicoumberto1.it

L'impegno per gli stranieri dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, per le sue particolari caratteristiche, le alte specialità e per il fatto di essere un centro di riferimento nazionale, ha la prerogativa di accogliere pazienti di ogni provenienza, sia per quanto riguarda i cittadini italiani, ma anche molto per quanto concerne la popolazione immigrata.
L'istituto infatti, tra le molteplici attività, si avvale di reparti di degenza e di relativi day service, nonché di ambulatori per le malattie infettive con particolare riferimento alle problematiche dell'apparato respiratorio, delle immunodepressioni, della neuro-oncologia, delle immunodeficienze virali, di origine tropicale e dell'epatologia.
Su questo sfondo costituito da contenuti così altamente professionali, l'istituto Spallanzani è quindi rivolto anche ad utenti che appartengono alle fasce più deboli delle popolazione che, proprio per la delicata situazione economico-psico-sociale in cui versano, si trovano più frequentemente a dover fronteggiare patologie in genere legate alla povertà.
È quindi per tale motivo che, fin da quando ha cominciato a rendersi evidente il fenomeno dell'immigrazione, questa struttura ha accolto cittadini stranieri immigrati cercando di rispondere come meglio poteva alla forte domanda di assistenza. Tutto ciò nella grande difficoltà dovuta ad un vuoto normativo che fino al 1997 permetteva di curare la fase acuta di patologie anche molto gravi (per esempio epatiti, AIDS, TBC, etc.), ma costringeva poi ad "abbandonare" il paziente al suo destino, senza poterlo curare e seguire al di fuori dell'urgenza e del ricovero.
Come noto molte cose sono cambiate da allora, grazie ad una normativa che è tra le più avanzate e civili nel panorama mondiale. L'istituto oggi, oltre ad offrire nella maniera più agevole la consegna del tesserino STP o ENI agli stranieri indigenti e non in regola (basta rivolgersi allo sportello del poliambulatorio), per quanto di propria competenza, si sforza di semplificare e di annullare per gli immigrati gli ostacoli all'accessibilità ai servizi a qualsiasi livello, per qualsiasi tipo di prestazione erogata: infatti non esistono percorsi specifici dedicati agli stranieri.
Per realizzare tali obiettivi l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ed il Servizio Sociale dell'ospedale sono impegnati costantemente con l'utenza e con un articolato lavoro di back office anche con i servizi territoriali, per fornire le corrette informazioni e per rimuovere per quanto possibile le difficoltà burocratiche.
Un solo dato per comprendere quanto detto finora e per dire quanto la presenza degli immigrati sia nel DNA dello Spallanzani: nel 2011 i ricoveri dei soli cittadini stranieri con tesserino STP o ENI erano quasi il 10% del totale.

Contatto: stefano.vesprini@inmi.it
Sito: www.inmi.it

Finito di stampare nel mese di settembre 2012
dalla tipografia Lipe (San Giovanni in Persiceto, Bo)

S.I.M.M.
Società Italiana di
Medicina delle Migrazioni

Gruppo Immigrazione e Salute
Gr.I.S. Lazio

In questo volume è descritta la storia, iniziata nel 1995, di un gruppo di operatori sociali e sanitari che inconsapevolmente ha dato vita ad una esperienza di sanità pubblica innovativa e particolarmente efficace per garantire diritti assistenziali ad immigrati e rom. È la storia del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) del Lazio, unità territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Partendo dal modello laziale, oggi si sono attivati altri 12 GrIS in altrettante realtà regionali.
I GrIS sono luoghi partecipati, dove ogni persona o gruppo ha il coraggio di fare un passo indietro per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo, ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre nuovi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato sociale, volontariato, associazionismo italiano e straniero, istituzioni) si confrontano, si scontrano anche, ma in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità.
Il volume è completato da alcune riflessioni teoriche che permettono di collocare l'esperienza di *policy network* in un più ampio quadro storico e sociale.

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
info@simmweb.it

Rete GrIS Lazio
gris.lazio@simmweb.it

via Marsala, 103 – 00185 Roma tel. 06.4454791 fax 06.4457095
www.simmweb.it

ISBN 978-8865982174

II edizione

€ 7,00

"Salute senza esclusioni" è il nome di una collana editoriale che, con saggi, racconti, ricerche, studi ed esperienze di campo, strumenti operativi e manuali tecnici, vuole esprimere come la salute sia un bene indivisibile ed un diritto inalienabile, con una attenzione particolare alle persone più fragili della nostra società, spesso invisibili o dimenticate, note alla cronaca per evocare compassione o esprimere disagio o tensione politica.
In questa collana raccontiamo di tanti compagni di viaggio, di riflessioni e di scoperte, di delusioni e di conquiste. Tutte ancorate all'esperienza di una quotidianità che stanca ma non sconfigge, di un impegno che unisce, di un progetto che porta alla radice della scelta fatta da tante persone che lavorano sul versante delle professioni d'aiuto, che fanno volontariato, confessionale o laico, o che sono impegnate con coscienza nel settore pubblico: condividere eticamente, prima ancora che professionalmente, un senso di corresponsabilità che ci porta al dovere di essere prossimo del malato o in genere di chi ha bisogno, soprattutto se fragile o discriminato.

Salvatore Geraci

Volumi della collana:

Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese (226 pagine, 2010).

Le parole della salute. Glossario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese (292 pagine, 2010).

Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi… costruire traiettorie (262 pagine, 2011).

In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza (96 pagine, 2012, prima edizione).

La Salute per *i rom. Tra mediazione e partecipazione* (112 pagine, 2012).

Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni (226 pagine, 2012).

Salute della popolazione immigrata: strategie per l'offerta attiva (96 pagine, 2012).

Foto di copertina: Salvatore Geraci

I curatori del presente volume e gli autori dei singoli articoli sono soci SIMM, da anni impegnati nella tutela della salute degli immigrati in Italia.

La **SIMM** (www.simmweb.it) è stata istituita all'inizio del 1990 sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale. Allora il diritto alla salute era di fatto negato o nascosto per la maggioranza degli stranieri presenti. Oggi la SIMM è un *policy network* nazionale di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e considerazioni di politica sanitaria anche locale. Per questo è stata favorita la nascita di gruppi territoriali, i cosiddetti GrIS (Gruppo Immigrazione e Salute), le cui caratteristiche principali sono: autonomia negli obiettivi – comunque nel rispetto delle linee programmatiche statutarie della SIMM e delle Raccomandazioni congressuali – e nella organizzazione, libertà da ogni condizionamento politico e/o istituzionale, lavoro tra pari. Si è nell'ambito di una organizzazione scientifica che entra nel merito delle politiche sociali e sanitarie condizionanti l'accesso e la fruibilità del sistema sanitario da parte degli immigrati (regolari e non). La SIMM, in questo senso, vuole essere anche una rete di reti locali nella condivisione degli obiettivi statutari della Società, che sono quelli di:

La SIMM, in questo senso, vuole essere anche una rete di reti locali nella condivisione degli obiettivi statutari della Società, che sono quelli di:

- promuovere, collegare e coordinare attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione;
- promuovere e favorire attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom, e dell'approccio transculturale alla salute;
- costituire un "forum" per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata;
- patrocinare e gestire attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti;
- promuovere l'impegno civile e costruire collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni;
- sostenere iniziative e percorsi volti a favorire i processi di integrazione e di inclusione sociale.