

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Atti del XIII Congresso Nazionale
14-17 maggio 2014

Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere

a cura di

Mario Affronti, Giovanni Baglio, Salvatore Geraci,
Maurizio Marceca, Maria Laura Russo

 Pendragon



Questo volume degli Atti del XIII Congresso Nazionale
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Agrigento 14-17 maggio 2014)
è stato realizzato grazie al contributo di:
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Caritas Italiana

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
info@simmweb.it
www.simmweb.it



ISBN 978886598xxxxx
Tutti i diritti riservati
© 2014, Edizioni Pendragon
Via Borgonuovo, 21/a – 40125 Bologna
www.pendragon.it



INDICE

Il saluto dell'Arcivescovo di Agrigento	17
<i>Mons. Francesco Montenegro</i>	
PRESENTAZIONE	
Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere	19
<i>Mario Affronti (Presidente SIMM)</i>	
Dentro i simboli, la scelta e il perché del logo	25
<i>Mario Affronti</i>	
LA SIMM INFORMA	27
Sponsor commerciali, No grazie	
<i>Il Consiglio di Presidenza della SIMM</i>	
L'attività di formazione della SIMM come provider ECM: breve considerazioni sul primo anno di attività (2013)	28
<i>Emma Pizzini, Manila Bonciani, Ardigò Martino, Maria Laura Russo, Graziella Sacchetti, Maurizio Marceca</i>	
Protocollo di Intesa ASGI - SIMM (2014)	33
RELAZIONI	
Sessione: "Salute è partecipazione"	
Dire, fare, partecipare: esperienze e riflessioni dai territori	35
<i>Chiara Bodini</i>	
Formazione centrata sulla persona e processi centrati sulla comunità come approccio di promozione della salute dei migranti	47
<i>Alessandro Rinaldi, Maria Laura Russo, Giulia Civitelli, Maurizio Marceca</i>	

Sessione: "Oltre Lampedusa: quali interventi di accoglienza e tutela per i migranti forzati"

- Curare e prendersi cura: a Lampedusa e oltre. Sanità pubblica, accoglienza e tutela dei migranti forzati** 42
Marco Mazzetti
- L'introduzione di linee guida per la presa in carico dei titolari di protezione internazionale che hanno subito violenze estreme: un importante evoluzione in atto** 48
Gianfranco Schiavone
- Il Progetto Rifugiati del Comune di Modena** 51
Paolo Gobbi
- La prevenzione della sofferenza post-traumatica dei migranti: riflessioni dopo Lampedusa** 57
Massimiliano Aragona

Sessione: "La tutela della salute per tutti i bambini a 25 anni dalla Convenzione di New York"

- Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 13 anni di monitoraggio. L'esperienza del Gruppo CRC** 64
Vittoria Pugliese
- La salute dei bambini e delle bambine in Italia. Per una nuova pediatria. Il punto di vista e le proposte dell'ACP guardate al caleidoscopio dell'immigrazione** 69
Maria Edoarda Trillò
- Accoglienza sanitaria del minore migrante: un primo passo verso l'integrazione** 71
Rosalia Maria Da Riol
- 2013: Accoglienza sanitaria del minore migrante – Minori stranieri non accompagnati** 75
Alessio Fasulo
- Il percorso della cittadinanza per le II generazioni, tra integrazione e interazione** 80
Elvira Maria Ricotta

<i>Indice</i>	7
Prima dello <i>ius soli</i> <i>GrIS Fvg</i>	82
Sessione: “Determinanti sociali e disuguaglianze”	
La solidarietà e i nuovi orizzonti della sanità samaritana <i>Giovanni Baglio</i>	84
Da Health for All a Universal Health Coverage <i>Gavino Maciocco</i>	87
I profili di salute della popolazione immigrata in Sicilia attraverso i flussi informativi correnti <i>Gabriella Dardanoni</i>	89
Sessione: “Diritto alla salute senza discriminazioni: attuali criticità e proposte”	
La salute degli immigrati: le trappole istituzionali <i>Patrizia Carletti</i>	93
La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni? <i>Salvatore Geraci</i>	95
Il ruolo del Ministero della salute nella <i>governance</i> della salute degli immigrati <i>Serena Battilomo</i>	110
Ruolo dell’INMP per lo sviluppo della rete nazionale per l’assistenza ai migranti e alle fasce svantaggiate di popolazione <i>Antonio Fortino e Concetta Mirisola</i>	116
<i>Abstract: Comunicazioni (C) e Poster (P)</i>	
Strategie di partecipazione comunitaria per la salute	
Il modello dell’educatore socio sanitario di comunità ad Arezzo (C) <i>Tizzi G., Maio S.</i>	121
Nuovo mercato esquilino: terreno generativo di salute (C) <i>Maisano B., Liddo M., Santoro V., Carocci L.</i>	122

Sensibilizzazione delle comunità latinoamericane sulla malattia di Chagas a Bergamo: gli insegnamenti tratti da un servizio integrato di cure ospedaliere e di mediazione interculturale e promozione della salute focalizzate sulla comunità (C)	123
<i>Al Rousan A., Ledezma G., Ruiz R., Torrico C., Angheben A., Anselmi M., Boninsegna C., Egidi A.M., De Maio G., Repetto E.C., Maccagno B., Garelli S.</i>	
Risultati preliminari di una indagine sulla circoncisione rituale maschile effettuata nell'Area Vasta Emilia Centrale (Emilia Romagna) (C)	124
<i>Agresti E., Calacoci M., Cillo F., Laura L., Bodini C.</i>	
Minori stranieri non accompagnati e sistema sanitario. Un modello educativo che può facilitare questo rapporto (P)	125
<i>Di Rienzo G., Tosto C.</i>	
 Rifugiati e richiedenti asilo	
La costruzione di una rete di assistenza per richiedenti asilo vulnerabili (C)	126
<i>Ruffetta C., Marzagalia M.</i>	
"Il cuore mi impedisce di mangiare". Indagine socio epidemiologica su un gruppo di rifugiati in Provincia di Ancona (C)	127
<i>Angeletti M., Fossarello L.</i>	
Aspettative e realtà nell'accoglienza: uno studio della CRI (C)	128
<i>Mattera A., Diodati A., Battafarano C., Ghebremariam F.M., Fioravanti D., Azar M.A., Vietti F., D'Anci L.</i>	
Cambiamenti nel funzionamento psichico e sociale in un gruppo di rifugiati politici ospiti in Casa della Carità (C)	129
<i>Arduini L., Geromini E., Landra S., Jacchetti G., Ravazzini M., Lammoglia M., Quaranta G., De Mollì F.</i>	
Richiedenti asilo e rifugiati a Ferrara: un sistema in rete (C)	130
<i>Tsucalas F., Camisotti F., Sarti J., Calacoci M., Bratti E.</i>	
La realtà dei richiedenti asilo e rifugiati e la formazione dei futuri operatori socio-sanitari: una palestra di Salute Globale tra Italia, Germania e Svizzera (C)	131
<i>Civitelli G., Calcaterra V., Censi V., Ferretti F., González Ibañez G., Marani A., Mastrantonio E., Orioli R., Renzi D., Rinaldi A., Rubino C., Benedetti P., Tarsitani G., Marceca M.</i>	
Storia di diritti negati ai rifugiati provenienti dalla Libia E.N.A. "Emergenza Nord Africa" nel territorio di Reggio Emilia (P)	132
<i>Saccani M., Zambelli F., Zaman A., Manan A., Sheik F.M., Foracchia A.</i>	

**Salute del bambino**

- Psicoterapia con minori stranieri richiedenti asilo in stato di messa alla prova: aspetti psicologici e sociali (C)** 133
Caizzi C., Ciambellini S., Mazzetti M.
- Precocità puberale in una coorte di bambini adottati all'estero (C)** 134
Calzedda R., Rossodivita A.N., Ceccarelli M., Barone G., Ranno O., Valentini P.
- Sedentarietà, attività fisica e alimentazione nei figli di donne straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria (C)** 135
Buoncrisiano M., Nardone P., Lamberti A., Bucciarelli M., Spinelli A. e il Gruppo OKkio alla SALUTE 2012
- Studio policentrico sulle condizioni di salute dei bambini adottati in Cina nel periodo 2009-2012 (P)** 136
Ranno O., Ceccarelli M., Calzedda R., Garazzino S., Raffaldi I., Zaffaroni M., Pozzi E., Veneruso G., Ficcadenti A., Gabrielli O., Pulito M.A., Ballardini G., Valentini P.
- Accoglienza sanitaria dei bambini adottati all'estero: esperienza in tre ospedali di riferimento in Piemonte (P)** 137
Pozzi E., Esposito S., Garazzino S., Zaffaroni M., Bona G., Raffaldi I., Baroero L., Ballardini G., Guala A., Tovo P.A., Bona G.
- Modalità di allattamento e svezzamento tra i bambini nati a Novara da genitori immigrati (P)** 138
Esposito S., Pozzi E., Boncompagni A., Zaffaroni M., Bona G.
- I dispositivi di mediazione in clinica transculturale: funzioni della lingua nella presa in carico dei minori stranieri non accompagnati (P)** 139
Casadei F.
- Screening mirato delle emoglobinopatie per i neonati a rischio (P)** 140
Castagno M., Grigollo B., Rolla R., Colombo S., Zaffaroni M., Dellora C., Da Riol R.M., Bellomo G., Bona G.

Disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi

- Domande e risposte di cura - accesso ai servizi sanitari delle persone vulnerabili che abitano la grande città (C)** 141
Jacchetti G., Ravazzini M.
- La spesa per l'assistenza sanitaria per gli immigrati: vero o falso problema per il sistema sanitario? (C)** 142
Carletti P., Barbini N., Aguilar Matamoros M., De Giacomi V.G.



La dipendenza alcol-correlata nella popolazione immigrata a Palermo: il ruolo dei determinanti sociali (C)	144
<i>Quinn E., Mangiaracina D., Maggio A.M., Spinnato G., Vassallo L., Affronti M.</i>	
Misurare le differenze di accessibilità e fruibilità del percorso nascita tra donne italiane e straniere: l'esperienza della Regione Toscana nella valutazione e promozione dell'equità (C)	145
<i>Bonciani M., Lupi B., Barsanti S.</i>	
Le politiche di contrasto delle disuguaglianze: dall'annuncio alla concretezza di un percorso regionale. Costruzione e monitoraggio di alcuni indicatori (C)	146
<i>Di Nicola A., Geraci S., Marceca M., Baglio G., Tarsitani G., Lorenzini L., Mantini V., Degrassi F.</i>	
Disuguaglianze sociali e salute: un'indagine descrittiva sui cittadini Comunitari non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (P)	147
<i>Cocconi D., Chiesi I., Mecugni D., Fornaciari R., Manghi M., Malagoli E., Rinaldi D., Pisuttu S., Bonvicini D.</i>	
Influenza delle variabili socio-economiche e culturali sui ricoveri ospedalieri della popolazione italiana e straniera in Lombardia (P)	149
<i>Pullini A.</i>	
Ambulatorio malattie sessualmente trasmesse: differenze tra l'utenza italiana e straniera (P)	150
<i>Brussi V., Mauro K., Pilutti G., Uliana C., Gandolfi C., Pitzalis G.</i>	
Percorso nascita e disuguaglianze: Indagine conosciuta nell'Azienda Ospedaliera di Perugia (P)	151
<i>Chiavarini M., Leandri C., Minelli L.</i>	
Apolidi della salute: assistenza infermieristica a pazienti fragili e/o senza dimora presso il Poliambulatorio Caritas di Roma (P)	152
<i>Garbin L., Liddo M., Maisano B., Marinacci M.</i>	
Screening tumori femminili e disuguaglianze: una ricerca preliminare all'intervento di offerta attiva per "aggiustare" la mira (P)	153
<i>Landeo L., Agrò F., Jimenez C., Carovillano S., Di Nicola A., Maisano B., Geraci S.</i>	
Migranti e complessità: la risposta del Distretto Sanitario di Viterbo (P)	154
<i>Proietti A.</i>	
Banco della salute: re-inventare la prevenzione in una società multietnica (P)	155
<i>Maisano B., Gnolfo F., Liddo M., Biferali F., Tonetti S.</i>	

Aspetti normativi/diritti e politiche territoriali

- La fruibilità dei servizi stp: un'esperienza di mappatura della città di Roma da parte di studenti in medicina (C)** 156
Rinaldi A., Civitelli G., Ferretti F., Marani A., Orioli R., Maisano B., Geraci S., Tarsitani G., Marceca M.
- Bisogni sanitari inespressi tra gli utenti degli ambulatori STP (C)** 157
Pizzuti S., Carreca G.
- Uno sguardo sul bisogno di salute della comunità cinese a Messina (C)** 158
Gullotto M., Celi C., Carbone S.
- Protesi odontoiatrica sociale : ma quanto mi costi? (C)** 159
Sarati M., Paterlini R., Fornaciari R., Saccani R., Corsini A.
- Il pregiudizio negli studenti di infermieristica: studio osservazionale sul contributo della formazione universitaria al tema della transculturalità (P)** 160
Farina A., Pollaccia E., Scelfo M., Candeh N., Affronti M.

Aspetti organizzativo-assistenziali e cultural competence

- Migranti cinesi in gravidanza: sanità parallela o difficoltà di accesso ai servizi? (P)** 162
King J.J., Di Meco E., Di Nicola A., Silvestrini G., Geraci S.
- Protocollo sensibile (P)** 163
Callari A.M., Lattuca G., Valastro R.
- Il Gruppo Dipartimentale Fasce Deboli 10 anni di esperienze (P)** 164
Mozzanica S., Monici L., Guidi L., Fabbri A., Bonvicini F., Poeta A., Severi C., Casoni C., Magnani I., Fornaciari R.
- Buone prassi per l'accessibilità dei migranti ai servizi sanitari (P)** 165
Napoli M.T., Talarico A.
- Coordinamento e sviluppo di competenze transculturali (P)** 166
Talarico A., Napoli M.T.
- Immigrazione e soccorso pre-ospedaliero (118) sul territorio palermitano: analisi dei casi affrontati dall'ambulanza 118-07, criticità del sistema e proposte per un migliore soccorso al paziente immigrato (P)** 168
Aquilino E.

La Formazione in Medicina delle Migrazioni: un'esperienza didattica innovativa presso il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale a Firenze, Regione Toscana (P)	169
<i>Cicognani A., Fabiani Tropeano F., Francini C., Mereu A., Scarselli F.</i>	
Casa Stenone: un'esperienza assistenziale Ospedale/domicilio per le persone non iscritte al SSN o sfd nel territorio della ASL 10 Firenze (P)	170
<i>Sanvito L., Capizzi M., Delli Paoli L., Magursi T., Bussotti A., Mereu A., Severi I.</i>	
Colour-Care: un'App per supportare la comunicazione medico-paziente straniero (P)	171
<i>Buonomo V.</i>	
Frammenti di salute nell'incrocio tra domande e offerte di cura per i vulnerabili nella grande città (P)	172
<i>Ravazzini M., Jacchetti G.</i>	
Accesso alle cure psicologiche. Analisi dei dati del Servizio di Psicologia del Policlinico di Palermo (P)	173
<i>Monti M.C., Pacera C.</i>	
Il Care-Giving a Lampedusa e nel Centro accoglienza (P)	175
<i>Callari A.M., Lattuca G., Valastro R.</i>	
Organizzazione e gestione di un punto di assistenza sanitaria: il CARA di Mineo (P)	176
<i>Diodati A., Fabiano A., Grasso S.</i>	
Tra i fili dell'intercultura (P)	177
<i>Infante A., Alcini F.R., Battaglia A., Ferrara C., Loria M.R., Rapone F.</i>	
TBC, trovare buone collaborazioni. Valutazione di risultato dello screening tubercolare e rete dei professionisti nel territorio di Reggio Emilia (P)	178
<i>Fornaciari R., Bonvicini F., Canali L., Nasi E.I.</i>	
Progetto Praesidium - Monitoraggio dei Centri per Migranti (P)	179
<i>Diodati A., Fabiano A., Molese A., Taras M.</i>	
Presenza in carico del paziente straniero: determinanti e ruolo dell'operatore sanitario (P)	180
<i>Di Girolamo C., Cacciatore F., Ciannameo A., Marta B.L., Parisotto M., Stefanini A., Tortoreto B.</i>	

Aspetti epidemiologici e clinico-assistenziali

- Malaria da importazione negli immigrati "Visiting Friends and Relatives" (VFRs) di prima e seconda generazione nella provincia di Palermo: un iceberg emergente? (P)** 181
Immordino P., Casuccio A., Di Carlo P., Casuccio N., D'Angelo C., Vitale F.
- Per un approccio transculturale: l'esperienza del CSM Messina sud (P)** 182
Gulotto M., Celi C., Fiorentino R., Niosi M., Oriti R.
- Un'esperienza di assistenza transculturale in Sierra Leone (P)** 183
Abate G., Chiesi I., Mecugni D., Gradellini C.
- Trend temporale e diseguaglianze nella prevalenza e incidenza della patologia cardiovascolare in una coorte di pazienti migranti in condizioni di fragilità sociale (P)** 184
Silvestrini G., Smerilli P., Morucci L., Geraci S., Federico B., Di Nicola A., Bruno S., Ricciardi W., Egidi V., Damiani G.
- Immigrati e Screening presso l'Istituto Villa Marelli, AO Niguarda Cà Granda, Milano (P)** 185
Chianura L., Vigo B.P., Errante I., Puoti M.
- Screening per diabete gestazionale nelle donne immigrate di prima generazione: studio di popolazione nella Regione Lombardia (P)** 186
Molinari C., Nicotra F., Pinto S., Dozio N., Castiglioni M.T., Zambon A., Corrao G., Scavini M.
- Immigrati non regolari e accesso alle cure: l'esperienza dell'Ambulatorio di Medicina per Migranti dell'Ospedale San Paolo di Milano (P)** 187
Piroddi S., Colombo L., Potenza S., Galluccio I., Battezzati P.M.
- L'attività sanitaria della Camminare Insieme Onlus di Torino (P)** 188
Fossarello L., Sacchi L., Brunelli L., Quaglia G., Ferro F.
- Migranti cinesi in gravidanza: siero-prevalenza delle principali malattie infettive ed outcome di gravidanza (P)** 189
Di Meco E., King J.J., Silvestrini G., Federico B., Di Nicola A., Geraci S., Tamburrini E.
- West Nile Fever: risultati di uno screening in Sicilia (Italia Meridionale) (P)** 190
Pollaccia E., Affronti A., Mansueto P., Rozza T., Abbate M., Rotolo G., Napoli C.
- Rischio cardiovascolare nella popolazione migrante: prevenzione primaria sul campo e screening nella comunità ghanese a Palermo (P)** 192
Rozza T., Abbate M., Affronti M., Rotolo G., Pollaccia E.

Andamento dei suicidi tra la popolazione straniera nella provincia di Catania, 2010-2012 (P) 193

Pappalardo R., Furnari R., Acerbi G., Torre I., Cuccia M.

Limiti della sorveglianza sindromica: la TBC nel CARA di Mineo. 2011-2014 (P) 194

Furnari R., Pappalardo R., Acerbi G., Rinnone S., Cuccia M.

Barriere e criticità del paziente immigrato nella gestione del Diabete tipo 2: allestimento di uno strumento conoscitivo volto al miglioramento del self management della malattia, all'orientamento del paziente e al potenziamento del raccordo tra i servizi coinvolti nei percorsi diagnostico-terapeutici (P) 195

Bruno S., Silvestrini G., Di Meco E., Carovillano S., Maisano B., Di Nicola A., Federico B., Geraci S., Ricciardi W., Damiani G.

Salute del lavoratore

Progetto TerraGiusta: i risultati dell'intervento nella Piana di Gioia Tauro (P) 197

Fondelli S., Bari G.A., Bodian L., El Hafian B., Barbieri A., Peca M.

Salute dei rom e sinti

ASL RM/A: attività Equipe Aziendale Interdistrettuale per Interventi nei Campi Rom, anno 2013 (P) 198

Bosi R., D'Amici A.M., Donno L., Giuliani M.A., Pelo S., Saccoccio O., Spadea A.

Salute in situazioni di restrizione della libertà

Prostituzione: uno sguardo sull'invisibile (P) 199

Gemmi M.C., Foracchia A., Fornaciari R., Sparano M., Crotti C., Castronuovo L., Angelucci F., Borsari A., Wong O.

Salute della donna

La verginità costretta (P) 200

Bartozzi F., Angeletti M.

Il colloquio del 7° mese di gravidanza nelle donne straniere: strumento di prevenzione della depressione post partum e di sostegno della genitorialità (P) 201

Cattaneo M.L., Dal Verme S., Fumarola C., Gallon M., Sacchetti G.

Caratteristiche socio-demografiche ed evoluzione della gravidanza in pazienti in condizioni di vulnerabilità, afferenti ad un servizio di ostetricia presso il Poliambulatorio Caritas di Roma: primi risultati di uno studio empirico (P)	202
<i>Santoro V., Morici A., Silvestrini G., Maisano B., Liddo M., Geraci S.</i>	
Agire sull'organizzazione dei servizi per rafforzare la prevenzione delle IVG tra le donne straniere (P)	203
<i>Bonciani M., Spinelli A., Sacchetti G.</i>	
"Le voci di dentro", ascoltare i professionisti della salute sulla loro relazione con le donne straniere che richiedono una interruzione volontaria di gravidanza (P)	204
<i>Russo M.L., Pitini E., Pizzini E., Marceca M.</i>	
Aspetti nutrizionali della gravidanza in donne immigrate: l'esperienza del Servizio di Medicina Solidale nel VI Municipio di Roma (P)	205
<i>Buonomo E., Ercoli L., Giannini V., Mancinelli S., Dussey J., Laurenti S.</i>	

Allegati

Il Workshop Nazionale dei GrIS, Milano 15 e 16 novembre 2013 Occasione di scambio e di rafforzamento della rete <i>Chiara Boninsegna, Manila Bonciani, Emanuela Forcella</i>	207
La cittadinanza alla prova dei figli dei migranti <i>Enzo Colombo</i>	212
Raccomandazioni finali del XII Congresso SIMM (2012)	219
Appello per una pronta applicazione in tutta Italia dell'Accordo Stato-Regioni sulla tutela sanitaria degli immigrati a partire dal diritto di ogni minore ad avere il suo pediatra (2013)	224
Indice per autori	225
La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni	229



Il saluto dell'Arcivescovo di Agrigento

Papa Francesco ha detto che *“se da una parte le migrazioni denunciano spesso carenze e lacune degli Stati e della Comunità internazionale, dall'altra rivelano anche l'aspirazione dell'umanità a vivere l'unità nel rispetto delle differenze, l'accoglienza e l'ospitalità che permettano l'equa condivisione dei beni della terra, la tutela e la promozione della dignità e della centralità di ogni essere umano”*.

Sono parole chiare che dicono come, dinanzi all'evento migrazione, sia necessario un cambiamento culturale che interessa tutti. Usando sempre le parole del Papa, bisogna *“passare dalla cultura dello scarto ad una cultura dell'incontro e dell'accoglienza”*.

Noi, in verità, preferiamo ancora definire il fenomeno in termini di emergenza, probabilmente perchè ci è comodo pensarla così; l'emergenza, di fatti, merita risposte passeggere, non impegnative e coinvolgenti.

Ed inoltre - non sono pochi a pensarla così - giacché si tratta di una situazione che non durerà a lungo, perchè affannarsi e impegnarsi? Ci sarà poi qualcun altro che ci penserà, al massimo si può proclamare la propria solidarietà (non sempre convinta!!!), con la forte speranza che presto 'questa gente' se ne torni a casa sua, senza aggiungere così altri problemi ai tanti che già abbiamo.

Dinanzi a un simile fenomeno, non bastano vuote dichiarazioni d'intenti. Benedetto XVI l'ha definito: *“fenomeno che impressiona per la quantità di persone coinvolte, per le problematiche sociali, economiche, politiche, culturali e religiose che solleva, per le sfide drammatiche che pone alle comunità nazionali e a quella internazionale”* (CV 62).

È una massa incredibile di gente che si sposta!

Da alcuni studiosi questi 230 milioni di uomini che si muovono da una parte all'altra del mondo sono definiti il “sesto continente”.

È un “evento biblico” che ormai mette in discussione e sta facendo sfaldare quella che sembrava l'inattaccabile identità civile e anche cristiana di un Occidente che si riteneva fulcro della civiltà; è un evento che, denunciando pesantemente la pericolosa inopportunità della differenza tra persone, culture e religioni, dichiara l'urgenza del riconoscimento dell'uguale dignità umana per tutti gli uomini.

Se si muovono tanti uomini, donne e bambini, è perchè sono alla ricerca di sicurezza o di un vivere dignitoso, in quanto perseguitati o affamati o sfruttati o senza lavoro o impossibilitati a svolgere la loro professionalità. Una cosa è certa, una simile migrazione iniziata decenni fa, non lascerà il mondo com'era prima. L'esodo in corso è l'evidente

presa di coscienza – com'è stato detto – che la migrazione non è da considerare il “male”, ma il “sintomo” di un male, poiché è il segnale di un mondo ingiusto.

Noi credenti non possiamo, di fronte a ciò, accontentarci di leggere la storia, *questa* storia in particolare, come se fosse solo cronaca da rotocalco; dobbiamo farlo con la logica di Dio, con gli occhiali della Bibbia, convinti che la storia di salvezza continua e che oggi siamo noi a farla.

È partendo da quest'ottica che dobbiamo guardare al Mediterraneo, che potrebbe essere paragonato al deserto di cui parla l'Esodo. Deserto di sabbia, quello attraversato dal popolo ebraico, deserto di acqua per chi affronta oggi i viaggi della speranza. Allora, per molti, il deserto fu insieme luogo di morte e di speranza, oggi per molti il mare è egualmente luogo di morte e di speranza. Nel deserto allora si svilupparono storie di amicizia, di tradimenti, di sofferenze, di promesse... lo stesso avviene oggi per chi lascia la propria terra. Quel deserto significò una storia nuova e una terra promessa, per molti il Mediterraneo è l'inizio di una storia nuova e la possibilità di una terra promessa. Allora Mosè indicò la strada, oggi, è Papa Francesco, nuovo Mosè, a Lampedusa, a indicare a tutti la strada da percorrere. Ecco perché affrontare il problema dell'immigrazione non è aggiornare dati o fare statistiche, ma è fatto di fede.

Qualcuno ha definito il Mediterraneo «continente liquido», dove popolazioni diverse, ieri come oggi, si incontrano e confrontano.

Il Mediterraneo, per questa sua vocazione permette – pensiamo a Lampedusa – di sperimentare la convivenza pacifica e fare nascere anche solidarietà. Lo esigono i 20.000 uomini e donne annegati nel Mediterraneo, diventato un grande cimitero, una tomba liquida.

Al di là del mare c'è il desiderio di libertà, di una vita migliore, di riconoscimento dei propri diritti e delle proprie capacità, di qua c'è una politica vergognosa, ispirata a una paura esagerata e spesso costruita: paura di uomini e donne che vogliono vedere riconosciuta la loro dignità; paura che quei paesi smettano di svendere le proprie risorse per il nostro benessere; paura che nei nuovi assetti del Mediterraneo, noi e gli altri paesi europei non possiamo occupare un posto centrale. Tra il loro desiderio e la nostra paura c'è la gente di Lampedusa, modello nuovo e vecchio, di convivenza e di rispetto possibili.

Mi piace concludere rifacendomi al sogno di Dio: *“In quel giorno ci sarà una strada dall'Egitto verso l'Assiria; l'Assiro andrà in Egitto e l'Egiziano in Assiria; gli Egiziani serviranno il Signore insieme con gli Assiri. In quel giorno Israele sarà il terzo con l'Egitto e l'Assiria, una benedizione in mezzo alla terra. Li benedirà il Signore degli eserciti: 'Benedetto sia l'Egiziano mio popolo, l'Assiro opera delle mie mani e Israele mia eredità'”* (Is. 19,23-25).

Mons. Francesco Montenegro

INTRODUZIONE

Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere

Mario Affronti

Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La salute dei migranti ci convoca, per la tredicesima volta, ad Agrigento per un impegno di responsabilità e di equità da condividere. Così come abbiamo sperimentato a Viterbo, consapevoli che senza le radici ben piantate nel territorio, la salute resta un concetto etereo, da sfogliare come le pagine di un libro¹, non possiamo non farci contagiare dalle suggestioni socio-culturali di un territorio che ha visto nascere e svilupparsi la storia dei diritti dell'uomo e che oggi soffre per i tanti morti e per le tante vittime dell'ingiustizia e della violenza del mondo, così freddo e cinico e così bisognoso di umanità e di pace.

Agrigento, patria italiana del pensiero greco e fondamento della cultura dell'accoglienza, della concordia e della bellezza², per ritrovare le nostre origini. Quasi un voler cercare ad ogni costo ragioni e motivazioni profonde al nostro agire ed alle soluzioni che proporremo durante il congresso. Agrigento, terra natale di Empedocle, cui la tradizione attribuisce uno spirito caritativo nei confronti dei poveri e severo verso gli aristocratici e che partecipò alla vita politica della città schierandosi dalla parte dei democratici e contribuendo al rovesciamento dell'oligarchia dei "Mille" formatasi all'indomani della fine della tirannide (Diogene, II secolo d.c.).

Agrigento patria del *Logos* come progetto, disegno ordinato della vita, logica che informa di sé il fenomeno in ogni istante, *lògos* delle cose, ragione ultima d'essere della realtà. Il *logos* come principio della legge, con le sue carte e le sue dichiarazioni. Renderemo attuale il *Logos* così inteso, ricordando i diritti dei rifugiati, a partire dalla Convenzione di Ginevra del 1951, i diritti alla tutela della salute dei bambini, a partire dalla Convenzione di New York, che proprio quest'anno compie 25 anni, la lotta alle disuguaglianze nella salute, ricordando i lavori della Commissione OMS sui Determinanti Sociali di Salute del 2008, intitolato *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dall'origine etnica, a partire dalla direttiva contro ogni forma di discriminazione n. 2000/43 del Consiglio Europeo. Ricorderemo, per realizzarlo sempre di più, l'art 32 della

¹ Sfide, successi e buone pratiche. I 3 anni del progetto europeo Equal opportunities for health: action for development 2011-2014, p. 7.

² "Te prego, o splendida, più bella tra le città dei mortali". Pindaro, antico poeta greco, riferendosi ad Agrigento.

Costituzione Italiana che identifica nella Repubblica il soggetto tenuto a *tutelare* la salute, precisando che il diritto alla tutela della salute è *fondamentale* (e quindi non soggiacente ad altri diritti) ed è dell' *individuo*, cioè indissolubilmente legato alla persona in quanto tale; che sottolinea, inoltre, come questa assunzione di responsabilità sia *interesse della collettività*, precisazione che introduce il concetto di *solidarietà sociale*; che, infine, attraverso la garanzia di *cure gratuite* agli *indigenti*, libera la fruizione di questo diritto dalla presenza di ostacoli di natura economica, ripromettendosi di sostenere i soggetti più vulnerabili (Marceca M., 2013).

Agrigento anche patria del *Caos* ovvero del caso, della vita come assenza di ogni progetto determinato, come una nave che va senza saper né dove né perché, talora traendo piacere e talora dolore da questa odissea senza Itaca. Di contro all'ottimismo ontologico sotteso al concetto di logos, il concetto di caos esprime il dinamismo con cui si muove la natura all'insegna di una confusa indeterminazione³. Il caos qui rappresentato dalla crisi economica⁴ e soprattutto dal modo maldestro di correggerla che indebolisce la tutela dei fondamentali diritti umani, il caos del Mediterraneo che si è trasformato in un luogo di morte⁵ per tante persone in fuga^{6 7}; i diritti dei lavoratori che sono stati rinnegati in alcuni luoghi di lavoro – dalle imprese di Prato⁸ alle campagne della pianura padana o della piana di Rosarno e della Lucania⁹ – senza dimenticare il lavoro domestico.

Il caos riguardante le norme che regolano il trattenimento nei Centri d'identificazione e di Espulsione (CIE) che sono illegittime, in quanto non rispettano le garanzie dei diritti costituzionali¹⁰. Troppe sono ancora le vittime di tratta per sfruttamento sessuale o lavorativo¹¹ che chiedono un riconoscimento e una protezione sociale, fortemente inde-

³ "Ben venga il caos, perché l'ordine non ha funzionato". Karl Kraus. *Citazioni*. Wikipedia.

⁴ Secondo uno studio del Commissariato europeo per l'occupazione, gli affari sociali e l'integrazione, l'occupazione degli immigrati nell'UE è ulteriormente peggiorata nel corso dell'ultimo anno, con un tasso di disoccupazione che è più del doppio (20,2%) rispetto a quello dei cittadini UE (9,7%).

⁵ 3 ottobre 2013: una data difficile da dimenticare. È l'ennesima tragedia avvenuta a mezzo miglio dall'Isola dei Conigli a Lampedusa e che ha visto un barcone con a bordo 500 persone rovesciarsi dopo un incendio, causando 366 morti.

⁶ Il Ministero dell'Interno informa che il numero dei migranti sbarcati nel 2013 sulle coste italiane è di circa 42 mila, e questo dopo la forte diminuzione dell'anno scorso (13.267) e il picco di due anni fa (62.692). Il nuovo incremento è legato probabilmente alla partenza di un gran numero di siriani dall'Egitto in conseguenza della reintroduzione dell'obbligo di visto.

⁷ "Basta respingimenti e detenzioni nella fortezza Europa. Basta violazioni dei diritti umani e della dignità dei migranti. Basta frontiere di mare e di terra come luoghi di morte e di illegalità istituzionale": è l'appello delle associazioni al World Social Forum di Tunisi. Tre giorni di incontri per quasi 50 workshop e tre assemblee.

⁸ È di sette morti e tre feriti il bilancio di un incendio che ha distrutto a Prato una ditta tessile. Le vittime erano tutti lavoratori cinesi che dormivano nel capannone e che sono rimasti intrappolati al suo interno. La tragedia è il risultato delle diffuse e inaccettabili situazioni di sfruttamento dei lavoratori cinesi a Prato.

⁹ "A livello nazionale si stima che tra i 300 mila ed i 500 mila immigrati lavorino sotto i caporali, sia nell'edilizia che nell'agricoltura", denuncia l'Associazione Finisterre. Niente è dunque cambiato dopo la legge contro il capolarato del 2011.

¹⁰ Secondo il Viminale su 13 Centri di Identificazione ed Espulsione 8 sono chiusi e nessuno è in pieno funzionamento, decine di rapporti registrano condizioni di vita disumane e centinaia di denunce si oppongono a provvedimenti di trattenimento illegittimi. Il segno più forte la sentenza del tribunale di Crotone del 2012, che ha assolto alcuni cittadini stranieri protagonisti di una rivolta nel centro calabrese.

¹¹ Secondo la Commissione UE sulla tratta di persone in Europa, sono oltre 23 mila le vittime di tratta di esseri umani, identificate o presunte, nel periodo 2008-2010 (62% per sfruttamento sessuale, 25% come manodo-

bolita in questi ultimi anni da una politica che sembra trattare con scarsa attenzione, se non proprio dimenticare, i percorsi e gli strumenti per le pari opportunità.

Il riconoscimento delle discriminazioni¹², in continua crescita in Italia, è debole, perché lasciato solo ai luoghi istituzionali incapaci di presidiare con strumenti nuovi i luoghi di vita come la scuola, il mondo del lavoro ed i servizi.

Per quanto riguarda la salute si consolida la tendenza ormai strutturale verso forme di malattie sociali più che etno-culturali: è il caos della deprivazione sociale a determinare in maniera netta le malattie dei migranti e ad allontanarli sempre di più dai sistemi sanitari.

Ma non è solo questo il problema. Ad Agrigento il caos è ben rappresentato da uno dei suoi figli più grandi, Luigi Pirandello: "Io sono figlio del Caos; e non allegoricamente, ma in giusta realtà, perché son nato in una nostra campagna, che trovasi presso ad un intricato bosco denominato, in forma dialettale, Cāvusu dagli abitanti di Girgenti, corruzione dialettale del genuino e antico vocabolo greco Kaos". Figlia del caos, l'opera pirandelliana ci costringe a recuperare, nel campo della malattia, lo spazio della soggettività e cioè dei modi irripetibili e imprevedibili in cui ciascuno fa esperienza della sua malattia¹³. Per il malato, infatti la malattia non è semplicemente il guasto di un ingranaggio ma innanzitutto una questione di senso (Battaglia L., 2008). Invisibile, indicibile, il dolore fisico è radicato profondamente in chi lo prova e spesso non è comprensibile agli altri, rende estranei, separa dagli altri e dal mondo, relegandoci in un territorio sconosciuto, ambiguo, nemico. La follia, punto di rottura definitivo con la falsità ed il vuoto della realtà di ogni giorno, denuncia delle strutture sociali ipocrite che limitano il diverso, bollano come folle chi vuole emanciparsi da un sistema che lo rifiuta, sembra essere l'unico riparo sensato. Enrico IV, simbolo dell'alienazione, messo al margine della società dei suoi simili di cui subisce la diversità, è stato preso a simbolo della campagna che ha portato alla controversa "Legge Basaglia", con la successiva chiusura dei manicomi e la reintegrazione dei malati psichici nella società. In questo senso ed in questo contesto ci costringe a ripensare lo stesso vocabolario medico relativo alla malattia. Abbiamo un vocabolario colpevolmente povero per 'dire' la sofferenza: dobbiamo moltiplicare le nostre parole, elaborare concetti per nominare in modo più attendibile l'universo così multiforme, variegato, plurimo del dolore. Con i migranti le cose si complicano ulteriormente perché cambiano i modi culturali di dire la malattia. Lo sguardo profondo di Pirandello può però aiutarci per evitare il pericolo, sempre presente nello sguardo medico, di oggettivare la malattia come entità clinica che ha un decorso, un esito, mai un senso, per evitare quel processo di espropriazione dell'individuo che consiste – sulla base di un difensivistico e deresponsabilizzante mandato della società – nel definire noi medici soltanto che cosa è la malattia e soprattutto affermare la necessità di una medicina più umana e sensibile culturalmente.

pera forzata e 14% per il traffico di organi, con una crescita costante delle vittime (+18%) e una decrescita delle condanne dei trafficanti (-13%).

¹² Sono i musulmani le persone maggiormente colpite da episodi di discriminazione in Europa (Rapporto 2011-2012 sul razzismo nell'UE, pubblicato dall'Enar). Particolarmente colpite sono le donne, che rappresentano l'85% dei casi riportati di islamofobia.

¹³ "Abbiamo tutti dentro un mondo di cose: ciascuno un suo mondo di cose! E come possiamo intenderci, signore, se nelle parole ch'io dico metto il senso e il valore delle cose come sono dentro di me; mentre chi le ascolta, inevitabilmente le assume col senso e col valore che hanno per sé, del mondo com'egli l'ha dentro? Crediamo di intenderci; non ci intendiamo mai!" Pirandello L. *Sei personaggi in cerca d'autore*.

Ad Agrigento, patria del *Pathos*, qui rappresentato dal congresso coi suoi termini responsabilità ed equità.

Il termine responsabilità¹⁴ esprime un concetto centrale nella filosofia morale, nel diritto e nelle scienze sociali in genere ed è intimamente legato al principio di equità, secondo cui va dato al singolo qualcosa in più di quanto gli spetterebbe per legge¹⁵. È la giustizia non esercitata secondo la lettera della legge scritta, ma temperata da un'equa considerazione del caso particolare.

Anche qui, trattasi di un concetto filosofico e giuridico teorizzato da Aristotele (*Epicheia*) e ripreso dalla teoria generale del diritto. Secondo l'*epicheia*, si giustifica l'inapplicabilità della legge al caso concreto qualora con la sua applicazione la norma si rivelasse moralmente ingiusta e intollerabile. L'equità non offende la legge né la giustizia, ma interpreta l'una e l'altra nel loro vero significato; è la "giustizia del caso singolo"¹⁶.

Secondo il principio di uguaglianza gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono essere trattati egualmente. Secondo il principio di equità, gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente. Quando ciò non si verifica siamo di fronte ad una ingiustizia sociale e distributiva. Tutti gli operatori della salute, a partire dai medici, dovrebbero sentire una responsabilità diretta, in termini culturali, professionali e civili, nella difesa dei valori cui la loro professione è ispirata e dei sistemi che meglio ne possono garantire il rispetto. Soprattutto i medici, che sono "gli avvocati naturali dei poveri", (Virchow R., 1821-1902) devono levare alta la loro voce di fronte al tentativo di smantellare i sistemi sanitari pubblici ed universalistici, laddove esistenti, sulla base dell'assunto non dimostrato che questi non siano più sostenibili per i Governi a causa della crisi economico-finanziaria che ha raggiunto ormai dimensioni globali. Dai vari squilibri globali, che caratterizzano la nostra epoca, vengono alimentate disparità, differenze di ricchezza, ineguaglianze, che creano problemi di giustizia e di equa distribuzione delle risorse e delle opportunità, specie nei confronti dei più poveri. In una situazione del genere, non sorprende quindi che le disuguaglianze abbiano ripreso a correre. È esattamente ciò che sta accaden-

¹⁴ L'origine del termine si ritrova nell'opera *The Federalist*, una raccolta di articoli scritti da Alexander Hamilton, John Jay e James Madison pubblicata nel 1788 dove viene usata per la prima volta la parola "responsibility" per indicare che il governo americano è responsabile del proprio operato nei confronti del popolo che gli ha delegato i suoi poteri.

¹⁵ A proposito di giustizia, John Rawls, (in *Una teoria della giustizia*) ha scritto: "la giustizia è il primo requisito delle istituzioni sociali, così come la verità lo è dei sistemi di pensiero. Una teoria, per quanto semplice e elegante, deve essere abbandonata o modificata se non è vera. Allo stesso modo, leggi ed istituzioni, non importa quanto efficienti e ben congegnate, devono essere riformate o abolite se sono ingiuste. Ogni persona possiede un'inviolabilità fondata sulla giustizia su cui neppure il benessere della società nel suo complesso può prevalere. Per questa ragione la giustizia nega che la perdita di libertà per qualcuno possa essere giustificata da maggiori benefici goduti da altri." In sostanza la teoria della giustizia di Rawls è una teoria dell'equità. I principi su cui si fonda sono essenzialmente due. Il primo è il principio dell'eguale sistema di libertà delle persone, in quanto cittadine di una comunità democratica. Il secondo, strettamente connesso al primo, è il principio di differenza. Esso prescrive che siano giuste e accettabili, e quindi eque, solo quelle disuguaglianze che vadano a vantaggio dei gruppi più svantaggiati della società.

¹⁶ "Non posso dire ai miei ragazzi che l'unico modo di amare la legge è di obbedirla. Posso solo dir loro che essi dovranno tenere in tale onore le leggi degli uomini da osservarle quando sono giuste. Quando invece vedranno che non sono giuste (cioè quando sanzionano il sopruso dei forti) essi dovranno battersi perché siano cambiate". (Milani L., *Lettera ad una professoressa*, Libreria Editrice Fiorentina, 1967)

do all'Italia¹⁷. In definitiva, le concrete possibilità di arrestare il declino economico e sociale dell'Italia, altrimenti irrefrenabile, passano anche dall'impegno a riprendere – e con la determinazione necessaria – una battaglia (culturale, politica e sociale) per l'uguaglianza. Che però per essere davvero incisiva non può risolversi in pensieri solitari, ma deve tornare a essere un *condiviso* ideale umano e un valore morale.

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

Un primo aspetto è la discrezione. In un tessuto sociale come quello italiano in cui si approfitta della povertà per promuovere le proprie preferenze ideologiche, quando non addirittura i propri interessi di parte, la SIMM deve farsi notare per la sua discrezione. Si tratta di una presenza per sottrazione, di uno stile dell'essere-in-una-situazione in quanto assente, facendo un passo indietro e così aprendo uno spazio di presenza, di libertà e di responsabilità, appunto. Non si tratta di annunziare sé stessi, bensì l'altro, soprattutto se ai margini della società. L'azione non deve essere mai SIMM-centrica perché chi agisce non è il portatore di un proprio messaggio ma è, vuole essere, un continuo rinvio ad altro, all'altro che è il migrante vulnerabile, perché escluso. Chi fa azione di *advocacy* non deve mai occupare il proscenio, deve evitare accuratamente di mettersi in mostra, usando gesti semplici e naturali che non si improvvisano: sono l'espressione spontanea di una convinzione profondamente maturata.

Un altro aspetto riguarda la fedeltà alla storia dell'uomo che, per essere efficace, deve essere creativa. Non si tratta soltanto di interrogare la realtà a partire dalla quotidianità e dalla concretezza della cronaca, ma di approfondirla ed attualizzarla. Solo così la storia cresce e va avanti. Non c'è nulla di dogmaticamente scontato se non il servizio agli ultimi. Questa discrezione – procedere con gli altri evitando di mettersi davanti agli altri – e questo senso critico li ho notati particolarmente perché se sono virtù rare fra noi esseri umani, sono addirittura rarissime tra quanti ci dedichiamo alla cura dei migranti e più in generale alle professioni di aiuto. Qui è prevalsa l'idea che il medico del migrante deve essere 'tolto via' dal contesto umano, deve essere reso 'diverso' dagli altri medici ed operatori per poter poi, in questa condizione di estraneità, 'intercedere' lui solo a favore dei migranti. Ma ciò non è solo l'opposto del concetto di rete nella quale non si ha una parte da far prevalere sugli altri, ma costituisce uno degli ostacoli principali all'integrazione sociale e civile che la nostra società scientifica persegue, come da statuto, attraverso la salute¹⁸. La rete dovrebbe essere soltanto il 'luogo' visibile in cui gli operatori tutti si

¹⁷ Degli effetti economici negativi prodotti dalle disuguaglianze si ha conferma consultando l'ultimo rapporto Ocse. I dati contenuti nel rapporto confermano che tra i paesi appartenenti all'Ocse l'Italia è uno di quelli messi peggio. Nel senso che si colloca ai vertici della disuguaglianza. Per stabilire questa graduatoria l'Ocse ha utilizzato l'indice Gini. Come è noto l'indice è pari a 0 quando tutti i redditi sono uguali; è invece uguale a 1 quando la differenza è massima. Ebbene, il coefficiente Gini per l'Italia è di 0,35. Uno dei peggiori messi a segno dai paesi europei. L'aspetto importante da sottolineare è che, nel giro degli ultimi quindici anni, l'indice Gini per l'Italia è passato da 0,30 a 0,35.

¹⁸ "...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". *Dichiarazione di Bratislava a conclusione dell'VIII Conferenza dei Ministri Europei della Salute*, 2007.

incontrano, 'luogo' di incontro, di fecondazione delle diverse identità culturali, di meticciato delle nostre diverse culture di provenienza. L'invisibilità della SIMM, la sua originalità malgrado sé stessa (inconsapevolmente); e poi il suo senso critico insieme alla sua laicità rappresentano il pathos e sono precondizioni per il successo di ogni iniziativa, come ormai 24 anni di storia hanno dimostrato a partire dallo sdoganamento del diritto alla salute per tutti, il famoso articolo 13 del 1995¹⁹.

La crisi non ha solo impoverito economicamente la società italiana, ma rischia di indebolire anche la sua democrazia. L'immigrazione, spesso identificata come luogo di povertà, di insicurezza, di conflittualità sociale, oltre che essere luogo di discernimento della qualità dei principi democratici, può diventare risorsa per la crescita dell'Italia: per il milione di ragazzi immigrati che nascono e crescono; per i giovani che arrivano nelle nostre città; per le storie familiari; per le culture, le esperienze che invitano al dialogo e all'incontro; per una nuova prossimità vicina e lontana che aiuta a riconoscere ogni persona nella sua dignità, interezza ed unicità. È illusorio pensare di poter tenere il mondo fuori della nostra casa serrando gli occhi e chiudendo a chiave il portoncino.

Bibliografia

Battaglia L. et al., *Pirandello e la bioetica. Intorno a Pirandello: percorsi e interpretazioni*, a cura di A. Dentone e A. Contini, Le Mani, Recco (GE) 2008, pp. 156-187.

Diogene L., VIII libro, 51.

Epicheia, in Aristotele: *Etica Nicomachea*, libro V, 1137 e *Retorica*, libro I, 1374.

Marceca M., *Universalismo, Solidarietà ed Equità delle cure e crisi dei sistemi sanitari*, La Professione, II-MMXIII, 34.

Virchow R., *Citazioni*, Wikipedia.

¹⁹ Il 18 novembre 1995 esce il decreto legge 489, conosciuto come decreto Dini, che nell'art. 13, per la prima volta, sancisce il diritto all'assistenza sanitaria, e non solo in caso di urgenza, anche all'immigrato irregolare e clandestino.

Dentro i simboli, la scelta e il perché del logo

Da una parte una colonna stilizzata del tempio della Concordia (simbolo del Logos), dall'altra una figura, anch'essa stilizzata, tratta da un vaso attico conservato nel Museo Archeologico di Agrigento che raffigura una nave in navigazione nel mare Mediterraneo (simbolo del Caos). Sull'albero maestro la vedetta che cerca di avvistare la terra di approdo.....il XIII Congresso Nazionale SIMM con le sue parole responsabilità ed equità (simbolo del Pathos).

La Concordia¹, dea romana dell'armonia, a simboleggiare, quindi, il Logos² come senso luminoso e vivificante di tutte le cose, malgrado le oscurità sempre presenti, lo spirito dell'armonia della comunità, l'unità nella diversità, il latino "in varietate concordia", nella considerazione che la pace consiste nel rispetto del diritto degli altri, conserva il paese, rappresenta il miglior baluardo dello stato e rende forti i deboli.

La nave ed il mare a simboleggiare, invece, il Caos, il disordine ed il nulla primordiali. Il caos come energia senza forma, spinta senza meta, oscura abissalità, ma anche come lato oscuro del logos, condizione inevitabile perché nel mondo possa nascere la mente libera che liberamente vuole.

La discrepanza tra il logos ed il caos è lo spazio in cui sorge e si muove quell'energia particolare chiamata passione. Ed è alla luce della passione così intesa, sia nel senso di emozione dominante che ci appassiona, sia nel senso di patimento che ci fa soffrire, che presentiamo il congresso di Agrigento cercando di capire in che senso la responsabilità e l'equità rappresentino un impegno da condividere per raggiungere l'obiettivo della salute per i migranti oggi in Italia.

Tale impegno è prima di tutto *Pathos*, passione, in quanto per essere realizzato deve essere condiviso e poi perché indica sempre qualcosa da cui si viene conquistati, qualcosa che ci cattura e che per questo ci rende oggetto di un'azione che un'alterità esercita su di noi. La nostra attività ha sempre trovato ispirazione ed energia al di fuori di noi e non a partire da noi. Questo decentramento delle nostre persone, pur nell'inevitabile fatica,

¹ Fu detto della Concordia perché si trovò nei suoi dintorni una epigrafe dalla quale si ricava che questo tempio fu edificato a spese dei Lilibetani (Lilibeo era l'antica Marsala) in onore della concordia degli Agrigentini. Così recitava l'iscrizione: Concordiae Agrigentorum/sacrum/respublica lilybitanorum/dedicantibus/M. Atterio Candido procons. et/L. Cornelio Marcello/A. Pr. Pr). Si potrebbe argomentare, pertanto, che sono stati i Romani a mutarne il culto e che questo tempio, prima dedicato dagli akragantini ad un nume di cui non è stato tramandato il nome, da allora sia stato consacrato alla Concordia.

² Il mondo è retto dalla dialettica che scaturisce da Logos + Caos, ovvero: forma organizzatrice + energia senza forma, capacità direttiva + spinta senza meta, armonia relazionale + oscura abissalità. Questo intreccio costituisce il fondamento dell'intero processo, la dinamica dentro cui si fa la vita del mondo e che colloca ogni vivente in un dramma esistenziale esprimibile mediante questa semplice formula: Logos + Caos = Pathos (Mancuso, 2013)

rappresenta l'unico atteggiamento possibile per la creazione di una società *responsabile* e *giusta* nei confronti degli ultimi qui rappresentati dai migranti.

È la filosofia della SIMM, i cui soci, gruppi ed organizzazioni, da 24 anni ed in varie parti d'Italia, si preoccupano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale, lottano per una salute senza esclusioni, bene indivisibile e diritto inalienabile e condividono, eticamente prima ancora che professionalmente, un senso di corresponsabilità che li porta al dovere di essere prossimo del malato o in genere di chi ha bisogno soprattutto se fragile o discriminato.

Le migrazioni continuano, ma non crescono. A causa della crisi e della crescente disoccupazione, circa 5 milioni resta il numero di persone, comunitarie e non comunitarie presenti in Italia (ISTAT, 2013). Il 2013 ha visto le politiche incerte e la debolezza dell'integrazione far emergere il rischio di indebolire la tutela dei fondamentali diritti umani, il Mediterraneo si è trasformato ancora di più in un luogo di morte, i diritti dei lavoratori sono stati rinnegati in alcuni luoghi di lavoro, il trattenimento nei Centri di identificazione e di espulsione è regolato da norme illegittime, troppe sono ancora le vittime di tratta per sfruttamento sessuale o lavorativo, ancora debole il riconoscimento delle discriminazioni, in continua crescita.

Ancora oggi, il profilo di salute si caratterizza per condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa. In questo campo si consolida la tendenza ormai strutturale verso forme di malattie sociali piuttosto che etno-culturali.

A causa del mancato riconoscimento dei diritti fondamentali, la questione delle malattie dei migranti diventa sempre di più una questione politica.

Come da tradizione, puntando tutto sulla partecipazione qualificata di quanti in Italia si occupano della medicina in un'ottica interculturale, della salute intesa in senso globale dove diritto, dignità, ricerca, assistenza e cura si coniugano insieme nella partecipe attenzione ad ogni persona - di qualsiasi cultura ed a qualsiasi storia appartenga - siamo certi di avere, alla fine del congresso, elementi per ridefinire politiche e strategie che non escludano alcuno.

Mario Affronti

Bibliografia

- ISTAT, *Noi Italia 2013. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*, 2013.
Mancuso V., *Il Principio Passione*, Garzanti, 2013, pp. 49-94.

LA SIMM INFORMA

Sponsor commerciali, no grazie

Cara Socia, caro Socio,
come già successo per l'organizzazione del XII Congresso, i componenti del Consiglio di Presidenza della SIMM, in qualità di rappresentanti di un'associazione libera e non condizionata da interessi commerciali, hanno nuovamente scelto di non richiedere sponsorizzazioni.

I regali e le sponsorizzazioni influenzano i destinatari (organizzatori e partecipanti al congresso, nel nostro caso) perché svolgono un ruolo mnemonico grazie al nome e il marchio della ditta impressi sul regalo, sulle locandine, sulle cartelline.

Il dono o la sponsorizzazione, inducono un sentimento di riconoscenza e di reciprocità, che spingono coloro che ne hanno beneficiato e ricambiare il favore orientando le proprie prescrizioni o scelte di acquisto verso chi ci ha offerto qualcosa (indipendentemente dal valore intrinseco dell'oggetto in sé) e perdendo quindi la propria preziosa imparzialità.

Inoltre, la sponsorizzazione o il dono (la valigetta, la biro, il buffet) hanno un costo il quale, in ultima analisi, ricade sempre sull'ultimo anello della catena (in genere il paziente che acquista il farmaco della ditta in questione).

Così, anche quest'anno, vi attende un congresso più sobrio, ma sicuramente, più libero!

il Consiglio di Presidenza della SIMM

per approfondire

www.nograziepagoio.it (sito appena rinnovato)
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0810200> (documento sulla gestione dei conflitti di interesse redatto dall'Institute of Medicine degli USA)
<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/169/9/887> (un interessante caso di influenza occulta)

L'attività di formazione della SIMM come provider ECM: brevi considerazioni sul primo anno di attività (2013)

Emma Pizzini^{°*}, Manila Bonciani[°], Martino Ardigò[°], Maria Laura Russo[°], Graziella Sacchetti[°], Maurizio Marceca^{°^}

[°] Componente del Comitato Tecnico per la Formazione (CTF) della SIMM

* Segretario per la Formazione (SF)

[^] Responsabile nazionale per la Formazione (RnF)

Introduzione

Il 2013 è stato il primo anno di attività per la SIMM come Provider ECM. Il XIII Congresso della nostra società scientifica è quindi l'occasione per formulare alcune valutazioni *'in itinere'* rispetto a questa nuova sfida (vedi contributo negli Atti dell'XI Congresso alle pagine 30-39) ed informare i soci sul suo andamento.

La formazione ECM: il quadro di riferimento in sintesi

Come noto, il processo di accreditamento degli eventi formativi riconosciuti con i crediti ECM per le professioni sanitarie vincolate al loro conseguimento annuale, è gestito dalla Commissione Nazionale ECM interna all'age.na.s. (agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). Chi ha avuto occasione di confrontarsi con gli aspetti procedurali dell'accREDITAMENTO di eventi in qualità di partecipante ai corsi (nella veste di docente o discente) ha potuto senz'altro farsi un'idea dei diversi adempimenti da soddisfare in fase di realizzazione; chi invece si è già cimentato in qualità di organizzatore di corsi (ricorrendo a provider esterni alla propria organizzazione o agli uffici competenti della stessa laddove già provider), ha preso consapevolezza del pesante carico organizzativo in termini di quantità di informazioni e documenti da produrre secondo gli standard previsti (compresa la parte economica), nonché dei vincoli relativi alle diverse scadenze di gestione della procedura che ne precedono e ne seguono lo svolgimento (dalla definizione della proposta di evento fino alla relazione conclusiva che lo 'chiude'). Tutta la pratica viene svolta online sul sito dell'age.na.s.

Assumere il ruolo di Provider ECM comporta superare la logica di governo del singolo evento per abbracciare quella di un progetto formativo riconoscibile attraverso un 'Piano' annuale comprensivo di numerosi eventi, da valutare e rendicontare sia individualmente che collettivamente. Anche per questa ragione la SIMM ha previsto, nel suo Regolamento (vedi art. 9), oltre all'individuazione di un Responsabile nazionale (RnF) e di un Segretario per la formazione (SF), anche quella di un Comitato tecnico (CTF) cui attualmente partecipano, oltre alle figure citate, altri 4 componenti scelti tra i soci.

Risultati principali del primo anno di attività (2013)

Per l'anno 2013 il Piano Formativo (PnF) della SIMM, formulato secondo le proposte

pervenute da parte dei soci e valutate dal CTF - la cui stesura definitiva avviene abitualmente nel mese di ottobre - ha previsto un totale di 15 eventi (14 di tipo 'residenziale' ed uno di 'formazione sul campo') con il coinvolgimento massimo previsto di 465 partecipanti e per una durata complessiva di 251 ore. La distribuzione geografica degli eventi proposti secondo le sedi regionali previste è stata la seguente: 7 nel Lazio, 2 in Sicilia, 2 in Piemonte, 1 in Lombardia, 1 in Friuli Venezia Giulia, 1 in Emilia Romagna, 1 in Toscana.

Dopo l'inserimento iniziale il Piano formativo è stato ridimensionato, per difficoltà di varia natura evidenziate da alcuni dei proponenti, a 9 eventi complessivi 'definitivi'; sono state inoltre inserite modifiche relative a parte degli eventi confermati, fino a raggiungere un target potenziale massimo di 495 partecipanti e di 114 ore di formazione prevista. Di questi 9 eventi ne sono stati successivamente cancellati due (sempre a motivo di difficoltà organizzative intercorse o insufficiente numero di iscrizioni).

Pertanto, se si considerano solo i 7 eventi effettivamente realizzati, il totale dei professionisti raggiunti (in quanto partecipanti a tutti gli effetti) è stato di 245 persone (sul massimo di 445 previste), con 95 ore di durata effettiva di formazione (ovviamente corrispondenti all'ammontare previsto): di questa, oltre il 50% (48 ore) è inquadrabile come 'attività formativa interattiva'. La tipologia di formazione svolta è stata quella 'residenziale' per tutti gli eventi realizzati. La distribuzione regionale degli eventi è stata la seguente: 3 nel Lazio, 2 in Sicilia, 1 in Piemonte, 1 in Friuli Venezia Giulia. Il numero di crediti complessivamente riconosciuto ai corsi svolti è stato di 120 crediti formativi.

La tabella che segue esplicita il titolo degli eventi e ne riassume le principali caratteristiche. Con riferimento allo scarto tra numero massimo di partecipanti previsti e numero di partecipanti effettivi, va precisato che questo è soprattutto riconducibile all'evento svolto in Piemonte che, trattandosi di un Convegno, ha comportato inevitabilmente una difficoltà di prevedere quanti dei partecipanti sarebbero stati interessati al conseguimento dei crediti ECM.

Titolo dell'evento formativo	tipo Formazione	Regione	partecipanti	
			max previsto	effettivi
Fare rete per la salute dei migranti: conoscenza, relazione, cura	residenziale	Lazio	25	26
Corso di aggiornamento e informazione sugli aspetti socio-assistenziali della medicina delle migrazioni	residenziale	Sicilia	30	28
Corso di aggiornamento e informazione sull'assistenza ai migranti per operatori socio/sanitari aziendali	residenziale	Sicilia	50	50
La salute straniera "indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera da parte delle regioni e province"	residenziale	Piemonte	200	75
I parti pretermine nelle donne straniere	residenziale	Lazio	60	21
Salute Globale. Uno sguardo sul mondo: salute delle donne e dei bambini	residenziale	Friuli Venezia-Giulia	30	27
Salute delle donne e dei bambini: nascere e crescere in un paese diverso dal proprio	residenziale	Lazio	50	17
TOTALE			445	244

Le 'dimensioni professionali' scelte per l'accreditamento di questi eventi formativi sono state: 'generale' (cioè tutte le professioni previste dall'ECM nazionale) in sei casi su sette; 'settoriale' (comprendente le professioni di medico chirurgo, ostetrica/o e infermiere) nel caso dell'evento centrato sul tema dei parti pretermine nelle donne straniere.

Dei 245 partecipanti, quasi il 72% è costituito da figure professionali sanitarie ed oltre il 22% da figure professionali non sanitarie (in circa il 6% il dato è mancante); prevale, come prevedibile, la figura del medico chirurgo (37,6%), seguita dalle figure professionali non sanitarie (22,4%) - rappresentate soprattutto dall'assistente sociale - da quella dell'infermiere (18%), dell'ostetrica (6,5%), dello psicologo (6,1%); esigua è risultata la partecipazione degli assistenti sanitari, dei tecnici sanitari, dei farmacisti, dei dietisti, etc.

L'impianto valutativo previsto dall'ECM in termini di soddisfazione dei partecipanti è particolarmente ricco ed articolato. Dei 261 questionari di valutazione raccolti (il numero è superiore a quello dei partecipanti perché per uno degli eventi - corrispondente all'accreditamento di due incontri del GrIS Lazio - i questionari sono stati compilati da parte dei partecipanti nelle due diverse occasioni), ci limiteremo pertanto a riportarne, schematicamente, gli elementi che riteniamo più informativi.

Rispetto all'*organizzazione complessiva* dell'evento, l'86,5% ha riferito di giudicarlo complessivamente tra 'molto soddisfacente' (42,9%) e 'ottimo' (43,6%); il 13,0% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'.

Riguardo la *valutazione del corpo docente*, il 96,5% dei partecipanti ha valutato la sua *preparazione* di livello elevato, avendogli attribuito un giudizio compreso tra 'molto soddisfacente' (37,5%) e 'ottimo' (59%); solo meno del 3% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'. Rispetto alla *chiarezza espositiva dei docenti*, oltre il 93% ha indicato che il corpo docente sia stato di livello elevato, avendo attribuito allo stesso una chiarezza espositiva tra il 'molto soddisfacente' (39,5%) e l'ottimale (53,6%); il 6,1% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'. Valutazioni decisamente positive sono state espresse anche sulla *disponibilità dei docenti a recepire le proposte dei partecipanti*, dove l'85,8% si è diviso tra 'molto soddisfacente' (37,5%) e 'ottimo' (48,3%), mentre circa il 9% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'. Anche riguardo alla *capacità di gestire e coordinare l'aula* i discenti hanno dato valutazioni positive: 88,5% tra 'molto soddisfacente' (40,6%) e 'ottimo' (47,9%), mentre meno dell'8% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'.

Rispetto alla *organicità e sequenzialità nella presentazione degli argomenti*, quasi il 90% lo ha complessivamente ritenuto tra 'molto soddisfacente' (40,2%) e 'ottimo' (49,6%), mentre l'8,4% lo ha giudicato 'abbastanza soddisfacente'. Riguardo alla *rispondenza delle aspettative in relazione ai contenuti*, quasi l'86% dei corsisti/formandi ha ritenuto la formazione proposta dalla SIMM all'altezza delle aspettative avendo ricevuto, sul piano dei contenuti, le informazioni desiderate (45,6% 'molto d'accordo' e 40,2% 'assolutamente d'accordo'); il 12,6% si è detto 'abbastanza d'accordo'. Inoltre, sempre rispetto ai *contenuti*, oltre il 93% degli intervistati si è detto 'molto' (44,1%) o 'assolutamente' (49%) d'accordo sul fatto che fossero *interessanti ed utili* ('abbastanza d'accordo' il 6,9%). Tali dati confermano e rafforzano quelli precedenti. Inoltre: oltre il 90% dei corsisti/formandi ha indicato di aver tratto dalla formazione proposta dalla SIMM *stimoli utili per una riflessione personale* (41% 'molto d'accordo' e 49,4% 'assolutamente d'accordo'); meno del 9% si sono dichiarati su questo 'abbastanza d'accordo'; oltre il 91% dei partecipanti ha inoltre ritenuto che la *formazione* propostagli sia stata *utile come stimolo per una riflessione da*



portare sul posto di lavoro (41,8% 'molto d'accordo' e 49,4% 'assolutamente d'accordo'); 'abbastanza d'accordo' poco meno del 9%; l'83,5% ha ritenuto i *contenuti trattati esportabili o comunque con ricadute pratiche nella propria pratica lavorativa* (38,7% 'molto d'accordo' e 44,8% 'assolutamente d'accordo'); 'abbastanza d'accordo' il 14,6%. 220 risposte su 261 (84,3%) hanno indicato che per i formandi i *contenuti scelti siano stati utili per il loro aggiornamento professionale* (37,2% 'molto d'accordo' e 47,1% 'assolutamente d'accordo'); 'abbastanza d'accordo' poco più del 12%.

In ultimo, con riferimento alla *utilità della pluridisciplinarietà dell'aula*, l'86,6% dei partecipanti ai nostri corsi ha riferito di essere 'molto d'accordo' (36%) o 'assolutamente d'accordo' (50,6%) sul fatto che sia utile confrontarsi con altre figure professionali ('abbastanza d'accordo' l'11,1%).

Criticità e prospettive: una sfida ancora aperta

La principale criticità incontrata ha riguardato il ritardo nell'avvio dei corsi proposti per il 2013, che li ha 'schiacciati' negli ultimi mesi dell'anno ed ha motivato il ritiro di diverse proposte iniziali. Tale ritardo è stato condizionato da una lunga fase di incertezza relativa al rischio che, per la configurazione giuridica propria della SIMM e stante l'attuale normativa, la formazione potesse assumere un peso eccessivo nella sua contabilità economica, posto che - malgrado non sia in alcun modo la motivazione per cui la SIMM vi si è impegnata - viene ritenuta un'attività commerciale a fini di profitto. Corollario a tale prolungata incertezza 'giuridico-economica' è stato il dubbio, poi risolto, su come gestire il flusso economico relativo alle iscrizioni ai corsi.

Inoltre, poste le scarse risorse economiche che la nostra Società è in grado di mettere a disposizione in questo ambito (oltre al pagamento della quota annuale al Ministero) e quindi l'impossibilità di garantire una stabile e forte segreteria organizzativa, si pongono due fondamentali esigenze: 1) che, sostanzialmente, l'attività che la SIMM mette in campo nella formazione sia in grado di autofinanziarsi (e questo è già di per sé un equilibrio difficile, poiché è nostra intenzione offrire formazione e aggiornamento a prezzi realmente accessibili a tutti); 2) che i soci che propongono l'evento rivestano il ruolo di referenti scientifici ma anche organizzativi, capaci di gestire il progetto nella sua completezza, fino a trasmettere alla segreteria centrale, secondo i tempi previsti, tutta la documentazione necessaria perché essa finalizzi la pratica per via informatica. A questo fine è stata predisposta, per i proponenti i corsi, una check-list con indicazioni chiare e sintetiche sulla gestione dell'intero processo.

A fronte di queste oggettive pesantezze amministrativo-burocratiche, va anche evidenziato come il riscontro finora ricevuto per i corsi già svolti nel 2013 sia sicuramente confortante, visti i numeri non trascurabili dei professionisti coinvolti, l'interesse delle tematiche affrontate ed il sistematico posizionamento medio-alto dei giudizi espressi sulle diverse aree di valutazione. Con la finalità di una maggiore distribuzione geografica delle iniziative di formazione e aggiornamento, è inoltre auspicabile che i GrIS possano svolgere un ruolo determinante nel promuoverle e supportarle nei territori da essi animati.

Dobbiamo essere consapevoli della notevole potenzialità che lo strumento formativo ricopre - nel formare coscienze, sviluppare professionalità e promuovere il confronto interdisciplinare e interistituzionale - per la promozione della salute di tutti ed il contra-



sto delle disuguaglianze, e del ruolo unico che la SIMM può esercitare in Italia a questo riguardo. Pensiamo pertanto di poter considerare quella della formazione ECM una sfida ancora aperta per la SIMM, rispetto alla quale l'anno 2014 potrà dare elementi di valutazione rilevanti.

Bibliografia

Marceca M, Pizzini E, Affronti M. *Il percorso di qualità della SIMM nella formazione pre- e post-laurea in ambito sociosanitario: un investimento strategico*. In: Affronti M, Geraci S, Marceca M, Russo ML (a cura di). *Atti dell'XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*. Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna, Lombard Key, 2011: 30-39.

Protocollo d'intesa tra la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI)

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)
e
l'Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI)

PREMESSO CHE

la SIMM ha tra le sue finalità la promozione e il coordinamento di attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia; la stimolazione di studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni; la costruzione di un forum per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato; il patrocinio di attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati; l'impegno per l'emersione al diritto all'assistenza sanitaria e quindi per una reale accessibilità delle prestazioni e più in generale per una reale e consapevole promozione della salute senza esclusioni;

e

l'ASGI ha tra i propri scopi quelli di promuovere l'informazione, la documentazione e lo studio dei problemi di carattere giuridico attinenti all'immigrazione, alla condizione dello straniero, dell'apollide e del rifugiato e alla disciplina della cittadinanza nell'ordinamento italiano; di mettere in luce i problemi giuridici che il fenomeno dell'immigrazione straniera pone nell'ordinamento nazionale e in quello internazionale, studiando le soluzioni e formulando le proposte; promuovere la cooperazione con persone, enti, associazioni aventi finalità analoghe; di intervenire e costituirsi in giudizio ovvero, se necessario, promuoverlo o resistere, per l'affermazione e tutela dei diritti e interessi dello straniero per le medesime finalità;

PREMESSO ANCHE CHE

la SIMM opera a livello locale tramite i Gruppi Immigrazione e Salute (Gr.I.S.) che realizzano nelle diverse realtà territoriali le finalità della SIMM e, in particolare, sono impegnati a trovare soluzione ai casi di diniego o di difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini dell'Unione europea e degli stranieri per una effettiva promozione della salute e accessibilità alle prestazioni;

l'ASGI, tramite i soci presenti nell'intero territorio nazionale, è impegnata a tutelare il diritto fondamentale alla salute di ogni cittadino dell'Unione europea e di ogni straniero, indipendentemente dalla condizione di soggiorno, e a vigilare, anche tramite la promozione di azioni in giudizio, affinché il diritto alla salute riconosciuto ai cittadini dell'Unione europea e agli stranieri in Italia sia effettivo;

CONDIVISA

l'esigenza di rendere più stretta la collaborazione che fino ad oggi si è realizzata in modo informale tra le Parti al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini dell'Unione europea e degli stranieri in Italia, in particolare attraverso l'effettivo accesso all'assistenza sanitaria e favorire il pieno rispetto delle previsioni di legge e degli Accordi Stato-Regioni-Provincie Autonome;

le Parti firmatarie del presente Protocollo si impegnano a:

- monitorare la concreta applicazione della normativa in materia di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini dell'Unione europea e degli stranieri al fine di individuare tanto le buone prassi quanto le situazioni di mancata o parziale applicazione della stessa;
- denunciare presso le diverse istituzioni competenti, anche tramite azioni in giudizio, le ipotesi di violazione del diritto costituzionale alla salute, di disapplicazione della normativa in materia di assistenza sanitaria agli stranieri e ai cittadini dell'Unione europea e degli Accordi Stato-Regioni-Provincie Autonome, assumendo ogni più opportuna iniziativa al fine di garantire l'effettivo accesso all'assistenza sanitaria dei cittadini dell'Unione europea e degli stranieri presenti sul territorio italiano;
- confrontarsi su questioni generali e su casi specifici inerenti il diritto alla salute dei cittadini dell'Unione europea e degli stranieri, con particolare attenzione alle categorie più vulnerabili, tra cui i bambini, le donne, i richiedenti la protezione internazionale, le vittime di tratta;
- collaborare alla realizzazione di iniziative culturali e scientifiche, compresa la promozione di eventi formativi e la pubblicazione di articoli o testi sulle tematiche di interesse comune.

Modalità di attuazione del Protocollo

Ciascuna Parte comunicherà all'altra i nominativi dei propri soci e/o volontari delegati a svolgere l'attività di coordinamento necessaria per la realizzazione degli obiettivi previsti dal presente Protocollo, con particolare attenzione agli ambiti locali.

Le segnalazioni di casi, proposte di intervento, richieste di confronto potranno avvenire, oltre che con le consuete modalità, anche attraverso i seguenti indirizzi e-mail creati per rendere più efficace la comunicazione tra le Parti: dirittoallasalute@asgi.it e dirittoallasalute@simmweb.it.

maggio 2014

Lorenzo Trucco

Presidente
Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione
ASGI

Mario Affronti

Presidente
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
SIMM

RELAZIONI

Dire, fare, partecipare: esperienze e riflessioni dai territori

Chiara Bodini

Centro di Salute Internazionale Università di Bologna (CSI) e People's Health Movement (PHM)

La legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), afferma che "L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, *garantendo la partecipazione dei cittadini*", e cita poi numerose volte la parola 'partecipazione', specificando che si tratta della 'più ampia partecipazione democratica' e che deve coinvolgere tanto gli operatori quanto gli utenti e i cittadini. Il termine torna costantemente – nei documenti programmatori nazionali, regionali e aziendali – fino a toccare un picco in anni recenti che accompagna la riorganizzazione territoriale dei servizi verso la formazione delle Case della Salute.

Le politiche per la salute degli immigrati rappresentano un ambito in cui la parola si spende molto, ma è legittimo (e sensato) chiedersi cosa 'partecipazione' davvero significhi, e cosa implichi. Benché infatti il concetto venga da lontano (Alma Ata ne ha sancito il legame fondante con la strategia di cure primarie integrate che va sotto il nome di Primary Health Care, PHC), la riflessione in termini di significati e implicazioni (e di conseguenza l'autorifles-

sività sulle pratiche) è per lo più sporadica ed esigua.

Dall'etimo latino (*pars*, parte, e *capere*, prendere), partecipare significa prendere parte (a, o di) qualcosa. Dunque prendere una parte, ma di cosa?

Sottinteso al cosiddetto 'approccio partecipativo' – ovvero all'utilizzo della partecipazione come strumento di programmazione e attuazione di politiche, servizi, interventi, azioni – non c'è tanto un metodo quanto un preciso statuto ontologico ed epistemologico. Quindi, rispondere alla domanda del 'che cosa' implica riflettere sui propri assunti circa chi siamo (chi è il soggetto che fa partecipare/che partecipa), che cosa è conoscenza (ciò che chiamiamo 'realtà') e come si arriva ad essa. Queste considerazioni rendono possibile e danno significato alla partecipazione stessa. Dal punto di vista ontologico, l'implicazione riguarda lo statuto dell'Altro, visto e rispettato nella sua alterità e non come un complemento dell'io (per identità o opposizione), come avviene nell'approccio dialettico. Accettare realmente l'alterità della persona, svincolandola da una definizione

stabilita unilateralmente a priori (o rispetto a un 'a priori' che è il soggetto che definisce), è presupposto fondante per una reale possibilità di dialogo e di relazioni mutualmente significative. Dal punto di vista epistemologico, la partecipazione poggia sull'idea che la conoscenza non è costruita da individui isolati nella loro propria soggettività, ma nelle relazioni che le persone intessono, e di/da cui sono intessute. La complessità della relazione intersoggettiva è il terreno in cui avviene la co-costruzione del significato e della conoscenza. Solo ponendo la relazione come fondamento e fonte di conoscenza è possibile costruire un contesto realmente partecipativo.

Alla base di questi spostamenti (di sguardo e pensiero) vi è l'apertura a cedere una parte del potere, che – come operatori, ricercatori, decisori nei servizi – deteniamo. È questo il passaggio critico su cui soffermarsi. Più che con le parole, forse,

con le pratiche, anche prendendo stimoli ed esempi da reti e movimenti che – dal basso – praticano questo approccio nella forte consapevolezza della sua portata politica in senso emancipatorio e di lotta alle disuguaglianze. Dire, fare, partecipare.

Bibliografia

- Baum F., *Participatory action research*, in «J Epidemiol Community Health» 2006; 60: 854-857.
- Freire P., *Pedagogia degli oppressi*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2004.
- Genat B., *Building emergent situated knowledges in participatory action research*, in «Action Research», 2009; Vol. 7(1): 101-115.
- Litsios S., *The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection*, in «International Journal of Health Services», 2002; Vol. 32(4): 709-732.
- Montero M., *Participation in Participatory Action Research*, in «Annual Review of Critical Psychology», 2000; Vol. 2: 131-143.

Formazione centrata sulla persona e processi centrati sulla comunità come approccio di promozione della salute dei migranti

Alessandro Rinaldi^{*°}, Maria Laura Russo^{*°}, Giulia Civitelli^{*°}, Maurizio Marceca^{*°}

* Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

° Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Probabilmente nessun operatore della salute confuterebbe oggi l'affermazione secondo cui gli interventi di promozione della salute e di assistenza dovrebbero essere centrati sulla persona; ma come possono essere applicati tali modelli se le persone che dovrebbero animarli con la loro professionalità sono state educate all'"obbedienza" e alla riduzione dell'essere umano al sintomo, della responsabilità al compito, della vita a probabilità statistica?

In particolare, la formazione medica è, di fatto, ferma al paradigma bio-riduzionista che appartiene al secolo scorso e che la rende inadeguata ad affrontare realtà o problemi sempre più polidisciplinari, multidimensionali, transnazionali e globali. Questa incapacità di percepire il 'globale' conduce all'indebolimento della responsabilità (in quanto ciascuno tende a essere responsabile solo del suo compito specializzato), nonché all'indebolimento della solidarietà (in quanto ciascuno non sente più, come vincolante, il legame con gli altri membri della società) (Morin, 2001).

È necessario quindi ripensare alla formazione dei futuri professionisti della salute – e certamente non solo i medici – coinvolgendoli direttamente nella costruzione del loro percorso formativo attraverso un confronto dialogico tra docente e discente. La valenza di questo approccio non è solo

metodologica ma anche politica in quanto tende a mettere in discussione il ruolo del docente come soggetto che determina 'cosa', 'quando' e 'come' gli studenti impareranno. Infatti, l'orientamento prevalente della formazione tradizionale (non solo quella in medicina) prevede ancora una politica in cui: l'insegnante è il detentore della conoscenza e lo studente è colui che la riceve; la lezione è il mezzo per versare la conoscenza in chi la riceve e l'esame è la misura del grado in cui è stata ricevuta; l'insegnante è il detentore del potere, lo studente è colui che obbedisce; la fiducia è minima; gli studenti sono meglio governati quando sono in uno stato costante o transitorio di paura; non c'è posto per la persona completa, ma solo per l'intelletto (Rogers, 1978; Freire, 2004; Knowles, 1996).

Riflettere sulla differenza che un processo partecipativo reale ed autentico può imprimere alla dimensione formativa, appare ancora più stringente per le tematiche che intrecciano 'salute' e 'migrazioni'. In questo ambito, difatti, non si tratta di aggiungere nuovi elementi tecnici, quanto di stimolare quello che viene chiamato 'apprendimento complesso' (o deutero-apprendimento) che comporta la modifica dei precedenti campi cognitivi dei soggetti (Bateson, 1977; Watzlawick 1974). Que-

sto cambiamento non avviene attraverso procedure automatiche o meccaniche, ma richiede attenzioni che sostengano la dimensione processuale dell'apprendimento volto all'acquisizione di capacità riflessive e consapevolezza critiche.

Questo tipo di formazione coinvolge interamente la vita degli studenti e delle studentesse, facendoli riflettere attivamente sulle implicazioni personali e non solo professionali del loro apprendimento. Per questo motivo, nella formazione centrata sulla persona, l'apprendimento da 'esito' diventa il 'processo' stesso del percorso formativo della persona, coinvolgendo anche altre dimensioni della sua esistenza. In questo modo il contenuto di ciò che si apprende, sebbene significativo, non è più l'unico obiettivo della formazione e i sentimenti e le passioni della persona sono considerati alla pari del suo intelletto (Rogers, 1978).

Per spiegare ancora meglio quanto fino ad ora abbiamo cercato di dire, riportiamo di seguito alcune riflessioni di due studentesse in medicina, del quinto e sesto anno di studi, che hanno partecipato ad un progetto di formazione centrato sulla persona e coordinato dalla Sapienza e dal Poliambulatorio della Caritas di Roma. Il progetto ha previsto il coinvolgimento delle studentesse e degli studenti di medicina per eseguire il monitoraggio della fruibilità dei servizi sanitari offerti agli stranieri STP/ENI sul territorio romano.

D. *"Penso che il mio percorso universitario non abbia sufficientemente stimolato la mia sensibilità! Solo adesso che cerco fuori dall'università ho potuto esplorare mondi in cui prima non mi potevo imbattere. Mi sono accorta che, per formarsi su certi argomenti, si deve per forza cercare al di fuori dell'Università, altrimenti si rischia di rimanere ignoranti."* Questa riflessione evidenzia come i

sistemi di insegnamento tradizionali, tra i quali l'università, siano insufficienti per educare le persone "all'era planetaria" nella quale viviamo. La scuola e l'università avevano come principale obiettivo quello di creare cittadini di uno stato nazionale dall'identità ben definita. Oggi, con l'avvento della globalizzazione e delle migrazioni in un contesto globalizzato, risulta necessario modificare questo mandato originario con quello di elaborare una cittadinanza planetaria che non sostituisca le tradizionali cittadinanze nazionali, regionali e locali ma le accompagni e le integri tutte quante, ponendo basi nuove per identità individuali e collettive che siano multiple, flessibili, complesse, evolutive. La formazione attuale, continuando a proporre mappe di saperi statiche che non riescono ad interagire con altre proposte di esperienze formative, finisce con il "produrre" individui incapaci di connettere tra loro differenti significati locali con un contesto globale più ampio e di produrre una visione integrata delle proprie esperienze e delle proprie vite. In sintesi, quella che da tempo viene definita come una "visione globale" (Bocchi, Ceruti; 2004).

L'incontro con persone provenienti da contesti socio-culturali differenti non può essere quindi gestito attraverso l'idea di un sapere concepito come enciclopedico, che ci faccia conoscere e riconoscere gli elementi propri di ciascuna nazionalità e cultura, ma è necessario esporsi, personalmente, alla comunicazione e alla contaminazione reciproca. Fornire nel processo formativo informazioni ed elementi nozionistici su quello che possono essere le "culture altre", oltre che rendere queste – erroneamente – monolitiche, rischia di consolidare gli stereotipi e i pregiudizi già presenti, sostenendo meccanicamente l'impostazione di relazioni isomorfe tra etnia, lingua e cultura (Marceca, Russo;

2012). La questione, invece, da affrontare, è quella di modificare la qualità dell'esperienza relazionale e questo comporta una particolare attenzione ai percorsi formativi, intesi come 'occasioni di applicazione protetta' come le cosiddette "palestre di salute globale".

La formazione quindi non può mirare alla costruzione di un individuo astratto e omologato, ma è necessario che si preoccupi di formare un cittadino individualizzato poiché questo è il tempo in cui l'unità non comporta necessariamente l'omologazione, e in cui la diversificazione non comporta necessariamente l'atomizzazione (Bocchi, Ceruti; 2004).

Questo processo di apprendimento che predispone all'incontro è quindi anche un processo di cambiamento personale durante il quale la persona, nello scoprire l'altro, scopre anche se stessa, e questo processo non è un percorso privo di dolore e di inquietudine come testimonia la narrazione seguente.

B. *"Studiavo l'ipertensione quando mi è apparsa davanti agli occhi. Credo fosse bulgara. Una donna. Dimostrava 40 anni. Viveva sotto un ponte. Sapevo che ci vivono in tanti ma non avevo mai realizzato che qualcuno lo facesse davvero. La sua descrizione su come, dove e da quanto tempo divideva la tenda con il compagno e persino la sua tosse rendevano tutto reale. Poi il medico se ne è andato e ci ha lasciato sole. Lei mi ha sorriso ha iniziato a chiedermi che facevo, che era bello che stessi lì per imparare. Mi sarei sotterrata. Mi sono vergognata di me stessa e del camice. Volevo solo sparire ai suoi occhi così sinceri, lei davvero era contenta per me, il suo sorriso era così vero. Io non ero altrettanto sincera e sicuramente doveva trasparire. Mi vergognavo della pietà che provavo per lei."*

La cosiddetta 'competenza culturale' va intesa non solo come un insieme di saperi

e abilità, ma – soprattutto – come un'attitudine positiva del soggetto a vivere le differenze, dove il punto di partenza diviene il riconoscimento della pari dignità dei diversi portati culturali e la messa in discussione della propria cultura come chiave universale a partire dalla quale interpretiamo la realtà ed organizziamo la nostra professione e la nostra vita (Berger, Luckmann; 1969). L'incontro con l'altro può portare ad una relazione autentica e pacifica se questa viene sviluppata in un clima di partecipazione in cui ogni singola persona vuole ed è in grado di ascoltare se stessa e l'altro nello spazio che con il loro interagire costruiscono. Questo tipo di relazione 'partecipata' può trasformarsi e rappresentare un rapporto di cambiamento, poiché il potere è distribuito in maniera uguale tra le parti che così possono fornire le condizioni per il cambiamento. Per far ciò è necessario avere la volontà di essere presente nella realtà vissuta dall'altro, di entrare nel suo mondo intimo, di non giudicarlo e di percepirlo come se fosse il proprio. In questo modo l'individuo raggiunge una maggiore autostima e una posizione più responsabile e sensibile nei confronti degli altri. Infine, la realtà e l'assenza di facciata in una delle parti inducono l'autenticità dell'altra e diventa possibile un incontro autentico (Rogers, 1978).

In un contesto sociale incerto come quello attuale, la formazione degli operatori della salute dovrebbe essere in grado di orientare le loro pratiche quotidiane coniugando la razionalità con la creatività, l'evidenza scientifica con i valori etici e la riflessione filosofica. Diverse sono le voci istituzionali e scientifiche che, a livello nazionale e internazionale, hanno sottolineato come la formazione dei professionisti della salute sia un elemento rilevante per affrontare le disuguaglianze di salute

che possono toccare diversi gruppi di popolazione, tra cui anche i migranti (Royal College of Physicians, 2010). Di particolare interesse è il richiamo che proviene dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri che nel 'Manifesto sul Multiculturalismo in medicina e sanità' approvato nel 2007, afferma che «una piena realizzazione del diritto alla cura in una società pluri-etnica raccomanda: La formazione del medico deve essere improntata al superamento delle concezioni dogmatiche e riduttive in medicina. Il medico in formazione deve acquisire nozioni di ordine psicologico, antropologico, etnologico e conoscenze relative alle concezioni di vita e della morte, della salute e della malattia, che gli permettano di inquadrare il paziente. La formazione professionale permanente deve porre particolare attenzione allo sviluppo di conoscenze, competenze e comportamenti che adeguino le capacità del medico di interpretare ed affrontare situazioni cliniche diverse, collocandole nel loro contesto esistenziale e sociale»¹.

Questo tipo di formazione non può avvenire quindi senza un'analisi critica della società in cui viviamo e senza l'ascolto delle persone che ne subiscono le contraddizioni patologiche e disumanizzanti. Solo lavorando insieme con le persone sarà possibile ricostruire e ridare nuovo senso alla funzione dei professionisti della salute.

Per formare medici e professionisti della salute in grado di "inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difenderne il diritto alla salute"² è importante ripensare radicalmente (andando alla radice) la formazione, prevedendo, attraverso un approccio centrato sulla persona, percorsi formativi che sappiano rispondere contemporaneamente ai bisogni for-

mativi delle studentesse (lasciando loro la libertà e la responsabilità di scegliere in base alle loro inclinazioni personali e ai loro interessi); e ai problemi/bisogni della comunità. (fig 1)



Figura 1.

Se l'approccio centrato sulla persona può essere riassunto secondo l'affermazione: "Non è che questo approccio conferisca potere alla persona; esso non glielo toglie mai"³, quello centrato sulla comunità può essere così espresso "Non è che questo approccio conferisca potere alla comunità; esso non glielo toglie mai". In questo modo il potere non è qualcosa che l'istituzione (in questo caso sanitaria) concede alla comunità ma è qualcosa che ad essa si riconosce come sua caratteristica/diritto fondante: non può esserci comunità senza partecipazione, non può esserci partecipazione autentica senza il potere di decidere, non può esserci salute senza il potere della comunità di decidere i termini della propria esistenza (*empowerment*) (Labonté, Laverack 2008).

L'aspetto più forte e significativo di un approccio centrato sulla persona e sulla comunità, sia in ambito formativo che assistenziale, è che esso offre un'alternativa vivente (nel senso che basta vivere in maniera diversa) ai modi attuali di prendere e gestire il potere e nel caso specifico la cura e la salute delle persone. E si tratta,



per dirla con le parole di Rogers "non solo in principio ma proprio di fatto, di una rivoluzione pacifica"⁴.

Chi scrive pensa che la SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni) possa far parte di questa 'rivoluzione', contribuendo a generare e diffondere una cultura centrata sulla persona rispettosa dell'altro e dei suoi diritti nel nome dell'unità nella diversità.

Note

- ¹ Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri 2007, *Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità*, in «la Professione» (2): 213-216.
- ² Maccacaro G.A., *Una Facoltà di Medicina capovolta*. Intervista pubblicata su «Tempo Medico», novembre 1971, in Maccacaro Giulio, *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979.
- ³ Rogers C.R., *Potere Personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*, Astrolabio, Roma 1978, p. 8.
- ⁴ *Ibidem*, p. 127.

Bibliografia

- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1977.
- Berger PL., Luckmann T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna 1969.
- Bocchi G., Ceruti M., *Educazione e Globalizzazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.
- Freire P., *Pedagogia degli oppressi*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2004.
- Knowles M.S., *Quando l'adulto impara*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Labontè R., Laverack G., *Health Promotion in Action. From local to global empowerment*. Palgrave Macmillan, Great Britain 2008.
- Marceca M., Russo M.L., *Il paziente straniero*, in «Salute e Territorio», 2012; 191: 124-7.
- Morin E., *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
- Rogers C.R., *Potere Personale. La forza interiore e il suo effetto rivoluzionario*, Astrolabio, Roma 1978.
- Royal College of Physicians Policy Statement 2010, *How doctors can close the gap. Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education*.
- Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R., *Change*, Astrolabio, Roma 1974.



Curare e prendersi cura: a Lampedusa e oltre. Sanità pubblica, accoglienza e tutela dei migranti forzati

Marco Mazzetti

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; Caritas di Roma, Area Sanitaria

“Prendersi cura” e “Curare”

“Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repubblica” (Costituzione della Repubblica Italiana, art. 10): non sembrano essere, queste, tra le parole più citate della nostra costituzione. Quando parliamo di migranti forzati siamo soliti citare norme, leggi locali, direttive e accordi europei, e la costituzione non è in genere il primo pensiero. Eppure l'articolo 10 è importante, come lo è il successivo articolo 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*. L'articolo 10 ci ricorda il valore della dignità umana, uguale per tutti gli individui, che si incardina nel diritto a godere delle libertà democratiche; l'articolo 32, che significativamente parla di individui, e non di cittadini, sancisce un diritto alla salute e alle cure che va al di là dello status giuridico dell'essere umano.

Questi due articoli possono, sono e devono essere la bussola che guida la nostra azione nei confronti dei migranti forzati, declinandola nella doppia dimensione del “curare” le malattie per proteggere la salute, e del “prendersi cura” della persona nel suo complesso, per onorarne la dignità umana.

Eppure, se già la questione della *cura* appare non molto onorata, quella del *prendersi cura* sembra ancora più negletta. Anche in occasione dei fatti di cronaca che hanno portato alla ribalta dei mezzi di comunicazione le odissee dei migranti forzati, come la tragedia avvenuta a Lampedusa nell'ottobre 2013, entrambe appaiono trascurate.

Certamente il naufragio ha opportunamente sollevato questioni basilari su come prevenire eventi simili, proteggere la vita dei richiedenti asilo e predisporre leggi e norme in grado di onorare la civiltà e proteggere il bene assoluto della vita umana, e a questo proposito la posizione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) sull'argomento è stata autorevolmente espressa dal Presidente (Affronti, 2013) e da altri membri (Maciocco e Marceca, 2013).

Tuttavia, la tragicità dell'evento, e l'impressione che hanno destato le centinaia di bare allineate nell'hangar dell'aeroporto di Lampedusa, non sembrano essere riuscite a scuotere le coscienze sonnacchianti di chi ha la responsabilità di agire.

La questione è non solo di proteggere vite umane dai naufragi, ma anche di curare e onorare le persone che con coraggio si avvicinano alle nostre coste, quelle stesse donne, bambini e uomini che spesso sono sprezzantemente definiti “disperati” nelle

enfatiche e superficiali cronache dei mezzi di comunicazione, e che al contrario sono persone coraggiose, piene di speranza nel futuro, tenaci e non rassegnate a subire le violenze e i soprusi di alcune delle peggiori dittature dei tempi contemporanei.

Proteggere le vite di questi profughi significa anche onorare la loro qualità umana. Ma eventi come questo, che purtroppo si ripetono con triste regolarità, anche se con numeri fortunatamente meno imponenti, nella loro tragicità rischiano di mettere in secondo piano la dimensione prettamente sanitaria di questi sbarchi, cioè la questione della "cura". La questione non è infatti solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo, e di farlo in un modo onorevole per la loro dignità, onorando l'articolo 10 della nostra Costituzione, ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcati, secondo quanto ci richiede l'articolo 32.

Curare

Questo tema è rilevante, e non merita di essere messo in ombra da quello predominante sulla prevenzione delle tragedie. La questione della cura e della protezione della salute dopo lo sbarco è altrettanto importante, e per questa non sono ammessi alibi: non è possibile cercare giustificazioni nell'imprevedibilità degli eventi, nella mancata assistenza degli altri paesi europei, nella malvagità dei trafficanti di esseri umani. Proteggere la salute di chi è riuscito a sbarcare vivo sulle nostre coste è una responsabilità del tutto italiana.

La questione sanitaria può essere distinta in tre aree: l'emergenza allo sbarco, la prevenzione e la protezione della salute psichica.

1. L'emergenza sanitaria allo sbarco

I principali problemi clinici che i richiedenti asilo presentano al momento dello

sbarco sono essenzialmente legati alle condizioni del loro percorso migratorio. Possono essere riassunti in questi punti:

- Patologie da agenti fisici. I più comuni sono colpi di calore, colpi di sole, assideramento (secondo le condizioni climatiche in cui avviene la navigazione), lesioni da decubito dovuti alla posizione forzata senza possibilità di movimenti sui barconi, aggravata da agenti chimici quali l'acqua salmastra o il gasolio che spesso sporcano i luoghi in cui i naviganti si siedono.

- Patologie indotte o aggravate dalle condizioni del trasporto. Le più pericolose sono quelle dovute alla disidratazione, che hanno determinato ad esempio casi documentati di gravi insufficienze renali, talora mortali.

- Condizioni cliniche legate alla gravidanza o al parto. Come le cronache ci hanno spesso ricordato, molte profughe approdano in stato di gravidanza, anche avanzata, o subito dopo aver partorito. In genere non si tratta di donne che hanno iniziato la loro fuga dopo aver concepito, ma di vittime di gravidanze forzate, avviate a seguito di stupri spesso ripetuti (abbiamo molte testimonianze di nostre pazienti che hanno in particolare subito stupri per lunghi periodi durante le detenzioni in Libia).

- Ambito pediatrico. Gli sbarchi dell'ultimo anno hanno evidenziato una situazione cui non eravamo abituati: molti bambini partecipano alle spedizioni, in particolare dalla Siria. Questo dipende dal fatto che le caratteristiche socio-demografiche dei richiedenti asilo da quella nazione (e in parte anche dall'Egitto) sono diverse dai flussi precedenti. Si tratta di famiglie di estrazione borghese (professionisti, commercianti, funzionari pubblici), abituate a uno stile di vita sostanzialmente simile a quello di molti di noi, che partono con la famiglia contando su buone risorse

finanziarie, e si trovano coinvolti inaspettatamente in situazioni di rischio come quelle dei trasbordi clandestini. La presenza di bambini accresce il rischio di patologie da agenti fisici, o causate dalle condizioni del trasporto, date le minori capacità di compenso biologico dei piccoli, e accentua la necessità di pianificare interventi di protezione psicologica, descritti più avanti. Richiede anche che siano predisposte procedure burocratiche appropriate ed efficienti per la gestione dei piccoli rimasti orfani durante gli eventi, per rintracciare rapidamente eventuali familiari superstiti in patria o altrove, e garantire gli opportuni ricongiungimenti familiari.

Queste situazioni cliniche richiedono la predisposizione di strutture appropriate in grado di dare le risposte emergenziali necessarie. Non riteniamo che debbano essere organizzati presidi specialistici appositi a Lampedusa, o in altri luoghi relativamente isolati, ma che debbano essere predisposte soprattutto procedure di rapida evacuazione verso una serie di centri di riferimento regionali e nazionali in grado di offrire le risposte cliniche più appropriate. L'emergenza sanitaria a Lampedusa *non* è un'emergenza! Gli sbarchi si susseguono ormai da un ventennio, e non possono più essere gestiti con dilettantismo e approssimazione, o peggio con mala fede, per creare casi da sfruttare politicamente.

2. La prevenzione

Una volta sbarcati, i richiedenti asilo sono spesso ammassati in ricoveri di cui non siamo fino a ora riusciti a conoscere nel dettaglio le caratteristiche igieniche; non riusciamo nemmeno ad avere informazioni sulla qualità nutrizionale dei cibi che vengono somministrati.

Le informazioni di cui disponiamo, quindi, provengono essenzialmente da

fonti giornalistiche e dalle testimonianze dei nostri pazienti, quando giungono alla nostra osservazione in angoli diversi d'Italia; queste due fonti (*reportages* e pazienti) sono pienamente coerenti tra loro.

Le informazioni (non di prima mano, come dicevo, ma attendibili) parlano di ricoveri spesso straordinariamente sovraffollati, con carenza di servizi igienici e di acqua corrente, con protezione da agenti termici (caldo e freddo) inappropriata, soprattutto in alcuni periodi dell'anno e in certe condizioni climatiche (com'è avvenuto, tra l'altro, durante i giorni di pioggia che sono seguiti al naufragio del 2 ottobre 2013).

Condizioni igieniche di questo tipo sono patogene. Agevolano lo sviluppo di patologie infettive delle vie respiratorie, infezioni gastro-intestinali e altri disturbi del tubo digerente, patologie muscolo-scheletriche e aggravano quadri clinici preesistenti. Creano inoltre le premesse per il diffondersi di epidemie. È fondamentale, per un'appropriate prevenzione primaria e secondaria delle malattie, che una situazione del genere, del tutto inaccettabile sul piano sanitario, sia cancellata.

Com'è facile intuire, condizioni simili sono ancora meno accettabili quando coinvolgono minori.

È una situazione interamente sotto la responsabilità delle autorità della Repubblica Italiana, e non può trovare nessun tipo di giustificazione. Non esistono alibi né cause da addebitare allo scarso supporto delle altre nazioni europee, alla malvagità dei trafficanti o alla scarsa cooperazione da parte delle nazioni nord-africane. È una responsabilità totalmente italiana quella di tutelare la salute di poche centinaia di persone che si trovano su una porzione del nostro territorio nazionale: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Un paese come l'Italia non può definire gli sbarchi a Lampedusa come un'emergenza, giacché si replicano con regolarità da lustri, e non è accettabile che ancora non esistano collaudate procedure di rapida evacuazione dei richiedenti asilo in altri luoghi del territorio nazionale, in modo da offrire loro condizioni igieniche appropriate alla vita di esseri umani. Questo nonostante il paradosso di un documento del Ministero della Salute (2012) dal titolo "Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole" che dà esattamente indicazioni di questo tipo.

3. La protezione della salute psichica

Molti richiedenti asilo che sbarcano a Lampedusa sono stati vittime di torture, violenze e altri eventi traumatici, come la minaccia di perdere la propria vita, o aver assistito alla morte violenta di altri vicino a loro. Abbiamo già ricordato quanto spesso le donne che riescono a mettersi in salvo in Italia siano state vittime di stupri.

Aver subito esperienze di questo tipo può determinare diversi quadri clinici psichiatrici: disturbo da stress post-traumatico, crisi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi della concentrazione, del pensiero e della memoria, disturbi somatoformi, suicidio (Aragona e coll., 2013, Kaltman e coll., 2010, Fazel e coll., 2005, Eisenman e coll., 2003). Molti nostri pazienti sbarcano con esperienze simili nel nostro paese, e per molti, com'è stato sicuramente il caso del naufragio di Lampedusa, la stessa navigazione e la sua conclusione si configurano come un evento traumatico di primaria gravità. La letteratura psichiatrica ci insegna che persone già traumatizzate sono più a rischio in caso di nuovi traumi, per una maggior vulnerabilità psichica residua (Mollica e coll., 1998a, 1998b, Breslau e Kessler, 2001, Rasmussen e coll. 2007).

A soggetti in queste condizioni è fondamentale garantire un'assistenza clinica immediata per la gestione psichica dell'esperienza traumatica appena vissuta, con opportune procedure di *debriefing* (le stesse che sono normalmente applicate in caso di catastrofi naturali in Italia, e per le quali ci sono ampie competenze professionali nel nostro paese), interventi specialistici in ambito psicotraumatologico (ad esempio con *l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR, Shapiro, 2001, 2012) e offrire condizioni di vita che aiutino il recupero.

Prendersi cura

La letteratura psichiatrica è ormai ricchissima di evidenze secondo cui le cosiddette "*post-migration living difficulties*" (difficoltà esistenziali post-migrazione), cioè le condizioni di vita che i rifugiati trovano nel paese ospite, giocano un ruolo paragonabile all'entità stessa del trauma originario nel determinare la salute psichica, e in alcuni casi anche maggiore (Gorst-Unsworth e Goldenberg, 1998, Aragona e coll., 2012). Pazienti con traumi gravi che trovano eccellenti condizioni di accoglienza sviluppano patologie meno severe di pazienti che subiscono traumi di minore entità ma che trovano situazioni di vita molto deteriorate nel paese ospite. Nel caso delle vittime dei naufragi sulle nostre coste, alla severità del trauma si aggiungono spesso condizioni di accoglienza inadeguate, che agiscono come fattore moltiplicatore del trauma.

Abbiamo inoltre già accennato a come queste situazioni richiedano un'attenzione ancora maggiore quando negli eventi sono coinvolti bambini e adolescenti. Procedure di rapida presa in carico complessiva (pediatrica, psicologica ed educativa) sono in questi casi ancora più necessarie.

Tuttavia il fatto di "prendersi cura" dei

migranti forzati non deve avere solo lo scopo, pur prezioso, di prevenire la psicopatologia. Ci sono altre buone ragioni per farlo, di ordine più generale, che hanno a che fare con la creazione di un ambiente sociale salubre, civile: in altre parole un paese buono per vivere.

Vale la pena di ritornare alle parole dei padri costituenti, che hanno sancito, tra i "Principi Fondamentali", che *"la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo"* (art. 2 della Costituzione), perché tutti *"hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"*, ed *"è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che (...) impediscono il pieno sviluppo della persona umana"* (art. 3).

Personalmente credo nel valore di questi principi fondamentali, per costruire una società sana e prospera.

Le persone che giungono da noi, che ci onorano scegliendo l'Italia come luogo di approdo, in cui rifondare la loro vita, hanno il diritto di poter realizzare il loro pieno sviluppo come persone, per il loro bene, e per poter adempiere il loro *"dovere di svolgere (...) un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società"* (art. 4).

Quando ci prendiamo cura dei richiedenti asilo offrendo loro condizioni di accoglienza dignitose, cure appropriate per le loro necessità di salute, percorsi di inserimento efficaci per l'apprendimento della lingua italiana, opportunità di formazione e di inserimento lavorativo, non stiamo solo compiendo un'azione umanitaria. Stiamo anche offrendo un servizio al nostro paese: stiamo costruendo nuovi cittadini in grado di contribuire al bene comune, e stiamo progettando un futuro prospero per i nostri figli e per l'Italia di domani.

Conclusioni

La tragicità dei naufragi di migranti forzati sulle coste italiane, e in particolare di quello avvenuto a Lampedusa il 2 ottobre 2013, hanno avuto un impatto mediatico intenso, cui tuttavia non sembra aver fatto seguito un'appropriata assunzione di responsabilità riguardo alla salute pubblica e all'igiene mentale da parte delle autorità italiane.

Le condizioni di accoglienza sono spesso inaccettabili rispetto a principi elementari di salute pubblica e d'igiene mentale e svolgono un'azione direttamente patogena per i richiedenti asilo sopravvissuti agli sbarchi. Queste condizioni assumono una gravità ancora maggiore quando a essere coinvolti sono i minori. Essendo azioni promosse, o sotto la responsabilità delle autorità italiane, sono inaccettabili sul piano etico, e in diretto contrasto con alcuni principi fondamentali della Costituzione della Repubblica Italiana. Appaiono in particolare fuorilegge rispetto all'articolo 32, e offendono la coscienza di noi operatori della salute, che abbiamo il dovere di protestare con fermezza contro questa situazione inaccettabile.

E, come cittadini italiani, possiamo lasciarci esortare a cogliere nella giusta prospettiva il momento storico cui stiamo partecipando, per costruire un futuro all'altezza della nostra storia e della dignità umana, da questa poesia di Erri De Luca (2013):

Abbiamo amato

*Abbiamo amato l'Odissea, Moby Dick,
Robinson Crusoe,
i viaggi di Sindbad e di Conrad,
siamo stati dalla parte dei corsari e dei rivoluzionari.
Cosa ci fa difetto per non stare con gli acrobati di oggi,
saltatori di fili spinati e di deserti,*

*accatastati in viaggio nelle camere a gas delle stive,
in celle frigorifere, in container, legati ai semiassi di autocarri?
Cosa ci manca per un applauso in cuore,
per un caffè corretto al portatore di suo padre in spalla
e di suo figlio in braccio
portato via dalle città di Troia, svuotate dalle fiamme?
Benedetto il viaggio che vi porta, il Mare Rosso che vi lascia uscire,
l'onore che ci fate bussando alla finestra.*

Bibliografia

- Affronti M. (2013), *Un comunicato della SIMM sulle morti di un'umanità coraggiosa*, www.simmweb.it, 7 ottobre 2013.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2012), *Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study*, in «Italian Journal of Public Health», 9, 3: 7525-1-8.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2013), *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, in «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», vol. 49, 2: 169-175.
- Breslau N., Kessler R.C. (2001), *The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder. An empirical investigation*, in «Biological Psychiatry», 50, 699-704.
- De Luca, E. (2013), *Abbiamo amato*. <http://it-it.facebook.com/notes/erri-de-luca/abbiamo-amato/10150324446092777> (20 ottobre 2013).
- Eisenman D.P., Gelberg L., Liu H., Shapiro M.F., *Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence*, in «J.A.M.A.» 2003; 90: 627-34
- Fazel M., Wheeler J., Danesh J., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, in «Lancet», 2005; 365(9467): 1309-14.
- Gorst-Unsworth C., Goldenberg E. (1998), *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile*, in «Br. J. Psychiatry»; 172: 90-4
- Kaltman S., Green B.L., Mete M. et al., *Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants*, in «Psychol Trauma» 2010; 2: 31-9
- Maciocco G., Marceca M. (2013), *Via il reato di immigrazione illegale*, in «Salute Internazionale», <http://www.saluteinternazionale.info/2013/10/via-il-reato-di-immigrazione-illegale/> (7 ottobre 2013).
- Mazzetti M. (2008), *Trauma and Migration. A Transactional Analytic Approach towards refugees and torture victims*, in «Transactional Analysis Journal», 38, 4, 2008: 285-302.
- Ministero della Salute (2012), *Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole*, Roma: Ministero della Salute, 6 giugno 2012. [http://www.salute.gov.it /imgs/C_17_newsAree_2294_listaFile_itemName_0_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_2294_listaFile_itemName_0_file.pdf).
- Mollica R.F., McInnes K., Pool C., Tor S. (1998a), *Dose effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence*, in «British Journal of Psychiatry»; 173, 482-488.
- Mollica R.F., McInnes K., Pham T., Smith-Fawzi M.C., Murphy E., Lin L. (1998b), *Dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group*, in «Journal of Mental and Nervous Disease», 186, 543-553.
- Rasmussen A., Rosenfeld B., Reeves K., Keller A.S. (2007), *The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants*, in «Journal of Mental and Nervous Disease», 195, 137-143.
- Shapiro F. (2001), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, Guilford Press, New York.
- Shapiro F. (2012), *Getting Past Your Past*, Rodale, New York.

L'introduzione di linee guida per la presa in carico dei titolari di protezione internazionale che hanno subito violenze estreme: un'importante evoluzione in atto

Gianfranco Schiavone

Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione - ASGI

La presenza di vittime di tortura e di traumi estremi tra i richiedenti asilo non è affatto episodica o residuale¹ ma costituisce una situazione diffusa che richiede pertanto interventi strutturati in modo da rispondere efficacemente alle necessità di questa parte della popolazione rifugiata; numerosi studi pubblicati su riviste scientifiche internazionali, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Salute e delle organizzazioni governative e non governative che tutelano i diritti umani, hanno infatti messo in evidenza che i richiedenti asilo e i rifugiati hanno un'alta probabilità di essere stati vittime di torture o violenze intenzionali. Stimare con precisione la dimensione del fenomeno è tuttavia estremamente difficile, talvolta impossibile², per motivi legati alla scarsa sensibilità politica, alla mancanza stessa di strumenti di rilevazione, alla difficoltà emozionale delle vittime nel raccontare la propria storia (per vergogna, sensi di colpa, o per la perdita nella fiducia nell'essere umano, etc).

La dimensione della problematica della presa in carico e della riabilitazione dei rifugiati vittime di tortura, anche valutata la complessità dell'intervento socio-sanitario richiesto, richiederebbe senza dubbio l'attuazione di un programma nazionale che coinvolga, con disposizioni a regime (e non tramite singoli progetti di durata variabile ma comunque per loro

stessa natura transitori), il servizio sanitario nazionale sia in sede di programmazione nazionale che regionale. Diversamente *"La situazione italiana relativa all'accoglienza e alla presa in carico di richiedenti e titolari di protezione in condizioni di vulnerabilità mostra infatti, come dato strutturale, di essere caratterizzata dall'assenza di un piano nazionale che definisca strategie di azione, ruoli, funzioni e modalità di coordinamento dei vari servizi pubblici coinvolti, ivi comprese le aziende sanitarie, nonché le modalità con cui condurre un monitoraggio scientifico sul fenomeno. I diversi progetti finanziati sul tema dell'assistenza a soggetti in condizioni di vulnerabilità si realizzano frequentemente senza una cornice di coordinamento e senza che a livello decisionale sia previsto un momento di verifica e di sintesi degli esiti raggiunti dalle varie sperimentazioni con l'obiettivo di giungere ad una progettazione a regime dei servizi da garantire a queste tipologie di utenza. Si evidenzia altresì come gli interventi a favore dei richiedenti e dei titolari di protezione realizzati a cura delle autorità centrali dello Stato sono ancora concepiti come esclusivamente relativi alla, pur predominante, competenza del Ministero dell'Interno, e non sono ancora oggetto di una specifica attenzione anche da parte delle autorità centrali sanitarie, del welfare e del lavoro, non cogliendo in tal modo la rilevanza dell'intera materia sotto il profilo della tutela della salute individuale e collettiva e*

neppure sotto il profilo della rilevanza della presenza dei rifugiati quali risorse per l'economia e la società italiana. Mentre la presenza di situazioni vulnerabili richiederebbe tempestività di riconoscimento, continuità nella presa in carico, multidimensionalità dell'intervento, l'attuale assetto del sistema di accoglienza moltiplica gli elementi di incertezza e l'aleatorietà dei percorsi di presa in carico, lo scarso coordinamento tra differenti strutture e servizi per l'accoglienza crea un forte rischio di dispersione³.

La consapevolezza del Legislatore europeo della necessità di porre una maggiore attenzione alla condizione dei rifugiati vittime di tortura è stata nel corso dell'ultimo decennio invero assai modesta, anche se va riconosciuto che vi è stato un lento processo di miglioramento delle scarse disposizioni in materia. Rinviando ad altra sede, per ragioni di spazio, l'esame delle disposizioni contenute nella Direttiva 2013/32/UE (procedure) e nella Direttiva 2013/33/UE (accoglienza) che fanno riferimento al tema delle vittime di tortura, concentriamo in questa sede l'attenzione sulla sola Direttiva 2011/95/UE del 13 dicembre 2011 (cd. direttiva qualifiche). Tale direttiva, all'art. 30, dispone che *"Gli Stati membri forniscono adeguata assistenza sanitaria, ivi incluso se necessario, il trattamento dei disturbi psichici, secondo le stesse modalità previste per i cittadini dello Stato membro che ha concesso la protezione, ai beneficiari di protezione internazionale che presentano particolari esigenze, quali le donne in stato di gravidanza, i disabili, le vittime di torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale, o i minori che abbiano subito qualsiasi forma di abuso, negligenza, sfruttamento, tortura, trattamento crudele, disumano o degradante o che abbiano sofferto gli effetti di un conflitto armato"*.

Alla sopraccitata direttiva è stata data attuazione nell'ordinamento italiano con il D.Lgs 21 febbraio 2014 n. 18 (vigente dal 22 marzo 2014) che all'art. 27 del D.Lgs 251/07 (decreto legislativo che recepiva la precedente direttiva 2011/95/UE), dopo il comma 1 ha introdotto il seguente comma 1bis:

"Il Ministero della salute adotta linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario da realizzarsi nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente"

La previsione introdotta dal citato D.Lgs 18/2014 costituisce un'innovazione di rilevantissimo rilievo che potrebbe condurre al tanto atteso salto di qualità nella tutela socio-sanitaria dei rifugiati vittime di tortura; la norma riconferma la piena competenza e centralità del sistema sanitario nazionale ad occuparsi di una tematica da sempre erroneamente percepita come marginale e che viene invece riconosciuta degna di un'attenzione specifica, accantonando l'idea (che sarebbe stata nefasta) di costituire enti ad hoc per occuparsi dei percorsi di cura delle vittime di tortura. L'emanazione delle linee guida (correttamente affidata al Ministero della salute e non a quello dell'Interno) dovrebbe permettere di definire le procedure da seguire presso qualsiasi ente del servizio socio-sanitario pubblico o convenzionato finalizzate a garantire celeri percorsi di emersione e di presa in carico dei rifugiati vittime di tortura, uniformando gli standard su tutto il territorio nazionale e inse-

rendo altresì percorsi strutturati di formazione interdisciplinare (oggi mancanti) su questa delicatissima materia per tutti gli operatori della sanità.

Note

¹ "Una prima review effettuata da Baker nel 1992 e pubblicata dall'Università di Cambridge ha messo in evidenza che fra il 5% e il 35% dei rifugiati presenti in Europa hanno subito torture nel paese di provenienza. In base a queste stime Engstrom e Okamura nel 2004 (*A plague of our time: torture, human right, and social work*) hanno stimato che i rifugiati vittime di torture nel mondo oscillavano fra 600.000 e 3.4 milioni. Nel 2004 il Centro per le vittime di tortura del Minnesota ha stimato in circa 500.000 le persone sopravvissute alla tortura regolarmente presenti negli USA. Altri studi (Bojholm et al.) stima fra il 20% e il 30% la prevalenza delle vittime di tortura fra i rifugiati. Jaransen nel 2004 in una ricerca su 1.134 rifugiati somali e oromo ha calcolato la prevalenza della tortura per ciascun gruppo, riscontrata nel 36% del somali e nel 55% degli oromo. Fazel et al., nel 2005 ha studiato la prevalenza di gravi disturbi mentali in 7.000 rifugiati presenti in 7 paesi occidentali, compresa l'Italia, evidenziando che i rifugiati hanno 10 volte la

possibilità di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress rispetto alla popolazione autoctona. Recentemente (2009) Zachary et al. hanno diffuso una sistematica review di 5.904 articoli pubblicati fra il 1980 e Maggio 2009, per valutare la relazione fra la tortura e altri potenziali eventi traumatici e la prevalenza del Disturbo post traumatico da stress (PTSD) e la Depressione in 81.866 persone provenienti da 40 differenti paesi. Evidenziano come la tortura sia endemica nei paesi in conflitto (29 dei 40 riportati) e rilevano che il 21% dei partecipanti allo studio hanno riportato esperienze personali di tortura. Quest'ultima è presente nel 23.6% delle persone affette da PTSD e nel 11.4 % affette da depressione. Gli autori concludono affermando che la tortura emerge come il più forte fattore associato con il PTSD mentre l'esposizione a altri potenziali eventi traumatici è responsabile della depressione. Infine l'OMS stima al 20% la prevalenza di gravi disturbi psichici nelle società esposte a emergenze umanitarie (Van Ommeren et al., 2005) [in "Il Diritto alla Protezione" pubblicazione a cura di ASGI ed altri, FER – programma annuale 2009 – azione 2.1.A].

² Si veda Jaranson et al., 2004.

³ Linee guida per un'accoglienza integrata ed attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, pubblicazione FER 2009. <http://www.serviziocentrale.it/file/server/file/Pubblicazione%20Lineeguida.pdf>.

Il Progetto Rifugiati del Comune di Modena

Paolo Gobbi

Coordinatore Progetto Rifugiati, Modena

Il Sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati

A partire dalle esperienze di accoglienza decentrata e in rete, realizzate tra il 1999 e il 2000 da associazioni e organizzazioni non governative, nel 2001 il Ministero dell'Interno – Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e l'Alto commissariato delle Nazioni unite per i rifugiati (UNHCR) siglarono un protocollo d'intesa per la realizzazione di un "Programma nazionale asilo" (PNA).

Nasceva così il primo sistema pubblico per l'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati, diffuso su tutto il territorio italiano, con il coinvolgimento delle istituzioni centrali e locali, secondo una condivisione di responsabilità tra Ministero dell'Interno ed enti locali.

La legge n.189/2002 ha successivamente istituzionalizzato queste misure di accoglienza organizzata, prevedendo la costituzione del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR). Attraverso la stessa legge il Ministero dell'Interno ha istituito la struttura di coordinamento del sistema - il Servizio centrale di informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico agli enti locali - affidandone ad ANCI la gestione.

Il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) è costituito dalla rete degli enti locali che – per la realizza-

zione di progetti di accoglienza integrata – accedono, nei limiti delle risorse disponibili, al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. A livello territoriale gli enti locali, con il prezioso supporto delle realtà del terzo settore, garantiscono interventi di "accoglienza integrata" che superano la sola distribuzione di vitto e alloggio, prevedendo in modo complementare anche misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico.

Con il bando per il triennio 2014-2016 si è visto un importante ampliamento della rete SPRAR, da 3.000 a 16.000 posti di accoglienza a livello nazionale.

Il Comune di Modena ha partecipato ininterrottamente alla rete PNA/SPRAR a partire dal 2001, gestendo direttamente il progetto all'interno delle attività del proprio Centro Stranieri

Il Centro Stranieri, attivo dagli anni novanta, è l'unità operativa specializzata del Comune che ha accompagnato nel tempo, anche trasformandosi, le attività di accoglienza, orientamento e integrazione dei cittadini immigrati, tra i quali richiedenti e titolari di protezione internazionale.

La metodologia di lavoro adottata per la gestione di questi servizi ed attività è incentrata sul progetto personalizzato individuale ed integrato, co-costruito con il beneficiario, sul modello di lavoro di rete, in integrazione con i diversi soggetti coin-

volti, su una forte disponibilità all'ascolto e al dialogo, su un'intensa e sistematica integrazione professionale ed operativa tra le diverse figure professionali (del sociale e del sanitario) e della società civile che interagiscono nel contesto e con i beneficiari, per incrementare il grado di flessibilità e la capacità di risposta degli interventi, garantirne l'efficacia rispetto a bisogni complessi, promuovere percorsi di integrazione sostenibili.

È all'interno del Centro Stranieri e di questo quadro istituzionale, strettamente inserito nel sistema complessivo di servizi ed attività del Comune, che rientra il progetto di accoglienza integrata destinato a richiedenti e titolari di protezione internazionale attivo a Modena. Il progetto gestisce, attraverso un'équipe di operatori dedicata, in sinergia costante con la rete dei servizi, delle associazioni e delle istituzioni operanti sul territorio, servizi di accoglienza integrata, di orientamento, accompagnamento e tutela, con l'obiettivo di garantire misure di assistenza e di protezione alla singola persona e di favorirne il percorso verso l'autonomia e l'integrazione fondato sull'empowerment.

Nel corso di oltre 10 anni di attività il numero di posti e la tipologia di beneficiari si sono modificati; attualmente il Progetto Rifugiati è destinato all'accoglienza di 50 richiedenti protezione internazionale o titolari di protezione (asilo politico, protezione sussidiaria, motivi umanitari). L'accoglienza è oggi destinata a singoli uomini adulti; per effetto di un elevato turn over legato alla durata prevista dei percorsi di accoglienza, il Progetto registra oltre 90 presenze l'anno.

Il personale.

L'équipe SPRAR è composta da:

1 Responsabile Area Integrazione Sociale

1 Coordinatore progettuale
1 Coordinatore equipe operatori
4 operatori
1 psicoterapeuta
1 Supervisore
1 Amministrativo a 36 ore

Principali servizi erogati:

– Vitto e fornitura di beni di prima necessità:
Gli operatori monitorano e gestiscono 11 strutture di accoglienza per un totale di 50 posti letto.

I beneficiari vengono inseriti in strutture di accoglienza costituite da appartamenti autonomi, in coabitazione, da 2 a 8 posti. Ai beneficiari viene erogato un contributo mensile per le spese relative al vitto, all'abbigliamento, all'igiene e alle spese personali necessarie. Il Progetto prevede inoltre la copertura delle spese per la mobilità dei beneficiari sul territorio, per farmaci e per le prestazioni sanitarie indispensabili che non rientrano negli esoneri previsti dalla legge.

– Orientamento e assistenza sociale:

gli operatori garantiscono tramite colloqui e accompagnamenti tutte le attività di primo orientamento e accesso ai servizi del territorio: iscrizione anagrafica, codice fiscale, iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e scelta del medico di base, iscrizione al Centro Territoriale Permanente per l'educazione degli adulti per i corsi di alfabetizzazione e di italiano, accesso ai percorsi educativi e di istruzione professionale offerti sul territorio, accesso al Centro per l'Impiego per il bilancio delle competenze e l'orientamento al mercato del lavoro, disbrigo delle pratiche amministrative e legali, ecc.

– Corsi di alfabetizzazione e lingua italiana:
tutti i beneficiari vengono inseriti nei

corsi organizzati dal Centro Territoriale per l'Educazione Permanente per l'educazione degli adulti e orientati agli altri corsi di alfabetizzazione attivi sul territorio.

Inoltre il Progetto organizza direttamente un proprio corso di italiano L2 specifico per tutti i beneficiari SPRAR articolato in tre edizioni all'anno di 80 ore ciascuna, per integrare le ore di insegnamento, focalizzarle rispetto alle necessità dei beneficiari e per sopperire alla carenza di corsi nel periodo estivo.

Ai corsi tradizionali si aggiunge l'organizzazione dei percorsi formativi di integrazione denominati "Interconnessioni urbane", basati sull'accompagnamento e la sperimentazione della lingua italiana parlata e scritta nei contesti di relazione reale (uffici, servizi per l'impiego, etc).

Il progetto fornisce inoltre supporto per le procedure di riconoscimento dei titoli di studio, l'equipollenza per l'iscrizione a corsi universitari, etc.

– Servizi per la formazione e l'inserimento lavorativo:

gli operatori monitorano l'offerta di percorsi formativi accessibili ai beneficiari, orientandoli ai corsi disponibili e sostenendo i costi per l'iscrizione ai corsi di formazione prescelti. È possibile inoltre attivare e sostenere tirocini formativi.

– Attività di animazione socio-culturale per minori e per adulti:

l'equipe ha instaurato dal 2012 una collaborazione con il Centro Servizi per il Volontariato (CSV) di Modena. Inizialmente sono stati fatti alcuni incontri che hanno avuto come focus il diritto di asilo e i titolari di protezione internazionale, le caratteristiche del progetto SPRAR e la necessità di una presa in carico integrata dei beneficiari in accoglienza. L'obiettivo condiviso tra gli operatori e il Responsabile del

CSV è stato quello di far entrare in contatto i beneficiari con realtà positive dell'associazionismo locale in cui essere impegnati. Successivamente è stata condivisa una procedura per proporre ai beneficiari SPRAR attività di volontariato presso le associazioni. Nel 2013, 19 beneficiari hanno svolto un colloquio di orientamento con il referente del CSV, 9 di loro hanno poi iniziato un'attività di volontariato. La modalità di collaborazione è efficace e i riscontri da parte dei beneficiari sono positivi. Il referente del CSV è inoltre riuscito a coinvolgere nuove associazioni disponibili a inserire beneficiari. Questi inserimenti si sono dimostrati molto efficaci nel consentire ai beneficiari di costruire una rete territoriale amicale/relazionale, che in alcuni casi si è dimostrata decisiva per l'integrazione dopo l'uscita dal progetto.

– Servizi di informazione nel disbrigo delle pratiche amministrative e legali:

gli operatori garantiscono l'orientamento legale a tutti i beneficiari, con incontri individuali e di gruppo, alla presenza dei mediatori linguistici. In particolare ai richiedenti asilo viene garantito l'orientamento completo in merito alla normativa, alla procedura e ai soggetti istituzionali coinvolti (Questura, Prefettura, Commissione..) e viene data la possibilità di raccogliere la propria memoria personale in preparazione all'intervista in Commissione.

Inoltre, il Progetto dal 2007 ha attivato uno sportello di orientamento legale rivolto a chiunque abbia presentato o abbia intenzione di presentare domanda di protezione internazionale e a tutti coloro che sono titolari di protezione internazionale, o con un permesso di soggiorno per motivi umanitari; lo Sportello offre consulenza e orientamento rispetto alle possibilità previste dalla normativa vigente, supporto

burocratico - legale per il disbrigo di pratiche relative all'iter della domanda di protezione internazionale e alla predisposizione di documenti. Lo Sportello di Orientamento legale SPRAR è gestito da un'operatrice specializzata e riceve ad accesso libero un giorno a settimana. Il numero delle persone che hanno avuto accesso allo sportello nel 2013 è pari a 96.

– Supporto socio-psico-sanitario:

tutti i beneficiari sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e accompagnati nella scelta del medico di base. È garantito l'orientamento e l'accesso alle strutture sanitarie per un primo screening. In presenza di patologie particolari, di casi di invalidità o quando si rende necessario attivare terapie riabilitative, vengono garantiti accompagnamenti e percorsi sanitari specifici, monitorati dagli operatori del Progetto. Sono sostenute le spese sanitarie non coperte dal SSN (incluse cure odontoiatriche urgenti, consulenze psichiatriche, certificazioni medico-legali). Esiste una collaborazione strutturata con il Servizio d'Igiene Pubblica sul tema della prevenzione e sensibilizzazione su malaria, MST, Epatiti e TBC: vengono organizzati annualmente incontri di orientamento e prevenzione rivolti ai beneficiari del Progetto, tenuti da un medico dell'Igiene Pubblica alla presenza dei mediatori linguistici.

Dal 2007 il progetto si avvale di un servizio di formazione e supervisione a cadenza mensile da parte di uno psichiatra esperto di psicotraumatologia e medicina delle migrazioni.

Dal 2011 il progetto ha inoltre avviato un servizio di consulenza psichiatrica e psicoterapeutica a disposizione dell'equipe sui singoli casi, fornito da una psichiatra con competenze specifiche per la cura dei

rifugiati e delle vittime di tortura. La psichiatra-psicoterapeuta partecipa una volta al mese alla riunione d'equipe ed è presente agli incontri di supervisione. Il suo ruolo è di grande supporto nella gestione dei casi complessi, nella valutazione di eventuali urgenze, nell'individuare in tempi brevi gli interventi più adatti per casi vulnerabili. È inoltre una risorsa importante nell'analisi degli interventi educativi discussi in equipe e come supporto al gruppo di lavoro nella gestione di casi/situazioni particolarmente complesse.

Vittime di tortura e di trauma

Nel 2009 il Progetto Rifugiati del Comune di Modena ha aderito al progetto "Lontani dalla violenza" (finanziato con i Fondi FER e terminato nell'Aprile 2010) che ha reso possibile la costruzione di una rete informale e lo scambio di buone prassi con alcuni dei medici e degli psicologi del Dipartimento di Salute Mentale e di Psicologia Clinica e Diagnostica dell'AUSL di Modena.

Negli anni successivi il lavoro di rete è proseguito, fino alla costituzione, nel 2010, di un gruppo di psichiatri e psicologi-psicoterapeuti in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale (Centro di Salute Mentale, CSM) e di Psicologia Clinica e Diagnostica dell'AUSL di Modena, che si sono autocandidati sulla base di un loro personale interesse per la psicotraumatologia e l'assistenza alle vittime di tortura e violenza intenzionale. Questa procedura di selezione è stata fondamentale per avere un gruppo di professionisti altamente motivati e coinvolti con la missione che si sono dati. Gli psicologi-psicoterapeuti e gli psichiatri del gruppo hanno acquisito competenze specifiche sul tema delle vittime di tortura e sul sostegno psicoterapeutico con una serie di incontri formativi. Oggi la collaborazione tra lo SPRAR e il Diparti-

mento di Salute Mentale può considerarsi strutturata.

Un aspetto chiave del buon esito dell'integrazione tra i due servizi è stato l'aver avviato un percorso formativo preparatorio comune, sviluppatosi in tre incontri semina-riali nel corso del 2010, rivolto sia al personale sanitario del Dipartimento di Salute Mentale che a quello socio-assistenziale dello SPRAR. Al di là dei contenuti della formazione (le caratteristiche della tortura, i suoi effetti sugli esseri umani, i fattori di vulnerabilità e di resilienza di fronte al trauma, principi di antropologia medica), è apparso infatti di grande utilità l'aver affrontato le questioni da molteplici punti di vista: legale, socio-assistenziale, educativo, medico e psicologico. Il reciproco scambio di prospettive ha consentito di costruire un progetto di intervento integrato basato sulle esigenze di tutte le professionalità in campo e sui reali bisogni degli assistiti.

Questa fase iniziale ha compreso anche una formazione specifica di tipo psichiatrico-forense per la preparazione delle certificazioni sanitarie da inviare alla Commissione Territoriale competente per il riconoscimento della protezione internazionale, in caso di richiedenti asilo vittime di tortura o violenza intenzionale con disturbo da stress post-traumatico o altri quadri clinici psicotraumatologici.

Dall'avvio delle attività le due equipe (Dipartimento di Salute Mentale e SPRAR) hanno continuato a incontrarsi trimestralmente per una valutazione congiunta dei casi in carico, in modo da mantenere un costante monitoraggio sull'evoluzione dei pazienti, da garantire l'armonizzazione ottimale degli interventi clinici con quelli socio-assistenziali, e da fruire di regolari sessioni di supervisione congiunte.

La collaborazione è funzionale all'invio e alla presa in carico integrata dei beneficiari con particolari fragilità.

Il lavoro di rete dello SPRAR con i sanitari del CSM e del Servizio di Psicologia Clinica consente, come si è detto, di realizzare una reale presa in carico integrata dei beneficiari vulnerabili, vittime di trauma o violenza, o comunque in condizioni di fragilità psicologica o sofferenza psichiatrica. Le procedure per la presa in carico clinica degli assistiti è la seguente: gli operatori del Progetto Rifugiati costituiscono il primo contatto con la persona, sia per fornire la prima accoglienza, sia attraverso colloqui individuali (in genere con l'utilizzo del mediatore linguistico). I colloqui che fanno parte del protocollo di accoglienza, offrono all'assistito l'occasione di parlare di sé, di ricostruire il proprio percorso migratorio, di raccontare la propria memoria personale, di esprimere eventuali difficoltà, sintomi, criticità. L'operatore monitora inoltre il percorso di autonomia della persona ed è in grado di notare eventuali fragilità o punti di attenzione in base al comportamento e alla tenuta dei beneficiari.

Quando gli operatori identificano segnali sospetti di psicotraumatologia (disturbi del sonno, atteggiamenti di ritiro, segni di iperagitazione o irritabilità, difficoltà nel concentrarsi, nell'imparare l'italiano, nell'adempiere a compiti anche relativamente semplici, eccetera), discutono il caso in equipe e in supervisione e, qualora se ne ravvisi la necessità, si invia il soggetto ai servizi di salute mentale e psicologia clinica.

L'operatore prospetta al beneficiario l'invio ai servizi facendo attenzione a utilizzare termini linguistici e culturali appropriati. Se la persona accetta, le informazioni in possesso dell'operatore vengono fornite allo psichiatra/psicologo individuato.

L'invio al CSM avviene previa impegnativa del medico di base, successivamente gli operatori contattano il CSM per un primo appuntamento.

L'invio a psicologia clinica avviene invece direttamente con la segnalazione degli operatori del Progetto tramite scheda descrittiva del caso, in cui viene sintetizzata la situazione del beneficiario. Questi viene poi assegnato ad uno degli psicologi che collabora con il Progetto SPRAR e viene concordato il primo appuntamento.

Viene garantito l'aggiornamento reciproco fra i due servizi e l'eventuale raccordo con altri soggetti (medico di base, specialisti...).

Nel 2012 sono stati effettuati i seguenti invii per la tutela psicologica/psichiatrica dei beneficiari:

Centro di Salute Mentale - Azienda USL di Modena: sono state inviate e prese in carico 5 persone;

Dipartimento di Psicologia Clinica e Diagnostica - Azienda USL di Modena: inviate 7 persone;

Iaddove necessario (per caratteristiche del caso e urgenza) è stato attivato il supporto specifico di consulenza psicoterapeutica a disposizione dell'equipe: nello specifico tale sostegno è stato attivato per 2 persone con disturbi post traumatici da stress (PTSD).

Nel 2013 sono stati effettuati i seguenti invii per la tutela psicologica/psichiatrica dei beneficiari:

Centro di Salute Mentale- Azienda USL di Modena: sono state inviate e prese in carico 6 persone;

Dipartimento di Psicologia Clinica e Diagnostica - Azienda USL di Modena: inviate 3 persone;

il supporto specifico di consulenza psicoterapeutica è stato attivato per 3 persone.

Conclusioni

L'attuale collaborazione tra l'equipe del Progetto Rifugiati del Comune di Modena e il Dipartimento di Salute Mentale e di Psicologia Clinica e Diagnostica dell'AUSL di Modena è estremamente funzionale alla presa in carico integrata delle vittime di tortura o violenza intenzionale con disturbo da stress post-traumatico o altri quadri clinici psicotraumatologici.

Il lavoro di monitoraggio, ascolto e conoscenza svolto dagli operatori consente di ricostruire un quadro più ampio del beneficiario, del suo vissuto nel paese d'origine e del percorso migratorio, della sua condizione in Italia. La relazione con l'operatore può agevolare il beneficiario nell'ammettere o prendere coscienza di alcune difficoltà, disturbi, sintomi e facilità quindi l'invio e l'aggancio ai servizi. Le professionalità e gli strumenti specifici dei medici e degli psicologi del CSM e di Psicologia clinica rendono poi possibile l'intervento terapeutico più indicato per la condizione della persona. Lo scambio tra i due servizi garantisce tempi brevi di presa in carico, passaggi di informazioni frequenti e completi, condivisione degli interventi educativi e terapeutici. Il beneficiario ha quindi la possibilità di essere seguito da due servizi distinti ma complementari, dei quali può percepire chiaramente differenze di mandato, ruolo e referenti, che collaborano per la sua tutela, la sua cura e la riconquista della sua autonomia.

La prevenzione della sofferenza post-traumatica dei migranti: riflessioni dopo Lampedusa

Massimiliano Aragona

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; Caritas di Roma, Area Sanitaria

Dopo Lampedusa! Dipende che cosa vogliamo intendere con "dopo Lampedusa". Stiamo parlando della Lampedusa della solidarietà e dell'accoglienza, oppure di quella che evoca tragedie? Ci riferiamo alle bare allineate dopo il naufragio del 3 ottobre 2013, oppure alla gravità dei comportamenti e delle procedure usate per la disinfezione dalla scabbia, avvenuti nel cosiddetto "centro di accoglienza" di Lampedusa, filmati solo due mesi dopo il naufragio?

Come psichiatra, mi concentrerò su concetti tecnici come "reazione" (a eventi psicotraumatici) e "prevenzione", ma vedremo che inevitabilmente il discorso si dovrà allargare a considerazioni non strettamente mediche.

Iniziamo dal concetto di evento traumatico, che il DSM-5 definisce come l'esposizione a eventi che riguardino la morte, un grave incidente o una violenza sessuale, vissuti in almeno uno dei seguenti modi: a) avendo vissuto l'evento in prima persona; b) essendone testimone oculare; c) avendo appreso che sia avvenuto, in modo violento o come incidente, a un familiare o a un amico; c) essendo stati ripetutamente esposti alla visione di questi eventi (come capita ai soccorritori, qui viene esclusa l'esposizione attraverso i media) (American Psychiatric Association, 2013, p.271). È evidente che questa definizione comprende molte delle esperienze che i nostri migranti ci riportano costante-

mente, vissute in patria prima di esser costretti a partire (guerre, carestie, omicidi tribali, incarcerazione e tortura di dissidenti, etc.), e vissuti (o rivissuti) durante il viaggio (incarcerazioni e stupri in paesi di passaggio, viaggi ad alto rischio in cui si rischia di morire e si vedono morire i propri compagni, etc.). Una parte della relazione affronterà il tema di cosa si possa fare per prevenire l'esposizione a questi traumi.

Come noto, in medicina si distingue tra: a) prevenzione primaria, tesa a rimuovere o ridurre i fattori responsabili dell'insorgenza della malattia; b) prevenzione secondaria, mirante all'individuazione precoce della patologia, in modo da curarla più facilmente e ridurne o eliminarne gli effetti più negativi; c) prevenzione terziaria, in cui si interviene per ridurre le complicanze di una malattia già in pieno svolgimento.

Iniziamo dalla prevenzione terziaria, ovvero da ciò che si può fare per prevenire che l'evento, che si è già verificato ed ha già prodotto i suoi effetti patogeni, possa portare a successive disabilità gravi.

Il quadro clinico più studiato nella letteratura internazionale come reazione al trauma è il cosiddetto Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Questo viene definito dal DSM-5 come una reazione all'evento traumatico caratterizzata da: a) sintomi intrusivi (ricordi, sogni, flashback, marcate

reazioni avverse, psicologiche o fisiologiche, quando si viene esposti a situazioni che richiamano l'evento traumatico originario), b) evitamento persistente degli stimoli associati al trauma (cercare di non ricordare, evitare di esporsi a situazioni che lo ricordano), c) alterazioni cognitive e/o dell'umore secondarie al trauma (amnesia dell'evento traumatico, anche parziale, credenze e aspettative negative rispetto a se stessi, gli altri e il mondo, idee autocolpevolizzanti sulle cause o conseguenze dell'evento traumatico, diminuito interesse o partecipazione ad attività significative, incapacità ad esprimere emozioni positive); d) alterazioni nell'arousal e irritabilità (scoppi di rabbia, autolesionismo, ipervigilanza, sobbalzare per un nonnulla, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno) (American Psychiatric Association, 2013, p.271-272). Rispetto alla precedente edizione (il DSM-IV-TR) sono state apportate alcune modifiche, ad esempio si è specificato che non basta esser stati esposti al trauma in TV, oppure si è tolta la necessità che il trauma abbia comportato lì per lì uno stato di terrore, paura di morire, etc.

Ora, è chiaro che queste siano modifiche in qualche caso dettate dall'esperienza clinica. Ad esempio, non è raro trovare pazienti che durante l'esposizione all'evento traumatico hanno mantenuto il controllo, senza terrorizzarsi, e solo "a bocce ferme" sono iniziati i sintomi. Nel caso dei migranti questo lo osserviamo spesso con i PTSD che il DSM definisce "ad espressione ritardata", quando i sintomi compaiono dopo sei mesi dal trauma. Durante il viaggio, che può durare molti mesi con continue difficoltà e pericoli, i pazienti spesso "tengono", cioè sono lucidi, determinati e capaci, senza apparenti sintomi post-traumatici. Tali sintomi iniziano a manifestarsi solo dopo essere arrivati, quando in teoria potrebbero rilassarsi!

In altri casi, invece, le modifiche sono manifestamente *ad hoc*, come nella scelta di escludere espressamente l'esposizione tramite media, che appare condizionata dal fatto che dopo l'11 settembre le assicurazioni americane erano state subissate da richieste di copertura per PTSD insorti in cittadini che avevano visto le immagini al TG!

Questo punto delle modifiche *ad hoc* che possono esser funzionali ad interessi economici ci permette di affrontare subito un punto che nel recente passato ha dato origine a inutili polemiche. Mi riferisco all'ampio dibattito sull'esistenza o meno del PTSD. La mia posizione al riguardo è netta, credo che sia un costrutto sociale creato ad hoc dagli psichiatri americani per un problema che è eminentemente di tipo economico, ovvero che i reduci dalla guerra del Vietnam non avevano una copertura assicurativa visto che quel tipo di sintomi non era previsto dal sistema diagnostico del tempo. Ma da ciò ne discende che sia un costrutto inutile per la clinica? Come ho avuto modo di argomentare altrove (Aragona, 2009), in generale tutti gli attuali disturbi mentali sono costrutti sociali nati in una certa epoca in una certa società e per certi fini. Ma ciò non vuol dire che siano "invenzioni", sono piuttosto il modo che una data epoca ha trovato per descrivere le varie espressioni della sofferenza psicologica. Non sono malattie in senso strettamente medico (non c'è, fino a prova contraria, una alterazione fisiopatologica neurocerebrale che li causa), ma ciò non significa che le persone con quei fenomeni psicopatologici non debbano avere la possibilità di ricevere un aiuto professionalmente valido.

Il PTSD, in particolare, è un insieme abbastanza coerente di sintomi che nascono come reazione al trauma. Certo, l'impostazione a "lista della spesa" del DSM è giustamente criticabile, ma la maggior parte

di quei sintomi li riscontriamo effettivamente, e con alta frequenza, nei migranti che hanno subito esperienze traumatiche. Non solo, un punto abbastanza interessante è che questa modalità di reazione al trauma, con questo tipo di sintomi, si presenta in modo sorprendentemente simile in pazienti provenienti da posti, società e culture molto diversi. In altre parole, questo modo di esprimere la sofferenza psicologica in reazione a eventi traumatici appare trasversale alle varie culture, nel senso che sembra essere una modalità abbastanza generale dell'essere umano di rispondere a esperienze psicotraumatiche. Ciò non vuol dire che la cultura non influenzi la psicopatologia, anzi! Come sottolineato da Berrios (2013) essa è un elemento intrinsecamente costitutivo della costruzione dei sintomi mentali. Però ciò non avviene sempre nello stesso modo e con lo stesso peso, e rispetto alla reazione ai traumi non si può non notare che i sintomi post-traumatici sono risposte abbastanza simili in ogni essere umano, in qualunque posto del mondo egli si trovi. Probabilmente ciò lo si deve almeno in parte al fatto che il trauma ha l'effetto di decontestualizzare l'umana presenza. Detto in altri termini, in quel momento la persona vive un trauma che la stacca dal tempo e dal contesto culturale specifico, per andare ad incidere su ciò che tutti abbiamo in comune, cioè la vita e la possibilità di perderla nell'immediato, oppure la sofferenza di vedere una persona cara che subisce il trauma senza che noi si possa far nulla per impedirlo. In conclusione, il costrutto del PTSD, per quanto di matrice nordamericana, appare essere un utile strumento per riconoscere una sofferenza post-traumatica anche nei nostri migranti. Rispetto però alle rigidità dei criteri del DSM, il consiglio è quello di usarlo come un quadro prototipico da avere in mente per facilitare il rico-

noscimento della problematica, sapendo che non tutti i sintomi sono ugualmente frequenti e disturbanti. In sede medico-legale, invece, se si sceglie di usare questo costrutto occorre attenersi strettamente ai suoi criteri interni, perché la credibilità di quanto si attesta è un elemento cruciale.

Tornando invece al riconoscimento della sofferenza post-traumatica nei nostri migranti, occorre notare che non sempre il quadro è quello di un PTSD, per cui occorre pensare a una possibile reazione post-traumatica anche in presenza di altri sintomi come i seguenti.

Una frequente espressione di disagio è tramite le cosiddette somatizzazioni. La persona può arrivare in un ambulatorio medico presentando una serie di sintomi vissuti a livello somatico, come se fossero patologie internistiche. Ad esempio, molti pazienti vengono riportando dolori di vario tipo, in varie parti del corpo, spesso in diverse sedi che cambiano nel tempo senza una apparente ragione fisiopatologica. I dolori compaiono e/o si riacutizzano nel momento in cui il paziente ha esperienze connesse con la situazione traumatica (qualcosa glielo ricorda, qualcuno ne parla, una data situazione ha alcune caratteristiche simili a quelle della situazione in cui ha subito il trauma, etc.), però il paziente non riesce a cogliere il collegamento. Altre volte i dolori sono fissi, come nel caso di un paziente con dolori addominali per i quali erano stati fatti tantissimi accertamenti diagnostico-strumentali tutti negativi; in questo caso alla ricostruzione anamnestica fu possibile ristabilire il collegamento tra l'origine di questi sintomi e un periodo in cui era stato sequestrato in Kurdistan a fini di ricattare la sua famiglia, periodo nel quale c'era una probabile ragione fisiologica per il sintomo che però poi era continuato nonostante la causa originaria non fosse più presente. Qui il

rischio è di seguire il paziente alla ricerca di improbabili cause organiche oppure, una volta appurato che i sintomi non si basano su alcuna alterazione fisiopatologica, trattare il paziente come uno che disturba, in quanto continua a lamentarsi quando in realtà non ha niente! Occorre invece che il clinico sia formato a riconoscere il disagio psichico, spesso inespresso, che sottende questa sintomatologia somatica; un disagio che altrimenti rimane nascosto. Le somatizzazioni non sono una esclusività dei migranti, sono molto frequenti anche nelle popolazioni occidentali, però sapere che a volte nei migranti esse diventano l'unico possibile modo di comunicare la propria sofferenza psicologica è molto importante, perché permette di aprire un varco a una possibile presa in carico. Ancora, le somatizzazioni non sono necessariamente un sintomo post-traumatico, molti pazienti somatizzano una sofferenza psicologica che deriva da altre origini. Però le ricerche hanno messo in luce, nei migranti, una chiara correlazione tra esperienze traumatiche, somatizzazioni e sintomi post-traumatici, suggerendo ai clinici di prestare una particolare attenzione alle somatizzazioni che possono essere il segnale visibile di una sintomatologia post-traumatica di cui il paziente non parla (Aragona et al., 2010).

Alcuni sintomi sono parte integrante del PTSD, ma vanno sottolineati a parte perché all'apparenza non sono specifici. Ad esempio, la difficoltà a dormire, la difficoltà di concentrazione, un umore depresso con mancanza di iniziativa. Questo quadro può essere preso come una depressione, senza cogliere la sua relazione con esperienze traumatiche e con altri sintomi post-traumatici più caratteristici (di cui non è detto che il paziente parli spontaneamente), per cui la persona viene segnalata dal centro di accoglienza perché

incontra difficoltà nel programma di inserimento (non apprende l'italiano nonostante vada regolarmente a lezione, non è abbastanza attivo per cogliere le possibilità lavorative, si addormenta spesso, etc.). In questi casi sapere che la problematica è più ampia e di tipo post-traumatico consente di attivare la necessaria rete di supporto, senza limitarsi a un intervento meramente psicofarmacologico come a volte si fa nelle depressioni "semplici".

Altri fenomeni che potrebbero essere una spia di una sofferenza post-traumatica riguardano la gestione della rabbia, che spesso è uno dei motivi di invio da parte del centro di accoglienza. Le persone che hanno subito eventi traumatici possono essere diverse, sotto questo profilo, rispetto a prima di aver subito il trauma. Diventano tipicamente nervose e irritabili in situazioni rumorose, affollate o di confusione, come può essere la mensa o un ambulatorio affollato. In questi casi si può assistere a scoppi improvvisi di rabbia apparentemente immotivata, mentre la motivazione è da ricercare in componenti legate al trauma subito (aspetti della situazione ambientale che richiamano la situazione traumatogena originaria e quindi agiscono da triggers ritraumatizzanti), oppure alla sintomatologia post-traumatica: ad es. persone con grosse difficoltà di orientamento spazio-temporale e di concentrazione, di tipo post-traumatico, in situazioni affollate e rumorose possono avere la sensazione di perdita di controllo e quindi reagire angosciandosi; oppure persone con vissuti di forte sfiducia interpersonale conseguente al fatto di aver subito violenza intenzionale possono vivere un ambiente affollato come molto minaccioso per la possibilità che tra la folla possano nascondersi i propri persecutori.

Ancora, un'altra area che può interessare il clinico è quella dell'abuso di sostanze,



frequente in pazienti con patologia post-traumatica. Questi spesso hanno un vissuto depressivo così importante da aver bisogno di gestirlo con varie forme di automedicazione. Fra quelle più frequenti vi sono l'abuso di alcool (che stordisce e non fa pensare, oppure che aiuta a prendere sonno), e altre sostanze che hanno un effetto prevalentemente sedativo e/o "rilassante" (come la cannabis).

Ci sono poi gli scompensi psicotici. Qui è importante ricordare che lo stesso DSM già segnala che un atteggiamento apparentemente paranoico può essere parte della reazione post-traumatica. È essenziale ricordare che in questi stati di allerta rispetto a possibili persecutori, spesso un intervento cognitivo che riesca a far passare al paziente un quadro realistico della situazione in Europa (e delle possibilità reali che un carnefice lo possa perseguire anche così lontano dal paese d'origine) può essere risolutivo, senza necessità di antipsicotici. In altri casi invece l'angoscia post-traumatica riattivata da situazioni fortemente ritraumatizzanti può essere così forte da aprire la strada a uno scompenso delirante acuto, spesso fortunatamente reversibile (le classiche bouffées deliranti). Infine occorre segnalare quei quadri di apparente acuzia psicotica delirante e allucinazione che a un'analisi culturalmente sensibile si rivelano essere non già classiche psicosi, quanto modalità culturalmente ancorate di reagire alla situazione stressante, antropologicamente comprensibili e nelle quali una risposta tipo ricovero obbligatorio potrebbe essere non solo inutile, ma spesso controproducente.

Infine, per i medici è importante ricordare che alcune problematiche internistiche di tipo multifattoriale possono essere influenzate in via psicosomatica. Ad esempio, un paziente era stato inviato da noi per irritabilità, rabbia e importante iper-

tensione arteriosa. Per quanto ancorati a una sua diatesi di base, questi sintomi erano tra loro collegati e reattivi alla situazione che viveva, che era quella di un eccessivo prolungamento dei tempi di valutazione della sua richiesta d'asilo, che lo costringeva a vivere in un limbo in cui era accolto egregiamente a livello "alberghiero" ma si sentiva in trappola perché non gli era consentito di riprogrammarsi una vita attiva e produttiva, mentre in Africa la sua famiglia dipendeva, per vivere, dalla sua possibilità di lavorare e mandare a casa i soldi.

Questo caso ci introduce già a un livello di prevenzione ulteriore, che è quello della eliminazione di quei fattori patogeni che possono far peggiorare una problematica post-traumatica. Ora, è del tutto evidente che per eliminare alla radice l'insorgenza di una reazione post-traumatica a violenze intenzionali occorrerebbe eliminare gli eventi traumatici che li hanno prodotti, ovvero bandire dal mondo cose come dittature, guerre, torture, il che ci porta su un piano utopico che può farci da guida ma che è di ben difficile applicazione in concreto. Però gli studi convergono (Silove et al., 1997; Steel et al., 2011; Schweitzer et al., 2011) nel mettere in rilievo che tra gli eventi traumatici pre-migratori originari e l'insorgenza e il peggioramento/complicazione/cronicizzazione di una sintomatologia post-traumatica vi è uno spazio in cui giocano un ruolo fondamentale gli *eventi ri-traumatizzanti*. Ciò perché, come noto, una persona che ha subito violenze intenzionali è più sensibile e suscettibile di venir ritraumatizzata da eventi successivi che abbiano connotati qualitativi (anche se non sempre di gravità e intensità) simili (Mazzetti, 2008). Ebbene, è ampiamente noto che nel loro tentativo di arrivare in Europa i nostri migranti corrono rischi molteplici di ritraumatizza-



zione: quando vedono morire i loro compagni nel passaggio del Sahara o delle montagne tra Afghanistan e Pakistan; quando rischiano di esser catturati e incarcerati in Libia; quando in carcere vengono privati di ogni dignità, percossi e fatti oggetto di violenze sessuali; quando vengono tenuti in stato di schiavitù da predoni o da datori di lavoro senza scrupoli, ai quali si sono rivolti per metter su abbastanza soldi per poter proseguire il viaggio; quando vengono malmenati per strada perché afgani (in Iran) o perché negri (in Libia e a volte in altri paesi del Nord Africa). E poi, come se tutto ciò non fosse sufficiente, quando si muore sotto le ruote di un TIR tra Grecia e Italia, o quando si naufraga a Lampedusa, o quando si finisce in un lager che qualcuno si ostina ancora a chiamare centro di accoglienza. E, infine, nelle piccole ma dolorose esperienze di difficile vita quotidiana, fatta di discriminazione, negazione dei diritti, lentezza nell'espletamento delle pratiche di asilo, povertà, esposizione ai pericoli, preoccupazione per le sorti dei familiari rimasti a casa, senso di disperazione e inutilità, etc. etc. Va detto chiaramente che anche su questo la ricerca è concorde, ovvero che tutte le misurazioni effettuate convergono nel sostenere che le ritraumatizzazioni legate alle difficoltà di vita post-migratorie sono responsabili di un peggioramento significativo dei sintomi post-traumatici, sia quelli specificamente inclusi nel PTSD (Aragona et al., 2012; 2013), sia quelli "sentinella" come le somatizzazioni (Aragona et al., 2011). Non solo, è ormai chiaramente dimostrato che i migranti che vengono rinchiusi in centri come i CIE, a distanza di anni da quest'esperienza stanno ancora male e hanno livelli di funzionamento e integrazione sociale nettamente peggiori di coloro che sono stati accolti in un percorso di accoglienza adeguato (Steel et al.,

2011). Non è solo un problema di civiltà nelle politiche di accoglienza (il che già basterebbe), è anche un problema medico, di prevenzione della patologia post-traumatica, così come è un problema di elevati costi sociali. Infatti, esporre questi pazienti a situazioni ritraumatizzanti così gravi e ripetute significa produrre, aggravare e cronicizzare sintomi psicopatologici invalidanti, così da rendere estremamente difficile il loro processo di integrazione sociale.

Vorrei concludere tornando all'immagine di Lampedusa. Ciò che accomuna quelle tragedie è la domanda che fanno sorgere: "... e noi dove eravamo?". Da anni la popolazione italiana è informata che il Mediterraneo si è trasformato in una tomba per uomini, donne e bambini che cercano in Europa un posto migliore dove vivere. Da anni sappiamo che una persona che non ha fatto nulla ma che non ha un permesso di soggiorno può venir reclusa per 18 mesi in un lager (quale gravità deve avere un reato penale per subire una pena detentiva di lunghezza simile?). Da anni sappiamo che dietro costosi accordi di cooperazione con rais africani si celavano deleghe a fermare i migranti, anche a costo di sottoporli a violenze gravissime. Coraggiosi giornalisti infiltrati, testimonianze dirette dei migranti, reportage fotografici e video ce ne hanno dato ampia testimonianza. Eppure ciò che scattava non era l'indignazione di esseri umani che vedono le sofferenze dei propri fratelli, ma parole d'ordine come "invasione", "controllo delle frontiere", fino alle surreali proposte di sparare agli scafisti (che notoriamente, in un barcone di 16 metri con 150 persone assiegate, si tengono ben distinti dai passeggeri e con divise sgargianti facilmente riconoscibili) e alle realissime accuse di reato di favoreggiamento dell'immigrazione clandestina per quegli eroici

pescatori lampedusani che si ostinavano ad onorare la legge del mare che impone il soccorso ai naufraghi. Smetterla con la "globalizzazione dell'indifferenza" (Papa Francesco, 8 luglio 2013: discorso durante la visita pastorale a Lampedusa), assumerci le nostre responsabilità, tornare a essere esseri umani, che provano empatia per la sofferenza di altri esseri umani, fare ognuno nel proprio piccolo tutto ciò che è possibile per evitare che le nostre politiche costringano le persone ad esporsi a rischi così gravi di ritraumatizzazione, accogliere degnamente le persone che riescono ad arrivare, tutto ciò è nostra ineludibile responsabilità.

Dal punto di vista di uno psichiatra, che si trova quotidianamente a cercare di lenire le ferite invisibili lasciate da queste esperienze, questo è anche un necessario atto di prevenzione sanitaria.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Aragona M. (2009), *The concept of mental disorder and the DSM-V*, in «Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences», 2, 1-14.
- Aragona M., Catino E., Pucci D., Carrer S., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2010), *The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services*, in «Journal of Traumatic Stress», 23: 615-622.
- Aragona M., Pucci D., Carrer S., Catino E., Tomaselli A., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2011), *The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service*, in «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», 47: 207-213.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2012), *Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study*, in «Italian Journal of Public Health», 9: 67-74.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2013), *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, in «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», 49: 169-175.
- Berrios G.E. (2013), *Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology*, in «Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences», 6: 39-48.
- Mazzetti M. (2008), *Trauma and migration: a transactional analytic approach toward refugees and torture victims*, in «Transactional Analysis Journal», 38: 285-302.
- Schweitzer R.D., Brough M., Vromans L., Asic-Kobe M. (2011), *Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience*, in «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry», 45: 299-307.
- Silove D., Sinnerbrink I., Field A., Manicavasagar V., Steel Z., *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*, in «British Journal of Psychiatry» 1997; 170: 351-7.
- Steel Z., Momartin S., Silove D., Coello M., Aroche J., Tay K.W. (2011), *Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies*, in «Society, Science and Medicine», 72: 1149-1156.

Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, 13 anni di monitoraggio. L'esperienza del Gruppo CRC

Vittoria Pugliese

Coordinamento Gruppo CRC

La Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC)

La Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (*Convention on the Rights of the Child - CRC*) è stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, dopo quasi un decennio di lavori preparatori, ed è entrata in vigore il 2 settembre del 1990.

La CRC rappresenta il riconoscimento da parte dell'intera comunità internazionale della necessità di uno strumento - specificatamente dedicato all'infanzia - dotato di forza obbligatoria, quale appunto una Convenzione, che se ratificata crea l'obbligo in capo agli Stati di uniformarsi alle disposizioni in essa contenute.

La CRC è lo strumento internazionale più ratificato: è stata infatti ratificata da 192 Paesi, cioè da tutti i Paesi del mondo ad eccezione di Stati Uniti e Somalia, raggiungendo così lo scopo dei redattori di creare un insieme di garanzie minime a tutela dell'infanzia e dell'adolescenza nel mondo. Data l'eterogeneità delle comunità rappresentate, ogni singolo articolo costituisce un compromesso frutto delle negoziazioni che hanno dominato l'intero processo di redazione.

L'Italia l'ha ratificata e resa esecutiva con Legge n. 176 del 27 maggio 1991, la CRC è quindi Legge nel nostro Paese.

Un'innovazione della CRC consiste nel

racchiudere in un unico trattato l'intera gamma dei diritti civili politici, economici, sociali e culturali, ma soprattutto la Convenzione compie una "rivoluzione culturale", riconoscendo il minore non soltanto come oggetto di tutela e assistenza, ma anche come soggetto di diritto, e quindi titolare di diritti in prima persona.

La CRC è composta di 54 articoli ed è suddivisa in un preambolo e tre parti: la prima parte (artt. 1-41) contiene l'enunciazione dei diritti, la seconda (artt. 42-45) individua gli organismi preposti e le modalità per l'implementazione e il monitoraggio della Convenzione stessa, e la terza (artt. 46-54) descrive la procedura di ratifica.

Le Procedure di Valutazione del Comitato ONU

Al fine di valutare lo stato di attuazione della CRC e dei suoi Protocolli Opzionali nei Paesi per i quali è previsto l'esame (a 2 anni dalla ratifica e ogni 5 anni), il Comitato ONU si riunisce a Ginevra tre volte l'anno per un periodo di 4 settimane.

Tale valutazione si compie attraverso varie fasi:

A) Fase preliminare: il Comitato ONU riceve il Rapporto governativo e fissa la data della Sessione plenaria e conseguentemente della Pre-Sessione; non oltre due mesi prima della data fissata per la pre-

sessione le ONG e le coalizioni di ONG possono inviare al Comitato ONU informazioni scritte sullo stato di attuazione della CRC (e/o dei Protocolli Opzionali) sotto forma di Rapporto alternativo o supplementare.

B) Pre-sessione: il Comitato ONU incontra a porte chiuse le delegazioni di ONG e le coalizioni di ONG che hanno inviato informazioni scritte sotto forma di Rapporto alternativo o supplementare.

C) Lista di argomenti: a conclusione della pre-sessione, in preparazione alla Sessione plenaria, il Comitato ONU invia al Governo una lista di argomenti in forma di domande (*list of issues*) per avere chiarimenti in merito alle tematiche ritenute critiche.

D) Repliche scritte: il Governo deve rispondere alle domande inviate dal Comitato ONU per iscritto (*written replies*) e nei termini indicati dal Comitato stesso.

E) Sessione plenaria: una delegazione governativa incontra il Comitato ONU per analizzare lo stato di attuazione della CRC (e/o dei Protocolli Opzionali) nel Paese oggetto d'esame. La discussione si svolge sulla base dei documenti prodotti (quindi del Rapporto periodico governativo, dell'eventuale Rapporto Supplementare o alternativo prodotto dalle ONG, delle risposte fornite alla lista di questioni); le ONG possono essere presenti ma solo a titolo di osservatori. Dell'incontro viene redatto e reso disponibile un resoconto sommario (*summary record*).

F) Osservazioni conclusive: il Comitato ONU pubblica un documento con cui rende noto il proprio parere sullo stato di attuazione della CRC nel Paese in questione, sottolineando i progressi compiuti ed evidenziando i punti critici, invitando il governo ad intervenire laddove non vi sia congruità, anche attraverso la richiesta esplicita di modifiche legislative.

Il Gruppo CRC

Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC) è un *network* aperto a tutti i soggetti del Terzo Settore che da tempo si occupano attivamente della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia.

Il Gruppo CRC si è costituito nel dicembre 2000 con l'obiettivo prioritario di preparare un Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, supplementare a quello presentato dal Governo italiano, da sottoporre al Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso l'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite.

Il Gruppo CRC si impegna a promuovere il dibattito sulla tutela e promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e a favorire i cambiamenti raccomandati nei Rapporti CRC al fine di risolvere alcune delle criticità più rilevanti e urgenti del nostro Paese.

Il Rapporto CRC, attraverso le raccomandazioni poste alla fine di ogni paragrafo, fornisce alle istituzioni competenti indicazioni concrete e soprattutto attuabili per promuovere un cambiamento.

Finalità

Ottenere una maggiore ed effettiva applicazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) in Italia.

Mandato

Garantire un sistema di monitoraggio sull'applicazione della CRC indipendente, permanente, condiviso ed aggiornato e realizzare eventuali e connesse azioni di *advocacy*.

Il Gruppo CRC ha partecipato a due pre-sessioni e sessioni del Comitato ONU a

Ginevra, nel 2003 e nel 2011, durante le quali il Comitato ha esaminato l'applicazione della CRC in Italia; inoltre nel 2005 ha partecipato alla sessione d'esame del Comitato Onu sull'implementazione dei due Protocolli Opzionali alla CRC.

Attività principali:

- Elaborazione e condivisione di un Rapporto di aggiornamento annuale su alcune delle tematiche identificate come prioritarie ed evidenziate nelle Osservazioni Conclusive del Comitato ONU.
- Incontri di confronto con le istituzioni per valutare l'attuazione della CRC e delle Osservazioni Conclusive del Comitato ONU.
- Formazione/informazione per le associazioni.
- Elaborazione del Rapporto Supplementare periodico alle Nazioni Unite.

Altre attività:

- Giornata di discussione generale
- Monitoraggio della Convenzione per l'Eliminazione della Discriminazione Razziale (Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD))
- Revisione periodica universale (UPR)
- Formazione/informazione per le associazioni

Pubblicazioni¹

Dal 2001 ad oggi il Gruppo CRC ha pubblicato 6 Rapporti di aggiornamento, 2 Rapporti Supplementari alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia e 2 Guide pratiche al monitoraggio della CRC.

A novembre 2001 è stato pubblicato il 1° Rapporto Supplementare "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia - la prospettiva del terzo settore" ed è stato sottoscritto da 42 associazioni e organizzazioni

non governative italiane. La versione inglese del rapporto è stata infatti inviata al Comitato ONU che nell'ottobre 2002 ha invitato il Gruppo CRC ad un incontro a porte chiuse (pre-sessione) al fine di approfondire quanto espresso nel Rapporto ed ascoltare il punto di vista del terzo settore in merito all'attuazione dei diritti dell'infanzia in Italia.

Una delegazione del Gruppo CRC ha poi partecipato a titolo di osservatore anche alla sessione, che si è tenuta a gennaio 2003, tra il Comitato ONU e una numerosa delegazione governativa italiana. Il 31 gennaio 2003 il Comitato ONU ha reso pubbliche le proprie Osservazioni Conclusive relative all'Italia (CRC/C/15/Add.198).

A dicembre 2004 il Gruppo CRC ha pubblicato una Guida pratica per il terzo settore dal titolo «Monitoraggio della CRC in Italia» (rieditata nel 2010) per fornire uno strumento di lavoro alle numerose associazioni che si occupano direttamente o indirettamente di tematiche legate all'infanzia al fine di comprendere meglio e condividere la nozione e le finalità del monitoraggio dell'attuazione della CRC.

Il Gruppo CRC, presentando il *Rapporto Supplementare*, ha assunto l'impegno di proseguire nell'opera di monitoraggio della CRC e delle Osservazioni Conclusive, non solo in vista degli appuntamenti con il Comitato ONU, ma anche al fine di garantire un sistema di monitoraggio indipendente e condiviso con le varie ONG che lavorano per i diritti dell'infanzia.

Nell'ambito del processo di monitoraggio il Gruppo CRC ha deciso quindi di predisporre annualmente un *Rapporto di aggiornamento* sull'attuazione dei diritti dell'infanzia e delle Raccomandazioni del Comitato ONU in Italia (Rapporto CRC), focalizzato su tematiche selezionate ritenute prioritarie.



Il *Rapporto di aggiornamento* rappresenta il punto di caduta del monitoraggio compiuto dal Gruppo CRC, ma non vuole essere solo un momento di denuncia relativamente alle carenze del nostro sistema, ma anche un'occasione per avviare un confronto puntuale e costruttivo con le istituzioni che sono responsabili delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, e dunque dell'attuazione dei diritti garantiti dalla Convenzione.

Il 1° Rapporto CRC è stato pubblicato il 27 maggio 2005, anniversario della ratifica della CRC in Italia, e sono state individuate quattro principali aree di attenzione: le riforme legislative, la tutela dei minori appartenenti ai gruppi più vulnerabili, e l'attuazione in Italia dei due Protocolli Opzionali alla CRC.

Nel 2° Rapporto CRC, pubblicato il 27 maggio 2006, sono state riprese e aggiornate le tematiche già trattate nel Rapporto 2005 e sono stati introdotti due nuovi capitoli relativi a 'Salute e assistenza' ed 'Educazione, gioco e attività culturali'.

Il 3° Rapporto CRC è stato pubblicato il 27 maggio 2007. Il monitoraggio è stato esteso anche ai principi generali della CRC iniziando con la partecipazione e l'ascolto del minori (art.12 CRC) ed è stato introdotto il capitolo dedicato ad ambiente familiare e misure alternative.

Il 4° Rapporto CRC è stato presentato ai referenti dei Ministeri competenti per le politiche per l'infanzia nel corso di un incontro con il CIDU, nonché alla Commissione Parlamentare Infanzia nel corso di un'apposita audizione. Sono state inoltre organizzate presentazioni su scala regionale in Liguria, Veneto, Marche, Molise, Sicilia, in collaborazione con le associazioni del Gruppo CRC e con i garanti regionali per l'infanzia, laddove presenti.

Il 2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della CRC

è stato pubblicato il 17 novembre 2009 e sottoscritto da tutte le 86 associazioni del Gruppo CRC. Con la pubblicazione del 2° Rapporto Supplementare si è completato il primo ciclo di monitoraggio realizzato dal Gruppo CRC, avviato a partire dalla pubblicazione delle Osservazioni del Comitato ONU indirizzate all'Italia nel 2003.

Il Gruppo CRC ha incontrato il Comitato ONU nel giugno 2011 (pre-sessione a Ginevra). Le Osservazioni conclusive del Comitato ONU sono state pubblicate ad Ottobre 2011, molte delle raccomandazioni contenute nel 2° Rapporto Supplementare sono state riprese dai componenti del Comitato ONU e rivolte al nostro Paese.

Il 5 giugno 2012 il Gruppo CRC ha pubblicato il 5° Rapporto di aggiornamento, cominciando così un nuovo ciclo di monitoraggio dell'attuazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) in Italia e dei suoi Protocolli Opzionali. Negli oltre dieci anni di lavoro comune, la partecipazione al Gruppo CRC è stata allargata a nuove associazioni, consentendo così di ampliare il monitoraggio sui diritti dell'infanzia a nuove tematiche.

Il 6 giugno 2013, il Gruppo CRC ha lanciato il 6° Rapporto di aggiornamento: hanno lavorato alla stesura dei 51 paragrafi del Rapporto 113 operatori del Terzo Settore, rappresentanti delle 82 associazioni che fanno parte del Network, attivo ormai dal 2001.

Le associazioni componenti il Network stanno ora lavorando al 7° Rapporto CRC.

Newsletter

Dal 2009 il Gruppo CRC pubblica una Newsletter mensile che raccoglie eventi ed iniziative dedicate all'infanzia e all'adolescenza in Italia e nel Mondo.

Per ricevere la Newsletter, scrivere a info@grupprocrc.net.



Capitolo Salute e Assistenza

L'articolo 24 della CRC *"riconosce a tutti i bambini e gli adolescenti il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione e prevede che gli Stati si sforzino di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi, nonché di dare piena attuazione a tale diritto"*.

In particolare, ai sensi dell'art. 24 par. 2 CRC, gli Stati devono adottare *"ogni adeguato provvedimento per:*

a) *diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli;*

b) *assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie;*

c) *lottare contro la malattia e la malnutrizione, anche nell'ambito delle cure sanitarie primarie, in particolare mediante l'utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell'ambiente naturale;*

d) *garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali;*

e) *fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene e sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni;*

f) *sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare"*.

Il Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, nelle Linee Guida al Monitoraggio dell'attuazione della CRC, suggerisce di considerare nel raggruppamento 'Salute e assistenza', oltre all'art. 24, anche l'art. 27 della CRC – che riconosce il diritto di ogni bambino e adolescente ad un livello di vita sufficiente per consentire il suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale – e l'art. 23, a proposito della situazione dei bambini e adolescenti con disabilità.

Il Gruppo CRC, nel capitolo 'Salute e assistenza' analizza i seguenti temi:

- Nascere e crescere in Italia
- Assistenza ospedaliera e diritti dei bambini in ospedale
- Allattamento e alimentazione nella prima infanzia
- La salute mentale
- Bambini e adolescenti, salute e disabilità
- Accesso ai servizi sanitari per minori stranieri²
- Disturbi del comportamento alimentare dell'età evolutiva
- La condizione dei bambini e degli adolescenti poveri
- Ambiente e salute infantile

Note

¹ Tutte le pubblicazioni sono disponibili sul sito www.gruppocrc.net.

² Per approfondimenti sul tema si veda il paragrafo sul diritto alla salute dei minori stranieri nel 6° Rapporto CRC, http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/Cap_5_par_8_Accesso_ai_servizi.pdf.

La salute dei bambini e delle bambine in Italia. Per una nuova Pediatria. Il Punto di vista e le proposte dell'ACP guardate al caleidoscopio dell'immigrazione.

Maria Edoarda Trillò

Associazione Culturale Pediatri (ACP), Gr.I.S. Lazio

L'attuale situazione di crisi (economica, politica, sociale) che colpisce da qualche anno l'Italia, l'Europa, i Paesi che si affacciano sul Mediterraneo e del Sud del Mondo, ha accelerato la riflessione sull'efficacia e l'efficienza del nostro Sistema Sanitario Nazionale e sul tipo di salute per il quale si vuole continuare a lavorare. Gli amministratori e gli operatori e operatrici sanitarie si interrogano sul presente e sui cambiamenti necessari a offrire un servizio fruibile ed equo con il migliore rapporto possibile tra costo e capacità di produrre i risultati desiderati.

Nell'ambito dell'ACP¹ è in discussione un documento sulla nuova pediatria che, ricordando che tutti hanno diritto di accesso alle cure, ha come punto di riferimento un SSN universalistico che va difeso anche se è necessario ripensare i percorsi assistenziali per "fare meglio con meno" e investendo le risorse sulla base delle esigenze ed evidenze scientifiche. È indirizzato a politici e amministratori e offre spunti per un Piano nazionale per l'infanzia che già le Nazioni Unite hanno chiesto all'Italia nell'ambito del Rapporto sull'attuazione della Convenzione per i diritti del Bambino². I principi portanti sono la riduzione delle disuguaglianze in un SSN tarato sui problemi delle famiglie e dei bambini e il grande impatto che ha sulla salute delle

persone investire nei primi anni di vita.

Nel documento si esplicitano il razionale, le azioni raccomandate e i principali esiti attesi per la prevenzione pre- e periconcezionale, per il percorso nascita, per supportare i primi tre anni di vita del bambino, per garantire percorsi di cure integrati ai bambini con bisogni speciali, per riconvertire le risorse dei piccoli ospedali al territorio ed attivare la continuità delle cure materno-infantili tra ospedale e territorio, per rinnovare la formazione dei pediatri e per migliorare la qualità degli indicatori e della valutazione.

Considerando che i figli e le figlie delle famiglie con genitori stranieri fanno parte integrante della popolazione pediatrica italiana, vogliamo rileggere il documento da questo angolo visuale e suggerire integrazioni. Siamo convinti che nella raccolta dei dati, nella riorganizzazione dei servizi e nei documenti di programmazione ci sia bisogno di far emergere l'unicità della loro storia. Il progetto migratorio dei loro genitori, le condizioni sociali di vita e di lavoro li rendono più fragili e quindi "meno uguali" dei loro coetanei italiani. La promozione della salute pre-concezionale, per esempio, deve essere più precoce visto che le donne straniere in gravidanza sono più giovani rispetto alle donne italiane (28 anni vs 32 anni). Pertanto è importante

ricordarlo e portarlo all'attenzione di politici e amministratori che ancora tendono a dimenticarlo o a non prenderlo in considerazione. In Italia nel 2012 sono nati 534.186 bambini e nati da almeno un genitore straniero sono 107.339. Il tasso di fecondità delle donne italiane è 1,29 figli e il tasso di fecondità delle donne straniere è 2,37 (Marchetti F., 2014)³. Inoltre la presenza dei migranti tende ad aumentare i tassi di mortalità infantile così come i determinanti sociali e culturali pesano anche da prima della gravidanza e lo stato culturale influenza la mortalità in tutti i gruppi d'età (Istat, 2014)⁴. Il tasso di mortalità infantile in Italia continua a ridursi (3,3 per mille nel 2011) tuttavia le disuguaglianze su base geografica e di cittadinanza sono sempre forti. Per i bambini stranieri e per i bambini residenti al sud rispetto al nord, il rischio di morte nel primo anno di vita è maggiore di quasi il 50% (Tamburlini G., 2014)⁵, differenze più ampie di quelle registrate in altri paesi europei che pure hanno tassi più alti come la Gran Bretagna. Le differenze che esistono dipendono più dai fattori culturali che dalla situazione economica.⁶

Si rende quindi necessario rileggere ogni documento di programmazione e di revisione dei servizi sanitari con un caleidoscopio che ne faccia apprezzare tutto lo spettro dei colori e delle forme.

Note

- ¹ L'Associazione Culturale Pediatri è nata nel 1974. È una libera associazione che raccoglie 2.500 pediatri in 36 gruppi locali, finalizzata allo sviluppo della cultura pediatrica ed alla promozione della salute del bambino. La composizione dell'ACP ricalca quella dei pediatri italiani con una prevalenza dei pediatri di famiglia (circa 65%) ed il resto di pediatri ospedalieri, universitari e di comunità. La sua attività è rigorosamente non profit. La libera partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alle sole coperture delle spese; non vengono elargiti compensi né benefit per le attività interne. Svolge attività editoriale, di formazione e di ricerca. Il suo modo di porsi come Associazione di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione è di una assoluta libertà di critica di fronte a uomini ed istituzioni (www.acp.it).
- ² CRC/C/15/Add. 198, 31 gennaio 2003, Osservazioni Conclusive indirizzate all'Italia dal Comitato ONU, documento disponibile sul sito ufficiale delle Nazioni Unite www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf (versione ufficiale in lingua inglese). La versione italiana tradotta a cura di UNICEF Italia è disponibile anche nel sito del Gruppo CRC www.grup-pocrc.net/IMG/pdf/Osservazioni_conclusive_finale_pdf.pdf 2 CRC/C/OPAC/ITA/CO/1, 23 giugno 2006 Osservazioni Conclusive in merito all'attuazione in Italia del Protocollo Opzionale alla CRC concernente il coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati; CRC/C/OPAC/ITA/CO/1, 21 giugno 2006, Osservazioni Conclusive in merito all'attuazione in Italia del Protocollo Opzionale alla CRC sulla vendita di bambini, la prostituzione minorile e la pornografia rappresentante minori. Entrambi i documenti sono disponibili sul sito www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf (in inglese). La versione italiana tradotta a cura di UNICEF Italia è disponibile anche nel sito del Gruppo CRC www.grup-pocrc.net/IMG/pdf/osservazioni_int_PDF.pdf.
- ³ Marchetti F., Natalità e fecondità della popolazione residente. Rapporto Istat relativo all'anno 2012 Medico e Bambino 2014;1:21-23
- ⁴ www.istat.it/it/archivio/104818
- ⁵ Tamburlini G., Bambini diversi e bambini diseguali. Medico e Bambino 2014;2:75
- ⁶ www.genitoripiu.it

Accoglienza sanitaria del minore migrante: un primo passo verso l'integrazione

Rosalia Maria Da Riolo*, Orazio Ranno°

*Centro di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare – Azienda O-U SSMM, Udine

°Gruppo del Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria

La speranza ha due bellissimi figli: sdegno e coraggio. Sdegno per le cose come sono e coraggio di cambiarle

Sant'Agostino

La storia dell'uomo è caratterizzata da migrazioni di singoli o di gruppi, da una regione all'altra della terra, causate da bisogni economici, da guerre, da conflitti sociali o da intolleranza religiosa. Se si confrontano due cartine dell'Europa, una della fine dell'Impero Romano, con le popolazioni "barbare" che premono sulla nostra penisola da ogni parte (da nord i Longobardi, da sud gli Arabi ecc.), l'altra con l'indicazione dei vari flussi migratori che la coinvolgono attualmente, si possono evidenziare varie similitudini. I contesti geopolitici e storici sono diversi ma le dinamiche migratorie e d'integrazione, le storie di sofferenza ma anche d'incontro e di speranza si sono ripetute nei secoli. Come scrive Cécile K. Kyenge nel suo recente 'Ho sognato una strada. I diritti di tutti': "L'Italia è bella perché ha saputo respirare i venti che soffiavano da ogni punto cardinale. La sua straordinaria ricchezza culturale non sarebbe fiorita se gli autoctoni non avessero accolto il nuovo, che proveniva dai vari popoli con i quali entravano in contatto". Quest'accoglienza del "nuovo" ha trovato e trova nella componente minorile delle popolazioni migranti una sfida importan-

te; il bambino, sia longobardo, arabo o nigeriano, da sempre rappresenta la prospettiva del domani, il potenziale tramite per un percorso di integrazione, quella parte di "se" del genitore migrante che diventa, nel nuovo contesto sociale, culturalmente "altro" e che, nello stesso tempo, da essere "altro" per la società ospite ne diventa parte, trasformandola.

L'accoglienza e l'integrazione dei figli di genitori immigrati o di minori non accompagnati (MSNA), oltre a configurarsi come imprescindibile dovere di tutela dei loro diritti, assume un valore fondamentale per la configurazione sociale, politica ed economica della società italiana di domani.

I modelli d'integrazione utilizzati in paesi con una storia d'immigrazione ben più lunga della nostra (melting pot, multiculturalismo) hanno dimostrato, in questi ultimi anni, parecchi punti critici soprattutto nella gestione delle successive generazioni, non permettendo quindi una definizione condivisa, né a livello scientifico né politico, d'integrazione delle persone immigrate nel paese ospite. D'altro canto è palese che questa non possa consistere in un aggiustamento unilaterale da parte degli immigrati alla società di accoglienza, quanto in un adattamento reciproco, in un processo bidirezionale che porta, sia l'immigrato sia l'autoctono, al godimento effettivo dei diritti civili, sociali e politici

(cittadinanza, accesso al voto), alla possibilità di condizioni di vita adeguate, all'accesso senza ostacoli ai servizi sanitari e di prevenzione. Tutto questo nel rispetto reciproco della dignità personale, culturale e religiosa (Zincone G., 2000; Zincone G., 2009).

Esempio emblematico di quanto complessa sia la definizione d'integrazione e la sua completa realizzazione è rappresentato dalla popolazione nomade in Italia. Com'è noto, nel nostro paese, con varia distribuzione tra nord, centro e sud, è attualmente calcolata la presenza di circa 140.000 persone tra Rom, Sinti, Caminanti e altri gruppi, di cui 70.000 sono in possesso di cittadinanza italiana, i restanti sono definiti "stranieri" (Piasere L., 2012). Nonostante ai primi sia stata riconosciuta ufficialmente la cittadinanza italiana, questa viene di fatto "negata" dall'immaginario collettivo degli autoctoni che continua a percepirla come stranieri. Siano Rom o Sinti o altri gruppi, siano con o senza cittadinanza, queste persone si trovano in una condizione di "straniero", specialmente nell'ambito del diritto alla salute, da cui derivano forti carenze nell'assistenza sanitaria, sia di quella fruita sia di quella disponibile. Ben si addice a questa situazione il noto arcobaleno dei determinanti della salute elaborato da Dahlgren e Whitehead nel 1991 (Dahlgren G., Whitehead M., 1991) allo scopo di indurre all'adozione di politiche di accoglienza e di norme sanitarie ad hoc.

Se da una parte quindi l'acquisizione della cittadinanza si configura come una condizione che favorisce ma non è sufficiente per il pieno godimento dei diritti, tra cui fondamentale quello alla salute, dall'altra è sempre più evidente che una prima accoglienza sanitaria finalizzata a favorire l'accesso del minore migrante ai percorsi sociosanitari già strutturati nell'ambito del SSN italiano, è un passo

importante in un'ottica d'inclusione e di equità.

In questa direzione si muove l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni (approvato il 20 dicembre 2012 e pubblicato in G.U. il 7 febbraio 2013) che prevede, tra le altre indicazioni, l'iscrizione obbligatoria al SSN con l'attribuzione del Pediatra di libera scelta (PLS) o il Medico di medicina generale (MMG) a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale a prescindere dalla loro condizione giuridica (STP¹) e l'estensione di tale opportunità ai minori comunitari in possesso di codice ENI² o analogo. Questa evidenza, nell'ambito dei percorsi socio-sanitari dedicati ai minori, la figura del PLS e il suo ruolo di "presa in carico" che, oltre all'attività diagnostica e terapeutica, comprende i controlli periodici di salute, il monitoraggio dello sviluppo cognitivo e relazionale, l'educazione sanitaria, la prevenzione e, non meno importante, il sostegno alla genitorialità. A tutt'oggi solo otto Regioni (Lazio, Puglia, Liguria, Campania, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Abruzzo) e una Provincia autonoma (Trento) hanno ratificato l'Accordo e, comunque, in pratica non lo applicano per quanto riguarda l'iscrizione suddetta. Altre Regioni, che invece non hanno ratificato l'accordo, lo applicano con modalità varie. In conclusione, nonostante l'Accordo avesse l'obiettivo di uniformare diritto e procedure nelle Regioni, in assenza di una *governance* nazionale, (in questo caso da parte del Ministero della Salute), le differenze e le disuguaglianze sono aumentate (Geraci S., 2013).

Il Gruppo di Lavoro del Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria (GLNBI-SIP), che da vent'anni si occupa del diritto alla salute del minore migrante, ha seguito i cambiamenti che hanno caratterizzato la popolazione pediatrica migrante e i suoi bisogni di salute, stilando vari pro-

tocolli per l'accoglienza sanitaria del bambino migrante che nel tempo sono stati ridefiniti in base all'emersione di nuove problematiche. Le nuove tipologie di minori migranti, soprattutto i minori non accompagnati, i figli di profughi o richiedenti asilo, molto spesso adolescenti, hanno fatto nascere l'esigenza di modificare ulteriormente le linee assistenziali (Consensus GLNBI-SIP - Roma 30 novembre 2013) in modo che il pediatra, "in scienza e coscienza", le possa utilizzare ed adattare ad ognuna delle suddette tipologie e nello specifico, in base al contesto di provenienza, alla storia personale e familiare, all'anamnesi fisiologica e patologica, al singolo bambino. Ogni standardizzazione nell'approccio rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici con ricadute importanti, non necessariamente positive, oltre che sulla spesa sanitaria anche sui diritti fondamentali dei minori, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

Queste nuove indicazioni dovrebbero essere considerate anche nell'accoglienza sanitaria dei bambini, di ogni età, che arrivano via mare a Lampedusa e alla costa orientale della Sicilia [da 4.499 – su un totale di 62.692 migranti – di cui 4.209 MSNA nel 2011 (IDOS, 2013), a 7.928 – su 40.244 – con 4.954 MSNA nel 2013 (Save the Children, 2013)]. Senza dimenticare le possibili patologie contratte nel paese d'origine, la salute di questi minori al momento dello sbarco è prevalentemente minata dalle dure condizioni di viaggio che hanno dovuto sopportare. Traumi fisici (ustioni chimiche, colpi di sole, ipotermia), disidratazione, infezioni respiratorie e gastroenteriche acute, malnutrizione, denutrizione segnano il corpo di questi bambini. Non evidenti subito ma altrettanto gravi sono i traumi psichici (stress da sradicamento, perdita di familiari, abusi)

che, se non curati al più presto, sono destinati a segnare per sempre la loro vita. A tutt'oggi, la gestione della loro accoglienza sanitaria e della loro tutela sul territorio italiano si compie in modo disorganizzato, con un continuo "rimpallo" di competenze e responsabilità tra istituzioni locali e nazionali, che li espone a ulteriori rischi (Save the Children, 2013). L'identificazione della minore età, ad esempio, è eseguita con ricorso improprio alla radiografia del polso e in assenza di consulenza pediatrica; in seguito, sono ospitati in strutture di soccorso e prima accoglienza, prive degli standard essenziali per minori (promiscuità con adulti, scarsa igiene ambientale, nutrizione inadeguata) soprattutto per lunghi periodi.

Nel rispetto della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia che dispone che "gli stati parte s'impegnano a rispettare i diritti (...) di ogni bambino che dipende dalla loro giurisdizione, senza discriminazioni" (art. 2), è prioritario rendere il più breve possibile il tempo di permanenza dei minori nei luoghi di sbarco. Nei centri di prima accoglienza sanitaria dovrebbero essere previste le figure del pediatra e del mediatore linguistico-culturale e, per il supporto e la tutela legale, la nomina di un tutore del minore. Anche la continuità assistenziale per il tempo di permanenza nei luoghi di seconda accoglienza dovrebbe essere affidata a un pediatra o a un professionista con competenze pediatriche, tenendo comunque conto della necessità di un intervento multidimensionale e multiprofessionale.

A questo riguardo la SIP, nell'ottobre 2013, ha riaffermato la centralità della figura del pediatra nella difesa dei diritti del bambino, in particolar modo quello alla salute, facendosi promotrice del "Manifesto della Società Italiana di Pediatria e delle associazioni scientifiche e professio-

nali dell'area pediatrica per una mobilitazione generale in difesa dei bambini migranti nel Mar Mediterraneo». Nell'ambito di questa iniziativa, la formazione riveste un ruolo fondamentale ed è in corso l'ideazione e la strutturazione di un "Corso di Formazione per operatori sanitari in servizio nei Centri di prima accoglienza per i migranti". Questo corso si propone non solo di fornire, in un'ottica transculturale, le nozioni scientifiche e di pratica clinica relative all'assistenza di questi bambini, ma anche di arricchire la "competenza culturale" dei professionisti per quanto riguarda le diverse tipologie di minori migranti presenti in Italia, le più frequenti problematiche socio-sanitarie, le normative italiane/europee relative a ciascuna di queste.

La speranza del GLNBI-SIP è che, al più presto, gli argomenti inerenti al diritto e alla tutela della salute del minore migrante siano oggetto di insegnamento anche nell'ambito dei corsi universitari delle Facoltà di Medicina e delle Scuole di Specialità con pari dignità rispetto ad altre materie. Questo permetterebbe ai futuri pediatri di essere più preparati ad "accogliere" il bambino migrante e la sua famiglia, ad individuare e rimuovere gli ostacoli e le situazioni che determinano quel "mal - essere" che invece di integrare allontana ed emargina, con conseguenze a volte devastanti. Il pediatra dovrebbe diventare un "catalizzatore" nel processo d'integrazione, ottimizzando così i risultati del suo lavoro e potenziando la possibilità del bambino di godere a pieno i suoi diritti.

Note

- ¹ Stranieri non appartenenti all'Unione europea senza permesso di soggiorno (Straniero Temporalmente Presente - STP).
- ² Cittadini dell'Unione Europea indigenti, senza TEAM, senza attestazioni di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN (Europei Non Iscritti - ENI).

Bibliografia

- Dahlgren G., Whitehead M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for future studies, Stockholm.
- Save the Children, *Dossier Minori Migranti in arrivo via mare 2013*, Italia.
- Geraci S., *Se il Ministero e le Regioni disattendono le regole. Il punto sull'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 20 Dicembre 2012*, in «Il Sole24Ore - Sanità», Febbraio 2014.
- GLNBI-SIP, *Nuove indicazioni per l'accoglienza sanitaria del minore migrante*. Consensus GLNBI-SIP - Roma 30 novembre 2013. www.glnbi.org.
- Immigrazione Dossier Statistico 2013 - Centro Studi e Ricerche IDOS.
- Piasere L., *Scenari dell'antiziganismo tra Europa e Italia, tra antropologia e politica*, SEIS, Firenze 2012.
- Zincone G., *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati*, Il Mulino, Bologna 2000.
- Zincone G., *Immigrazione: Segnali di integrazione: sanità, scuola, casa*, Il Mulino, Bologna 2009.

2013: Accoglienza sanitaria del minore migrante - Minori stranieri non accompagnati

Alessio Fasulo

Save the children - Progetto Praesidium

Progetto "Praesidium"

Nel 2006 il Ministero dell'Interno-Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione ha avviato il progetto denominato "Praesidium" sottoscrivendo singole convenzioni di collaborazione con l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), la Croce Rossa Italiana (CRI) e, a partire dalla terza annualità, anche con Save the Children Italia (SCI). Tale progetto nasce dall'esigenza del Dipartimento di dare piena attuazione ai compiti istituzionali ad esso assegnati che prevedono, tra gli altri, la predisposizione di misure di accoglienza umanitaria e di assistenza nei confronti degli stranieri privi di mezzi di sostentamento ed in condizioni di soggiorno irregolare in arrivo via mare attraverso la frontiera Sud del Paese (c.d. "flussi migratori misti") ed il potenziamento dell'accoglienza rispetto ai flussi migratori che interessano l'isola di Lampedusa, la Sicilia, ed altri luoghi della frontiera marittima dell'Italia meridionale.

Il Ministero dell'Interno, che coordina il Progetto Praesidium, ha affidato a ciascuna delle quattro Organizzazioni coinvolte nel progetto (CRI, OIM, Save the Children Italia e UNHCR) un ruolo specifico, alla luce dei rispettivi mandati.

Save the Children è la più grande Organizzazione internazionale indipendente per la difesa e la promozione dei diritti dei

bambini. Fondata nel 1919, opera in oltre 120 paesi del mondo. Save the Children Italia, creata alla fine del 1998 come Onlus, porta avanti attività e progetti a tutela dei minori sia in Italia che all'estero. L'intervento di Save the Children Italia nell'ambito del Progetto Praesidium è volto a garantire l'informazione e la consulenza legale nei confronti dei minori migranti in arrivo via mare, a sviluppare un monitoraggio delle condizioni di accoglienza dei minori migranti e a supportare lo sviluppo di un sistema operativo di identificazione e assistenza dei minori migranti che garantisca il rispetto e la promozione dei diritti dei quali sono titolari. A questo fine, l'Organizzazione ha ricevuto il mandato di svolgere attività di informazione e consulenza legale rivolta ai minori e ai principali attori coinvolti nel percorso di individuazione e presa in carico dei minori, monitoraggio degli standard di accoglienza nei Centri per immigrati e nelle comunità per minori, monitoraggio del processo di apertura delle tutele, rilascio dei permessi di soggiorno, conversione del permesso di soggiorno o presentazione della domanda di asilo da parte dei minori, monitoraggio della procedura di identificazione dei minori, attività di formazione e messa in rete delle strutture di accoglienza con i servizi del territorio. Save the Children visita inoltre periodicamente le comunità per minori, in cui vengono trasferiti i minori

non accompagnati, e i CARA in cui vengono trasferiti i minori in nucleo familiare.

Tutte le attività svolte da Save the Children all'interno del progetto Praesidium, nonché le criticità e le buone prassi rilevate nei territori nell'ambito del proprio mandato, sono oggetto di un rapporto pubblico che Save the Children presenta periodicamente. In attesa del rapporto relativo all'anno 2013 che è in fase di predisposizione, è disponibile sul sito di Save the Children un dossier di monitoraggio sulla situazione dei minori migranti.

Situazione in frontiera

Nel corso del 2013 i flussi migratori in arrivo alla frontiera sud dell'Italia si sono intensificati considerevolmente: sono stati quasi 4 volte di più (42.925) rispetto al 2012. Ad essere aumentato, in particolare, è il numero di donne e minori, rispettivamente 5.477 e 8.336 nel 2013.

In particolare degli 8.336 minori, 3.104 sono arrivati accompagnati da almeno un adulto, mentre 5.232 erano minori non accompagnati; rispetto alla nazionalità si rileva che la maggior parte dei minori accompagnati erano siriani (2.240), mentre la maggior parte di quelli non accompagnati erano oltre che siriani (1.224), anche egiziani (1.144) e somali (820). Inoltre sembra importante evidenziare come la quasi totalità dei minori (7.190), accompagnati (2.809) e non (4.381), sia arrivata sulle coste siciliane in particolare a Lampedusa (2.033 minori, di cui 1.493 non accompagnati e 540 accompagnati) e, altro elemento di novità rispetto all'anno precedente, in provincia di Siracusa (3819 minori, di cui 1.992 accompagnati) Si è registrata, invece, una considerevole diminuzione degli arrivi in Puglia (oltre 2.600 nel 2012 a fronte di 1.030 nel 2013).

I flussi migratori in questi primi mesi del 2014 sembrano ulteriormente in cre-

scita rispetto al 2013: tra il 1 gennaio e il 28 febbraio 2013 erano 449 i migranti arrivati in Italia via mare, nello stesso periodo del 2014 sono stati oltre 10 volte di più (5.506). Ad essere aumentato, in particolare, è il numero di donne e minori, rispettivamente 10 e 72 nel periodo gennaio/febbraio 2013, 259 e 860 nello stesso periodo del 2014.

Per quanto riguarda in particolare i minori, è evidente una crescita più di dieci volte superiore rispetto all'anno precedente del numero dei minori in nucleo familiare (140/10) e dei minori non accompagnati (720/62).

I principali Paesi di origine dei migranti adulti, uomini e donne, arrivati via mare sulle coste italiane nei primi due mesi del 2014 sono stati Mali (1.122) e Gambia (833)

Al 28 febbraio 2014, rispetto alla nazionalità dei minori si rileva che la quasi totalità (92) di quelli in nucleo familiare sono siriani, mentre la maggior parte dei minori non accompagnati sono somali (216), gambiani (143) egiziani (86) e siriani (80).

Nonostante la chiusura del centro di Lampedusa, anche nei primi due mesi del 2014, la Sicilia, in particolare il porto di Augusta, rappresenta il principale punto di approdo delle navi della Marina Militare impegnate nell'operazione Mare Nostrum.

Criticità e Proposte

Nel 2013 non sono state predisposte soluzioni strutturali per riorganizzare il sistema di accoglienza dei minori non accompagnati nel suo complesso e affrontare le questioni inerenti l'onere finanziario della loro accoglienza. Probabilmente l'unico segnale di cambiamento rispetto alla costruzione di un sistema nazionale di accoglienza è stato l'avvio della sperimentazione di un Sistema Informativo *on line* (SIM) per la tracciabilità del percorso di accoglienza del minore non accompagnato sul territorio nazionale, iniziata alla fine

del mese di novembre da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in 6 province (Ancona, Bari, Bologna, Siracusa, Torino e Venezia).

Per quanto riguarda invece l'onere finanziario dell'accoglienza, si segnala che il Fondo per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati è stato dotato di ulteriori 20 milioni di euro in seguito alla tragedia del 3 ottobre a copertura delle spese sostenute nel 2013. Le Regioni non hanno ancora deciso di dedicare una quota del Fondo per le Politiche Sociali ai minori stranieri non accompagnati, così come la stessa previsione non è contenuta nei Piani di Zona di tutti i Comuni. Entrambe queste disposizioni consentirebbero di garantire piena copertura e compartecipazione tra i vari livelli di governo territoriale all'onere dell'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati.

Il centro di Lampedusa ha continuato ad essere utilizzato per tutto il 2013 a regime ridotto, con una disponibilità di appena 250 posti di cui solo 50 riservati a donne e minori.

In altre zone di arrivo dei migranti, nonostante il flusso di arrivi sia stato costante, come a Siracusa e in Calabria, non è stato individuato alcun centro di primissima accoglienza dove collocare i migranti appena sbarcati o sono stati individuati delle strutture non idonee, con la conseguenza che i posti dove collocare i migranti appena sbarcati vengono individuati di volta in volta e spesso non sono luoghi idonei ed attrezzati per far fronte alle esigenze primarie di chi arriva.

A livello normativo, una novità molto importante e positiva per la protezione dei minori non accompagnati richiedenti protezione internazionale consiste nel fatto che a gennaio 2014 entrerà in vigore il Nuovo Regolamento Dublino III che stabilisce nuovi criteri e meccanismi di determi-

nazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di protezione internazionale presentata in uno degli Stati membri da un cittadino di un paese terzo o da un apolide. Per quanto riguarda i minori richiedenti asilo, sono introdotte norme di maggior favore. All'art. 6 si precisa che l'interesse superiore del minore deve costituire un criterio fondamentale nell'attuazione, da parte degli Stati membri, di tutte le procedure previste nel Regolamento e che nel valutare l'interesse superiore del minore, gli Stati devono cooperare strettamente tra loro e tenere in debito conto, in particolare, i seguenti fattori: a) le possibilità di ricongiungimento familiare; b) il benessere e lo sviluppo sociale del minore; c) le considerazioni di sicurezza, in particolare se sussiste un rischio che il minore sia vittima della tratta di esseri umani; d) l'opinione del minore, secondo la sua età e maturità. È previsto, inoltre, l'ampliamento delle figure alle quali il minore può, se vuole, essere ricongiunto (non più soltanto i genitori, ma anche un fratello o un parente, comprendendo anche in tale definizione zii e nonni). Nel Nuovo Regolamento Dublino si conferma che, in mancanza di un parente in uno dei Paesi europei, è competente ad analizzare la domanda di protezione internazionale lo Stato membro in cui il minore non accompagnato ha presentato la domanda di protezione internazionale. In proposito occorre tenere in considerazione che una recente sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea ha chiarito che lo Stato competente all'esame della domanda di asilo di un minore non accompagnato che abbia presentato domande di asilo in più Stati membri è lo Stato membro nel quale il minore si trova dopo avervi depositato l'ultima istanza di protezione internazionale.

Nel corso dell'esperienza maturata

negli anni, Save the Children ha riscontrato alcune criticità nel sistema di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati fra cui il tempo eccessivamente lungo per l'accoglienza dei minori nelle comunità, la mancanza di centri di primissima accoglienza, i tempi lunghi di nomina dei tutori nonché la nomina di sindaci *pro tempore*, uffici dei servizi sociali o responsabili delle comunità come tutori.

Prendendo spunto dalla volontà di definire un sistema stabile di accoglienza, con regole certe, volto a garantire pari condizioni di accesso a tutte le persone di minore età, maggiore stabilità e dunque qualità nella rete di accoglienza, ottimizzazione delle risorse pubbliche, dal momento che è noto che, nelle fasi di emergenza, cresce anche la spesa e diviene più difficile garantire efficienza e trasparenza, Save the Children ha elaborato una *Proposta di Legge in materia di tutela e protezione dei minori stranieri non accompagnati*, che è stata presentata alla Camera lo scorso 4 ottobre a firma di parlamentari di quasi tutti i gruppi politici (AC 1658).

I punti salienti che vengono affrontati dalla proposta di legge riguardano la necessità di uniformare le procedure di identificazione e accertamento dell'età; l'istituzione di un sistema nazionale di accoglienza, con un numero adeguato di posti e standard qualitativi garantiti, e l'attivazione di una banca dati nazionale per governare l'invio delle persone di minore età che giungono in Italia nelle strutture di accoglienza dislocate in tutte le regioni, sulla base delle disponibilità di posti e di eventuali necessità e bisogni specifici delle persone di minore età stesse; la continuità del finanziamento di un fondo nazionale per l'accoglienza delle persone straniere di minore età non accompagnate che non gravi sulle spese dei Comuni di rintraccio; il coinvolgimento attivo delle

comunità nell'accoglienza e nell'integrazione delle persone straniere di minore età non accompagnate, sviluppando l'affido familiare come alternativa alla comunità e la figura dei "tutori volontari" in rete con i Garanti dell'Infanzia.

Raccomandazioni

Alla luce di tali considerazioni Save the Children raccomanda:

- Al Parlamento di esaminare la *Proposta di Legge in materia di tutela e protezione dei minori stranieri non accompagnati*, elaborata da Save the Children e presentata alla Camera lo scorso 4 ottobre (AC 1658).

- Al Parlamento, di dotare il Fondo per i minori stranieri non accompagnati di risorse adeguate al fine di sostenere lo sforzo economico delle amministrazioni locali nel lavoro di accoglienza;

- Alle Regioni e ai Comuni di dedicare una specifica attenzione ai minori stranieri non accompagnati, rispettivamente nella ripartizione del Fondo per le Politiche Sociali e nella definizione dei Piani di zona;

- Al Governo di garantire la corretta e rapida applicazione del Regolamento Dublino III fin dalla sua entrata in vigore (gennaio 2014)

- Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e all'Unità Dublino presso il Ministero dell'Interno di accelerare le procedure volte a garantire un rapido trasferimento dei minori non accompagnati presso familiari regolarmente soggiornanti in Italia o in altri Paesi europei.

Bibliografia

- Praesidium Project, *Recommendations and good practices in the management of mixed migratory flows by sea*.
 Save the Children (2012), *Report on monitoring of children cares in Sicilia, Puglia, Calabria*.



Save the Children (2013), *Minori Migranti in Arrivo Via Mare*, dossier.

Save the Children (2013), *I piccoli schiavi invisibili*, dossier.

Report Nazionale minori stranieri non accompagnati aggiornato al 31 gennaio 2014 (Direzione Generale dell'Immigrazione e delle politi-

che di integrazione - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).

Dossier statistico immigrazione (Centro Studi e Ricerche IDOS - 2013).

DDL AC1658.



Il percorso della cittadinanza per le II generazioni, tra integrazione e interazione

Elvira Maria Ricotta

Associazione Culturale e Sportiva QuestaèRoma – Contro le discriminazioni

“QuestaèRoma” è un’associazione che si occupa di emarginare ogni forma di discriminazione attraverso l’arte, le attività ricreative e la cultura, grazie all’impegno di ragazze e ragazzi provenienti da Paesi e contesti socioculturali diversi.

Artisti, scrittori, attori, giornalisti, attivisti, lavoratori e studenti, nati e/o cresciuti nella Capitale da genitori stranieri, si sono riuniti per realizzare un movimento che includa tutti a prescindere dalle origini, dal sesso, dal credo religioso e dalle condizioni economiche e sociali.

Dall’unione di tanti ragazzi che nel corso degli anni hanno maturato competenze ed esperienze associative, politiche, civili, artistiche e culturali in merito ai temi riguardanti la cittadinanza sociale e più in generale contro ogni forma di discriminazioni, nasce “QuestaèRoma” con la consapevolezza della necessità di un punto di riferimento territoriale trasversale in grado di fare una sintesi politica e culturale sulle necessità e le complessità di una realtà sociale sempre più diversificata e stratificata.

Molti giovani di “seconda generazione” vivono discriminazioni razziali e socio/culturali che spesso esulano dal semplice fatto di non avere la cittadinanza. Di frequente capita di sentirsi “diversi” ed essere considerati immigrati anche se italiani di “diritto” e non solo di “fatto”. Per un’inversione di tendenza rispetto a questa perce-

zione è necessario un impegno a lungo termine, anche da parte delle amministrazioni locali, sul piano culturale che stimoli la partecipazione ed un mirato sistema di orientamento verso i numerosi servizi e le opportunità che Roma offre ai suoi giovani cittadini.

Attraverso le numerose competenze e i diversi punti di vista che confluiscono in questa realtà associativa, “QuestaèRoma” si pone l’obiettivo di portare un nuovo concetto di cittadinanza per una città più inclusiva e meno discriminatoria, con lo sguardo rivolto alle grandi capitali europee ma con un chiaro riferimento all’articolo 3 della nostra Costituzione.

L’associazione persegue i suoi obiettivi rivolgendosi a tutti i giovani e non solo, attraverso attività partecipate, orizzontali e alla portata di tutti con un linguaggio efficace e creativo coinvolgendo romani, nuovi romani e romani per scelta che hanno deciso di costruire il proprio futuro in questa città.

Il direttivo è composto da Samia Oursana, Elvira Ricotta Adamo, Ireneo Spencer, Cristina Leon Zambrano, Amir Issaa, Amin Nour, Kwanza Mussi Dos Santos e Igiaba Scego, nelle vesti di socio onorario, con centinaia di followers.

Attività di QuestaèRoma

Attività centrale dell’associazione è la partecipazione ai dibattiti, alle iniziative e



l'interazione con altre realtà associative, le istituzioni (nazionali e territoriali), le scuole e i giovani che sono interessati nell'approfondire i temi legati a "QuestaèRoma". Finora sono stati numerosi gli appuntamenti, le iniziative e i progetti a cui l'associazione ha preso parte.

Le iniziative realizzate da "QuestaèRoma" sono principalmente condotte attraverso un linguaggio creativo, con un messaggio mirato e con la possibilità di rendere le attività il più "social" possibili per poter raggiungere più facilmente i giovani della città.

Collaborazioni e adesioni

"QuestaèRoma" oltre alle azioni promosse sta portando avanti una serie di collaborazioni e adesioni a diversi progetti di portata territoriale, nazionale ed europea.

Promotrice della campagna territoriale "La Barca dei diritti – per l'accoglienza e una Roma plurale", per la quale ha curato la parte relativa ai diritti di cittadinanza.

Collaborazione con UNAR e con la Direzione Generale dell'Immigrazione e delle

Politiche di Integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Aderente al progetto europeo IPPI sulla partecipazione politica dei cittadini stranieri con l'IPRS (Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali).

Infine l'associazione ha ideato il progetto "Roma Parks – il camper dei diritti" un piano di lavoro che si concentra nelle scuole e tra le strade delle periferie della capitale per informare, educare e favorire la partecipazione dei giovani utilizzando un linguaggio giovanile e creativo per combattere le discriminazioni.

Associazione Culturale e Sportiva

C.F. 97762990584

Via Amedeo Cencelli, 90

00177 ROMA

E-mail: questaeroma@gmail.com

Tel: +39 3386125554

www.facebook.com/questaeroma



Prima dello *ius soli*

GRIS FVG

Gruppo Immigrazione Salute Friuli Venezia Giulia

Nel 2008 si profilavano concrete iniziative di modifica del testo della legge Bossi Fini, che assemblate sotto il nome di 'pacchetto sicurezza' sarebbero diventate legge nell'estate successiva (l.94/2009 – Disposizioni in materia di sicurezza pubblica).

Nell'ambito della discussione parlamentare furono presentati emendamenti che prevedevano l'abrogazione del comma 5 dell'art. 35 del D.L.286/1998 (Testo Unico sull'immigrazione). Era chiaro l'intento di trasformare le strutture sanitarie in centri di identificazione degli immigrati irregolari, che sarebbero stati quindi denunciati per il reato di ingresso e/o soggiorno illegale introdotto dalla stessa legge. Si scatenò una grande mobilitazione: l'Ordine dei Medici della Provincia di Udine, accogliendo l'appello della SIMM, pubblicamente precisò: *"Qualora dovesse passare i provvedimenti annunciati dal governo, i medici dovranno rifiutarsi di denunciare i pazienti immigrati irregolari, esercitando l'obiezione di coscienza per non venir meno ai principi etici e deontologici della loro professione"*.

La campagna NOI NON SEGNALIAMO costrinse i parlamentari a cancellare quell'emendamento: nonostante l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare, è infatti rimasto in vigore il dispositivo previsto dal comma 5 dell'art. 35 del TU: *"L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, ..."*

Meno forte - e con caratteri di estrema occasionalità - si levò la voce contro la norma che imponeva (con formule di difficile lettura che rendono le leggi testi da deciptare) la presentazione di "documenti inerenti il soggiorno" anche per la richiesta di "atti di stato civile" (legge 94/2009 art. 1, comma 22 lettera g).

Infatti, il "pacchetto sicurezza" introduceva, non solo il reato di ingresso e/o soggiorno illegale ma anche l'obbligo di dimostrare la regolarità del soggiorno ai fini del perfezionamento degli atti di stato civile (matrimonio, registrazione della nascita, riconoscimento del figlio naturale, registrazione della morte), oltre ad altre norme atte a complicare vari adempimenti burocratici ed amministrativi cui devono sottostare gli immigrati anche ai fini dell'accesso ai servizi (con esclusione di sanità, nei termini già precisati dalle norme precedenti, e scuola dell'obbligo)

Il GrIS del Friuli Venezia Giulia nel 2011, si pronunciò contro quella norma, dichiarando esplicitamente che l'esistenza giuridicamente riconosciuta di minori nati in Italia non poteva essere affidata alla labilità di una circolare, ma doveva essere garantita dalla legge: infatti a pochi giorni dall'approvazione del "pacchetto sicurezza" era stata emanata dal Ministero dell'Interno la circolare n. 19 che sostanzialmente consente ciò che la legge nega.

Come scritto nel quinto rapporto del gruppo CRC 2011-2012 al Cap. 3.1, *"l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno*

illegale previsto dalla Legge 94/2009, con il conseguente obbligo di denuncia da parte dei pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio che vengano a conoscenza della situazione di irregolarità di un migrante, comporta il rischio che i genitori presenti in Italia privi di permesso di soggiorno possano non accedere ai pubblici servizi, compresi quelli anagrafici per la registrazione del figlio appena nato. La Circolare del 7 agosto 2009 del Ministero dell'Interno ha cercato di porre rimedio a questa situazione, chiarendo che non è necessario esibire documenti inerenti al soggiorno per attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione (registro di nascita - dello stato civile). ... Si deve comunque sottolineare come la Circolare Ministeriale non sia una fonte primaria del diritto e di conseguenza sia suscettibile di essere modificata o revocata dal potere esecutivo senza bisogno di alcun passaggio parlamentare.

Il timore, quindi, di essere identificati come irregolari può spingere i nuclei familiari ove siano presenti donne in gravidanza sprovviste di permesso di soggiorno a non rivolgersi a strutture pubbliche per il parto, con la conseguente mancata iscrizione al registro anagrafico comunale del neonato...

Il CRC ha rilanciato la raccomandazione del Comitato ONU sui Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza perché il Governo italiano si impegni a superare le restrizioni legali e pratiche rispetto al diritto dei minori di origine straniera di essere registrati alla nascita e ha sua volta raccomandato al Parlamento di attuare una riforma legislativa che garantisca il diritto alla registrazione per tutti i minori, indipendentemente dalla situazione amministrativa dei genitori.

Alla Camera dei Deputati è stata ripresentata una proposta di legge (n.740) che, con un solo articolo, cui non necessita copertura finanziaria, ripristinerebbe il diritto

ad esistere di ogni bambino: "Modifica dell'art 6 del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 in materia di obbligo di esibizione dei documenti di soggiorno" presentata il 13 aprile 2013 a prima firma Rosato.

Il 26 febbraio di quest'anno una mozione del consiglio regionale del Friuli V.G. ne ha raccomandato l'approvazione.

L'eventuale passaggio dallo *ius sanguinis*, come criterio primario per l'acquisizione della cittadinanza italiana, allo *ius soli* renderebbe comunque necessaria la correzione della norma del 2009. La cittadinanza (oggi quella dei genitori, domani – nei casi previsti – quella legata al territorio) per essere riconosciuta deve essere da qualche parte trascritta e, se il certificato di nascita non c'è, resta un principio volatile che non può garantire per sé i diritti imprescindibili del nuovo nato.

Note bibliografiche

<http://diarialtro.it/?tag=anagrafe>
<http://diarialtro.it/?tag=bambini>
<http://www.linkiesta.it/immigrati-figli-anagrafe>
http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/6_rapporto_CRC.pdf
<http://www.simmweb.it/index.php?id=358>
<http://www.simmweb.it/index.php?id=373>
http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/16/0159_circ_19_anagrafe.pdf
http://www.asgi.it/public/parser_download/save/corte_costituzionale_sentenza_245_2011.pdf
http://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/scheda/apriTelecomando_wai.asp?codice=17PDL0005820
<http://www.camera.it/leg17/126?tab=1&leg=17&idDocumento=740&sede=&tipo=>
http://lexviewint.regione.fvg.it/IterLeggi/MOZ-Pagine/MOZ_dettaglio.aspxNUMO=3421&LEG=295830&NODG=21

La solidarietà e i nuovi orizzonti della sanità samaritana

Giovanni Baglio

SIMM - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Viviamo oggi in un contesto mutevole, contraddistinto dall'emergenza di nuove e diffuse fragilità, cui si associa – quasi per contrappasso – un progressivo indebolimento del sistema pubblico delle garanzie, rappresentato dal *Welfare State*. La crisi attraversa anche il mondo della sanità, alle prese con una profonda riorganizzazione in cui il tema delle buone pratiche e della loro effettiva accessibilità nella realtà quotidiana dei servizi sembra scolorire di fronte all'imperativo impellente dei tagli alla spesa.

La misura di questa crisi si esprime concretamente nella perdita capacità di costruire orizzonti e di trovare solidi ancoraggi semantici da cui partire per lo sviluppo di un nuovo lessico (organizzativo e gestionale) della sanità. Così, la crisi di linguaggio – manifestatasi pienamente nella deriva terminologica di sapore aziendal-efficientista che riduce la sanità a mercato, i pazienti a clienti e la tutela della salute a mera questione di benchmarking – tradisce una più profonda rarefazione del sistema di valori e di regole, centrato sul bene comune, sul contrasto alle disuguaglianze e sull'inclusione sociale, che fu posto a fondamento del Servizio sanitario nazionale nella grande riforma del '78, sulla scia della dichiarazione di Alma Ata¹.

La complessità e il vincolo della solidarietà

In quest'epoca di grandi trasformazioni e mutamenti paradigmatici, un concetto

che sembra esprimere appieno lo spirito del tempo, l'umore culturale, e che riassume in sé i costrutti positivi della deriva postmoderna, è rappresentato dalla complessità.

Per quanto la complessità sia spesso considerata in opposizione alla semplicità, questo rischia di risultare fuorviante; il termine da contrapporre a "semplicità" sarebbe piuttosto "complicazione", che è cosa diversa dalla complessità. Complicato deriva da *cum plicatum* (che significa "piegato insieme") e in questo senso la complicazione può e deve essere "spiegata", cioè resa semplice e lineare. Invece complesso (da *cum plexus*, ossia "intrecciato insieme") è l'ordito, la trama, ciò che viene tessuto insieme. Per questo, la complessità deve essere vista più che altro in antitesi alla "separazione": ossia come approccio di tipo relazionale, che predilige l'intreccio ai singoli fili, l'integrazione alla riduzione in parti, lo studio dei fenomeni collettivi emergenti ai comportamenti individuali e decontestualizzati.

In questo quadro, dobbiamo chiederci allora quale posto occupi la **solidarietà**.

"*Tutte le cose sono collegate*", insegnava il capo indiano Seattle al Presidente degli Stati Uniti. "*Qualunque cosa succeda alla terra succede ai figli della terra. L'uomo non ha tessuto la trama della vita: egli è un filo. Qualunque cosa egli faccia alla trama egli lo fa a se stesso*"².

Emerge dunque una solidarietà "verti-



cale", che ci lega indissolubilmente alla trama naturale (alla nostra stessa natura di esseri viventi nel mondo); ma emerge anche una solidarietà "orizzontale", che ci lega irrimediabilmente agli altri, alla trama sociale. Diceva Martin Luther King: *"L'ingiustizia che si verifica in un luogo minaccia la giustizia ovunque. Siamo tutti presi in una rete di reciprocità alla quale non si può sfuggire, legati a un unico destino. Qualsiasi cosa colpisca direttamente uno, colpisce indirettamente tutti"*³.

In questo senso, la solidarietà non può essere considerata propriamente un *fine* da perseguire o un *mezzo* di cui servirsi: deve piuttosto ritenersi un **vincolo**; ed è nel rispetto di questo vincolo che va ricostruito il nostro stare nel mondo e nella società.

I nuovi orizzonti della sanità samaritana

Quali implicazioni discendono da questa riflessione per noi operatori impegnati nella tutela della salute degli immigrati e, in generale, dei gruppi più svantaggiati della popolazione?

In alternativa alla visione della "sanità-mercato", espressione del paradigma neoliberalista dell'*homo oeconomicus*, egocentrico e calcolatore, crediamo che il Sistema sanitario nazionale debba in qualche modo ripartire dagli "ultimi", nel tentativo estremo di riscattare i propri valori fondativi; e ripensarsi nei termini di quella che potremmo definire come sanità "samaritana" – una sanità che, in forza del vincolo di solidarietà, si orienta su quattro direttrici principali: l'attenzione, la prossimità, l'equità e la responsabilità.

Attenzione

La capacità di intercettare e riconoscere i bisogni di salute, ovunque essi si manifestino anche in forma sommersa, attraverso una lettura aperta e intelligente dei

diversi contesti, diviene propedeutica a qualsiasi forma di organizzazione dell'offerta sanitaria. In questa prospettiva, è necessario costruire ponti e stringere alleanze tra le istituzioni pubbliche, il mondo delle associazioni non profit e le comunità presenti in un dato territorio, al fine di realizzare un vero e proprio "sistema recettoriale" dei bisogni, sensibile alle problematiche sociosanitarie e in grado di attivarsi di fronte alla molteplicità delle forme sotto cui si nasconde la fragilità.

Prossimità

La necessità di garantire una vicinanza d'offerta alle persone bisognose di cura è alla base di nuove forme di organizzazione sociosanitaria che si richiamano esplicitamente alla centralità del concetto di "rete assistenziale". La rete viene intesa come sistema integrato di servizi e di competenze, in grado di garantire copertura territoriale e tempestività di risposta. Nel nostro contesto di medicina delle migrazioni, assume particolare rilevanza il tema dell'offerta attiva di prestazioni sanitarie, soprattutto a beneficio dei gruppi cosiddetti "*hard to reach*".

Equità

Lo sviluppo di una società può essere giudicato dalla qualità della salute della sua popolazione, dalla giustizia con cui la salute è distribuita all'interno del vantaggio sociale e dal livello di protezione garantito alle situazioni di svantaggio. Le persone socialmente vulnerabili hanno maggiori difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria, si ammalano di più e muoiono prima rispetto a chi si trova in condizioni di maggior vantaggio socioeconomico. Si tratta allora di affrontare la questione delle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sociosanitari, attraverso un'analisi approfondita dei bisogni



e lo sviluppo di modelli organizzativi e percorsi a bassa soglia, per la presa in carico di persone e gruppi ad alto rischio di marginalità sociale.

Responsabilità

Il tema della responsabilità è strettamente ancorato al perseguimento del bene comune come fine ultimo dell'agire sociale. Tutti i membri e le organizzazioni presenti nella società, compresi quelli che operano in ambito sanitario, in forza dell'imperativo etico che li spinge a operare per il bene comune, sono chiamati a un'assunzione di responsabilità e all'obbligo della rendicontazione. Il tema dell'*accountability* attraversa in special modo la sanità, in cui il dovere di rendere trasparenti ed espliciti i processi decisionali deve coniugarsi con la necessità di coinvolgere nei giudizi e negli orientamenti i singoli pazienti o, a seconda dei casi, l'intera comunità.

Note

- ¹ "Alma Ata Declaration on Primary Health Care", adottata dalla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, tenutasi il 6-12 settembre 1978 ad Alma Ata (ex-URSS) sotto l'egida dell'OMS (punto 10): "Un accettabile livello di salute per tutte le persone del mondo può essere raggiunto entro l'anno 2000 grazie a un migliore e più completo uso delle risorse mondiali [...]. Un'autentica politica di indipendenza, di pace, di distensione e di disarmo potrebbe e dovrebbe liberare risorse aggiuntive che potrebbero essere ben destinate a scopi pacifici e in particolare all'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico". Sito: http://it.wikipedia.org/wiki/Dichiarazione_di_Alma_Ata
- ² Lettera del capo indiano Seattle al presidente degli Stati Uniti, 1852.
- ³ Martin Luther King Jr, *Lettera dal carcere di Birmingham*, Usa, 16 aprile 1963.

Da Health for All a Universal Health Coverage

Gavino Maciocco

OISG – Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

Nel 2012 il tema della Copertura sanitaria universale diventa oggetto di una risoluzione approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite il 6 dicembre¹, dove si legge: "L'Assemblea Generale riconosce:

– l'importanza della copertura universale nei sistemi sanitari nazionali, specialmente attraverso i meccanismi di assistenza sanitaria di base e di protezione sociale, per fornire l'accesso ai servizi sanitari a tutti, e in particolare ai segmenti più poveri della popolazione;

– che la copertura sanitaria universale comporta che tutte le persone abbiano accesso, senza discriminazioni all'insieme dei servizi preventivi, curativi e riabilitativi, definiti nazionalmente, e ai farmaci essenziali, sicuri, economici, efficaci e di qualità, con la garanzia che l'uso di questi servizi non esponga i pazienti – particolarmente i gruppi più poveri e vulnerabili - alla sofferenza economica;

– che gli Stati Membri devono far sì che i sistemi di finanziamento della sanità impediscano il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti e introducano sistemi di prepagamento e di distribuzione del rischio per evitare spese catastrofiche a causa delle cure mediche e il conseguente impoverimento delle famiglie;

– il bisogno di continuare a promuovere, istituire o rafforzare politiche nazionali multi-settoriali e piani per la prevenzione e

il controllo delle malattie croniche e di applicare sempre più estesamente tali politiche e programmi, incluso il riconoscimento dell'importanza della copertura universale all'interno dei sistemi sanitari nazionali".

L'approvazione della risoluzione dell'Assemblea delle Nazioni Unite rappresenta secondo *Lancet* l'inizio di una nuova fase in cui la UHC diventa l'obiettivo chiave della salute globale.

"In tutto il mondo – si legge nell'editoriale – ogni anno circa 150 milioni di persone affrontano spese sanitarie catastrofiche a causa dei pagamenti diretti delle prestazioni, mentre 100 milioni sono trascinate al di sotto della linea di povertà. Nella misura in cui le persone sono coperte da meccanismi di distribuzione del rischio e di prepagamento, si riduce anche il numero di coloro che vanno incontro a danni finanziari causati dalle malattie. Un sistematico approccio verso la UHC può avere un effetto trasformativo nella battaglia contro la povertà, la fame e la malattia"².

Lancet aveva già dedicato a UHC una serie di editoriali e di paper nel settembre 2012. In uno di questi si sottolinea l'importanza della UHC nel miglioramento della salute della popolazione, in particolare della salute materno-infantile³. Uno studio, per esempio, ha rilevato una riduzione del 7,9% nella mortalità dei bambini al di

sotto dei 5 anni in risposta al 10% di incremento della spesa sanitaria pubblica pro-capite, mentre nessun effetto è stato osservato a seguito dell'aumento della spesa sanitaria privata⁴. Un recente rapporto dell'Unicef stima che aumentando di 10 punti percentuali la quota della spesa sanitaria destinata a forme di prepagamento si riduce il tasso di mortalità nei bambini al di sotto dei 5 anni del 15 per mille, equivalente a 500 mila vite di bambini salvati soltanto in India e Nigeria, senza aumentare la spesa sanitaria totale⁵.

“UHC si trova all'intersezione della politica sociale con la politica economica – scrive Julio Frenk, già ministro della sanità messicano. L'introduzione di riforme che promuovono la copertura universale non è soltanto una cosa buona sul piano etico; è anche un'idea brillante per raggiungere la prosperità economica. Questo è uno dei modi più potenti per combattere la povertà, mentre quando le società non assicurano un'effettiva copertura per tutti, ciò diventa un fattore di impoverimento per le famiglie. UHC quindi è in grado di mantenere una grande promessa: il focus sull'incremento dell'accesso a servizi di alta qualità con la protezione finanziaria integra politica sociale e economica in un modo che – se fatto bene – può portare benefici alle società in tutto il mondo”⁶.

Nella risoluzione delle Nazioni Unite del 6 dicembre 2012 riecheggiano affermazioni e concetti contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978. Ci troviamo di fronte al ritorno dell'universalismo, a una sorta di ricorso storico? Non esattamente perché la stagione che stiamo vivendo è profondamente diversa da quella in cui è nato e si è sviluppato l'universalismo, tuttavia non c'è dubbio che si è aperta una fase diversa. Diversa rispetto alla stagione di segno fortemente neo-liberista – degli anni '80 e '90 – che l'ha preceduta.

Note

- ¹ United Nations, General Assembly, *Global health and foreign policy*, A/67/L.36, 6 December 2012
- ² Vega J., *Universal health coverage: the post-2015 development agenda*, in «Lancet» 2013; 381: 179-80.
- ³ Moreno-Serra R., Smith P.C., *Does progress towards universal health coverage improve population health?*, in «Lancet» 2012; 380: 917-23.
- ⁴ Moreno-Serra R., Smith P.C., *The effects of health coverage on population outcomes: a country-level panel data analysis. Results for Development Institute Working Paper*, Results for Development Institute, Washington DC, 2011.
- ⁵ Brearley L., Marten R., O'Connell T., *Universal health coverage: a commitment to close the gap*. Save the Children, 2013. www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Universal_health_coverage_0.pdf.
- ⁶ Frenk J., De Ferranti D., *Universal health coverage: good health, good economics*, in «Lancet» 2012; 380: 862-3.

I profili di salute della popolazione immigrata in Sicilia attraverso i flussi informativi correnti

Gabriella Dardanoni

Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato Salute Regione Siciliana

Introduzione

In un mondo in veloce globalizzazione come l'attuale, i flussi migratori in entrata già da diversi anni stanno investendo significativamente il nostro Paese. Infatti l'Italia negli ultimi 10-15 anni è passata da Paese di emigrazione a Paese di immigrazione, e i dati disponibili confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno.

L'ISTAT stima al 1° gennaio 2013 la presenza della popolazione straniera residente in 4,4 milioni, pari al 7,4% del totale dei residenti; questa percentuale è variabile fra le diverse Regioni, e in Sicilia è inferiore alla media nazionale, attestandosi sul 2,6%, per un totale di circa 140.000 stranieri residenti.

Il fenomeno migratorio nel suo insieme costituisce una realtà complessa e in continua evoluzione; per certi aspetti assume caratteristiche territoriali diverse e ciò comporta notevoli difficoltà nelle analisi epidemiologiche.

Inoltre le informazioni che si possono ottenere riguardano soprattutto gli immigrati regolarmente presenti, che peraltro sono la maggioranza, anche se in alcuni casi è possibile ricavare informazioni anche sui non regolari, gli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), socialmente più svantaggiati a causa della loro condizione di maggiore deprivazione.

Le evidenze epidemiologiche disponibili dimostrano che per i gruppi vulnerabili

li della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Le persone in condizioni di povertà assoluta o relativa, quelle con scarso "capitale sociale" ovvero con basso livello di istruzione, con scarse risorse personali ed interpersonali, senza reti parentali e sociali, hanno maggiori rischi per la salute e maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi; inoltre ricevono spesso cure di qualità scadente.

Metodologia

Per la definizione e l'individuazione dei migranti il criterio della cittadinanza appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata; a questo proposito si distinguono i Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM: Africa, Asia tranne Israele, Corea del sud e Giappone, America centro-meridionale, Oceania tranne Australia e Nuova Zelanda, Europa centro-orientale compresi Rep. Ceca, Slovacchia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Ungheria, Cipro, Malta, Bulgaria, Romania) dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA: Europa tranne la centro-orientale, America settentrionale, Israele, Corea del sud, Giappone, Australia, Nuova Zelanda).

Il termine straniero dunque non è sinonimo di immigrato: l'immigrato è lo stra-

niero che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei PFP. Utilizzando tale criterio rimane esclusa quella quota di immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana, che tuttavia appare irrilevante. Vengono inclusi i bambini nati in Italia da genitori entrambi immigrati.

La popolazione di confronto è rappresentata da persone con cittadinanza italiana e da quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei PSA.

I flussi informativi che è possibile utilizzare nella Regione Sicilia per la descrizione della domanda di salute, tutti riferiti all'anno 2012, sono:

- Fonti demografiche ISTAT
- Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM)
- Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
- Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP)
- Attività dei consultori familiari
- Sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV.

Risultati

I primi risultati mostrano che, trattandosi di una popolazione giovane, il profilo di salute differisce da quello della rimanente popolazione.

Infatti l'età media dei residenti è di 41,6 anni per la popolazione PSA contro 35,5 per la popolazione PFP.

I primi 5 paesi di provenienza in Sicilia sono Romania, Tunisia, Marocco, Sri Lanka e Albania, con qualche differenza rispetto al dato complessivo italiano, in cui i primi 5 Paesi sono Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina.

Il dato di mortalità è uno dei più affidabili indicatori dello stato di salute di una popolazione e della qualità dell'assistenza. Nel 2012, in Sicilia si sono osservati circa

50.400 decessi, pari a un tasso complessivo di 10,1/1.000 (10,3/1.000 negli uomini e 9,9/1.000 nelle donne); nella popolazione immigrata residente i decessi sono stati 350, pari a un tasso di 2,7/1.000 (2,9/1.000 negli uomini e 2,6/1.000 nelle donne). In entrambi i gruppi di popolazione la causa più frequente sono le malattie cardiovascolari, seguite dai tumori; nella popolazione immigrata è più frequente la mortalità per traumi.

Se standardizziamo per età, eliminando l'effetto della più giovane età della popolazione immigrata, si osserva una maggiore mortalità rispetto alla popolazione italiana, soprattutto per le donne, corrispondendo i tassi standardizzati rispettivamente a 11,3/1000 e 16,9/1.000. Osservando i tassi età e sesso specifici, la differenza permane in tutte le età e in entrambi i sessi.

Il dato ricavato dai flussi dei ricoveri ospedalieri mostra un tasso di ospedalizzazione molto più basso, soprattutto negli uomini (per le donne immigrate, che hanno un tasso di ricovero doppio rispetto agli uomini, la differenza è meno accentuata). Anche nei ricoveri si osservano tassi maggiori per traumi nella popolazione immigrata di sesso maschile, e una larga preponderanza di ricoveri per cause ostetriche nella popolazione immigrata di sesso femminile. A questo proposito troviamo in età fertile per le donne immigrate un maggior tasso di ospedalizzazione per parto (che avviene in età più giovane, con un picco intorno a 20-24 anni, rispetto al picco intorno a 30-34 per le donne italiane), e per Interruzione Volontaria della Gravidanza.

I tassi di ospedalizzazione per infezioni sono complessivamente più bassi nella popolazione immigrata per entrambi i sessi, mentre sono molto più alti i tassi di ospedalizzazione per tubercolosi, sia per i maschi che per le femmine.



Effettuando la standardizzazione, e quindi eliminando l'effetto dell'età, le differenze nel tasso di ospedalizzazione complessivo si riducono negli uomini e si annullano per le donne. I tassi età specifici mostrano tassi di ospedalizzazione maggiori della popolazione immigrata rispetto a quella italiana nella fascia d'età fra 15 e 29 anni, minori in tutte le altre.

L'analisi dei Certificati di assistenza al parto mostra una carenza dell'assistenza in gravidanza: è più frequente fra le donne immigrate una prima visita in gravidanza oltre la 12a settimana e l'aver eseguito meno di 3 ecografie, mentre è meno frequente l'aver effettuato esami prenatali invasivi. Il parto cesareo è meno frequente. Si osserva una lieve maggiore frequenza di nati sotto i 2500 gr. fra le donne immigrate, e una frequenza maggiore di nati morti.

Dai dati di attività dei Consultori Familiari rileviamo che gli utenti immigrati sono circa il 4% del totale degli utenti del consultorio, quindi in proporzione leggermente maggiore rispetto alla popolazione residente.

Nell'ambito delle donne assistite in gravidanza presso il consultorio invece, le donne immigrate sono circa il 17% del totale. Infatti fra le donne italiane vengono seguite in consultorio il 24% delle gravidanze, mentre fra le donne immigrate le gravidanze seguite sono l'81%. Dopo il parto sono seguite in consultorio l'8% delle donne italiane e il 23% delle donne immigrate. In Sicilia le donne immigrate residenti sono circa il 2,7% del totale, ma i parti da donne immigrate sono circa il 5,7% del totale.

Ancora di più sono le donne immigrate nell'ambito delle donne che richiedono l'IVG al consultorio, costituendo il 27% del totale. Le IVG delle donne immigrate in Sicilia, secondo i dati ISTAT mod. D12, sono il 17% del totale (pur essendo le donne

immigrate il 2,7% della popolazione); per richiedere l'IVG le donne italiane si rivolgono al consultorio del 35% dei casi, le donne immigrate nel 63% dei casi.

Dal 2010 in Sicilia è attivo il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV, dalla cui analisi si osserva che le nuove diagnosi di casi immigrati raggiungono il 26% del totale. Questi casi sono in prevalenza donne (56%), mentre fra i casi italiani le donne sono il 12%. Inoltre l'età media dei casi italiani è intorno a 37 anni, mentre quella dei casi immigrati è intorno a 32 anni. La provenienza è per la grande maggioranza dall'Africa.

Se consideriamo il rapporto con la popolazione residente, si osserva che l'incidenza fra gli immigrati è circa 10 volte maggiore rispetto agli italiani (30,4/100.000 versus 4,9/100.000 nei maschi, 35,9/100.000 versus 0,6/100.000 nelle donne), e a differenza di questi è maggiore nelle donne.

Si osserva inoltre che la trasmissione verticale, da madre a figlio, avviene soprattutto negli immigrati (8 casi su 11). Inoltre, mentre la trasmissione con rapporti eterosessuali costituisce il 92% dei casi fra le donne italiane e il 97% fra quelle immigrate, nel caso degli uomini vi è una notevole differenza: fra gli italiani la modalità principale è quella legata ai rapporti omosessuali (65%), e i rapporti eterosessuali sono responsabili del 27% dei casi, mentre fra gli immigrati i rapporti eterosessuali costituiscono il 65% dei casi, e solo il 16% delle trasmissioni è legato ai rapporti omosessuali, almeno secondo quanto viene da essi stessi riferito.

Conclusioni

L'analisi dei dati suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, in particolare riguardo agli incidenti, alla contraccezione, all'assi-



stenza in gravidanza, alle infezioni da HIV, che ha un effetto positivo anche sulla riduzione dei costi. Inoltre, è importante ottimizzare l'efficacia dei servizi migliorando l'informazione sul loro funzionamento ed attuando strategie di offerta attiva, pratiche con sicure ricadute positive non solo per la popolazione immigrata ma anche

per i cittadini italiani, specie per coloro che sono più vulnerabili.

Saper rispondere ai bisogni sanitari delle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli è un buon indicatore dell'efficacia di un sistema sanitario nei confronti di tutti i cittadini.

Salute degli immigrati: le trappole istituzionali

Patrizia Carletti

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute – Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Tra i principali diritti riconosciuti alla persona malata come fondamentali sono richiamati: i diritti alla vita, alla riservatezza della vita privata, a non subire discriminazioni, ad essere adeguatamente informati, ad esprimere il proprio consenso informato (ONU 1948, 1977, 1985, 1989, OIL 1975).

In Italia “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti” e grazie a questi principi fondamentali, nonostante l’immigrazione sia da sempre gestita in un’ottica securitaria ed emergenziale, per la salute, dal 1995 l’Italia ha indicato “politiche sanitarie inclusive” in un’ottica di tutela sanitaria senza esclusioni (Legge 6 marzo 1998, n. 40, D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286, D.P.R. 31 agosto 1999, Circolare Ministro Sanità n. 5 del 24 marzo 2000). Anche le istituzioni europee hanno fornito indicazioni specifiche invitando gli Stati Membri ad attuare politiche per la salute e ad assicurare le cure ai gruppi vulnerabili e tutti agli immigrati, ancorché sprovvisti di titolo di soggiorno (Parlamento e Consiglio d’Europa).

Il diritto all’assistenza sanitaria e alle cure, tuttavia, è fortemente condizionato dalle norme e dalla *fittizia* differenziazione giuridica degli immigrati da parte del Ministero dell’interno.

Le “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione” stabilendo l’autonomia legislativa delle Regioni in sanità ha avuto come conseguenza il fatto

che i Sistemi Sanitari Regionali oggi siano molto difforni, fornendo una intensità di cura molto varia, fino a determinare deroghe dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, specie per i gruppi più vulnerabili, quali gli immigrati, tanto più che il ruolo di garanzia dell’equità del Ministero della salute ed il “sistema di garanzia” quale la Certificazione annuale degli adempimenti LEA in generale sono deboli e nello specifico non sono contemplati adempimenti specifici ed un monitoraggio per la salute della popolazione immigrata.

In sintesi ad oggi il quadro è tale che una discriminatoria differenziazione di *status giuridico* della popolazione immigrata crea gruppi con diritti sociali differenziati (prima trappola).

Nell’assistenza sanitaria persistono:

- discriminazioni istituzionali *nazionali* (es. l’esclusione dall’iscrizione SSN del genitore entrato in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 6 novembre 2008) (seconda trappola),

- discriminazioni istituzionali *locali* a causa del fatto che la sanità è materia “concorrente” (Regioni... es. in Emilia Romagna abolizione del codice di esenzione X01 previsto per Decreto Ministeriale per gli STP indigenti) (terza trappola),

- discriminazioni dovute a “*prassi*” ed interpretazioni soggettive di singole direzioni aziendali o singoli operatori amministrativi (quarta trappola).

È evidente che la principale barriera

per l'attuazione del diritto alla salute degli immigrati è un fatto *culturale* perché ancora oggi la materia dell'immigrazione afferisce al Ministero dell'interno, è un argomento "strumentale" utilizzato dai partiti politici in modo ideologico e propagandistico per raccogliere consenso, con una sistematica e persistente incapacità di lettura del fenomeno e di proposizioni utili a governare le problematiche connesse all'immigrazione e con il favore di media subalterni e di basso profilo che, con linguaggio propagandistico, contribuiscono ad alimentare una cultura razzista e pregiudiziale. Oggi poi, più che mai, l'equilibrio finanziario appare come il fattore condizionante più problematico per quanto riguarda i diritti sociali cosiddetti di prestazione, il che sta conducendo la società ad una deriva conflittuale molto grave. A questo proposito si deve segnalare ancora una volta il persistente pre-giudizio che l'immigrazione rappresenti un "rischio" per la sostenibilità del nostro sistema economico e di welfare: più del 50% dei cittadini in Canada e in Europa ritiene ad esempio che i migranti beneficino dei servizi di welfare/sanitari più di quanto contribuiscono (OCSE, 2013), mentre ad es. in Italia gli immigrati che sono circa il 7,5% della popolazione producono 1,7 miliardi di euro netti a fronte del rapporto costi/benefici per le casse statali, comprese le spese di giustizia e sanitarie e la spesa pubblica per gli immigrati è circa il 3,4% del totale (Lunaria, 2013).

La discriminazione, diretta o indiretta, individuale o istituzionale, quando si manifesta nei diversi ambiti della vita delle persone ha un impatto negativo sulla salute con aumento del costo sociale per cui la situazione continua a richiedere un forte impegno "politico" e di lobbyng perse-

guendo la finalità di promuovere la salute degli immigrati a tutti i livelli.

Occorre continuare il lavoro istituzionale a livello del Tavolo interregionale "Immigrati e servizi Sanitari" del coordinamento della Commissione Salute, attivare reti "antidiscriminazione", potenziare le reti professionali (es. SIMM), fare formazione e sensibilizzazione agli operatori sanitari e ai decisori, divulgare le informazione agli immigrati (empowerment, health literacy), impiegare correttamente nei servizi sanitari, come previsto nelle normative, in modo sistematico e capillare il dispositivo della mediazione interculturale, un potente strumento per favorire i diritti e per il mutamento interculturale della società di accoglienza.

Bibliografia

- Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, ONU 1948.
- Patto internazionale sui diritti economici, sociali, culturali, ONU 1977.
- Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazioni contro le donne n. 132 ONU 1985.
- Convenzione sui diritti dell'infanzia, ONU 1989.
- Convenzione OIL n. 143, 1975.
- Convenzione europea di assistenza sociale e medica - 1953, L. 385/1958.
- Carta sociale europea - 1961, L. 30/1999.
- Regolamento UE 1231 - 2010.
- Council of European Union: Equity and health in all polizie, 20 may 2010.
- Parlamento europeo: relazione sulle disegualanze sanitarie nell'UE, A7-0032/2011.
- Parlamento europeo: relazione sulla strategia per l'inclusione dei Rom, A7-0043/2011.
- Ocse - Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, *International Migration Outlook*, 2013.
- I diritti non sono un costo*, dossier di "Lunaria", 2014.

La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni?

Salvatore Geraci

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

Premessa

Il vocabolo inglese *devolution* in italiano "devoluzione", dal 1997 viene usato nell'attualità politica italiana per indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie (per esempio scuola e sanità) dallo Stato alle Regioni. Lo scopo di questo passaggio è attribuire i diritti e i doveri connessi alla gestione delle materie oggetto del processo di devoluzione ad organi dello Stato più vicini ai cittadini che beneficiano di tali servizi, in applicazione del principio di sussidiarietà.

Nel 2001 è stata approvata una riforma al titolo V della Costituzione Italiana che ha notevolmente ampliato le competenze regionali. In precedenza le Regioni avevano competenza legislativa su determinate materie, nel quadro della legislazione statale. Per le materie non menzionate dall'articolo 117 della Costituzione, la competenza legislativa era di esclusiva pertinenza statale. Con la riforma del 2001 si è "capovolta la prospettiva": l'articolo 117 riformulato prevede, al secondo comma, una lista tassativa di materie soggette alla potestà legislativa statale e al terzo comma un elenco, altrettanto tassativo, di materie sottoposte alla legislazione concorrente (in cui la potestà legislativa spetta sempre alle Regioni, ma nel quadro dei principi fondamentali posti dalla legge statale). Il quarto comma prevede infine che, per le materie di non esclusiva competenza statale o non sottoposte alla legislazione con-

corrente, la potestà legislativa sia esclusivamente regionale¹. Già nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 1999-2001, coerentemente con il processo di decentramento avviatosi, si prevedono azioni per "riallineare le responsabilità in ordine al prelievo fiscale con quelle relative all'erogazione della spesa" (Dirindin, 2002; 2011). Entra nell'agenda della politica il tema del federalismo fiscale e, tenendo conto che in tema di finanza locale le decisioni riguardano principalmente la sanità come settore prioritario nei bilanci delle Regioni a statuto ordinario, esso ha una diretta ricaduta sulle politiche sanitarie locali. Sappiamo del percorso incerto di questa doppia riforma, devoluzione e federalismo fiscale, ma quello che pare evidente che ciò ha prodotto un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza e una riduzione delle stesse garanzie d'assistenza (Vineis, Dirindin; 2004).

Un processo che doveva essere di prossimità e produrre percorsi virtuosi di responsabilizzazione e autonomia, ha provocato sempre maggiori disuguaglianze² e, in alcuni casi, vere e proprie discriminazioni istituzionali³. Tutto questo è particolarmente evidente proprio nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai cittadini immigrati di cui, brevemente, ne ricostruiamo la storia del diritto e analizziamo i più recenti sviluppi nella sua applicazione.

L'assistenza agli immigrati

L'Italia, nell'ambito della tutela della salute degli immigrati, si è caratterizzata dalla costruzione nel tempo di norme esplicitamente inclusive che sono nate e si sono sviluppate sotto l'azione di *advocacy* di gruppi ed organizzazioni riuniti dal 1990 nella Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM, vera e propria rete tematica nazionale. Nel 1995 viene presentata una proposta di legge promossa da alcune associazioni di volontariato medico che è condivisa dalla grande maggioranza delle forze politiche sia di governo che di opposizione, ed ha avviato un processo normativo che attualmente garantisce a tutti gli immigrati presenti in Italia, anche coloro in condizioni di irregolarità, tutela sanitaria, accesso alle cure ed interventi di prevenzione. Con l'emanazione, nel marzo del 1998, della legge 40, poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: «*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*» si è voluto ordinare e dare una impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati nel nostro Paese. I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati infine forniti da una Circolare del Ministero della Sanità, la n. 5, datata 24 marzo 2000.

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel

passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica per i quali vige il divieto di segnalazione all'autorità di polizia se in condizione di bisogno sanitario.

La modifica del titolo V della Costituzione

La Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 dal titolo «*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*» per effetto dell'art. 117, ha dato alle Regioni e le Province autonome il potere di definire delle norme sul tema della salute di tutti i residenti e quindi anche degli immigrati, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che abbiamo chiamato "pendolo delle competenze e delle responsabilità". L'effetto di quella che viene definita *devolution* nell'ambito del complesso processo del federalismo, con l'articolazione tra i diversi livelli istituzionali che animano il sistema salute, è la produzione di incerti passaggi di responsabilità che possono mettere in crisi l'effettiva applicazione degli orientamenti sanitari, eludendo a volte lo stesso mandato istituzionale come d'altronde può accadere verso gli stessi cittadini italiani (Marceca, 2008). Lo Stato in materia di sanità assume il ruolo di garante dell'equità ma, nella pratica le numerose indicazioni normative sull'assistenza sanitaria agli

immigrati da parte di vari ministeri - a cui si aggiungono indicazioni regionali ed europee - quest'ultime recepite spesso con lentezza ed in modo farraginoso - hanno ingenerato confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie (Marceca, Geraci, Baglio; 2012). Gli stessi Sistemi Sanitari Regionali operano in modo molto difforme, configurandosi una progressiva divaricazione dei 21 sistemi sanitari, spesso derogando, specie per i gruppi più vulnerabili, quali gli immigrati, dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del Sistema Sanitario Italiano e dei SSR⁴. Al decentramento amministrativo si è risposto con la creazione di gruppi locali (Gruppi Immigrazione e Salute - GrIS⁵, attivi nel Lazio, Trentino, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Sardegna, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia) che fanno della SIMM una "rete di reti", capace di dialogare con le diverse amministrazioni, "sorvegliare" e denunciare, quando necessario, una interpretazione limitativa e/o discriminatoria delle norme (Geraci, 2007).

L'ingresso nell'UE della Romania e Bulgaria

Nel febbraio 2007 l'Italia, con il Decreto Legislativo n. 30 del 2007, recepisce la direttiva europea 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente sul territorio degli stati membri. L'intempestività del provvedimento, ben tre anni dopo l'emanazione europea, e il concomitante ingresso nella UE di Romania e Bulgaria (1° gennaio 2007) hanno creato notevole confusione e discrezionalità proprio in ambito sanitario. Non solo nell'immediato sono state escluse dalla tutela decine di migliaia di cittadini "neo

comunitari" che non potevano assolvere alle condizioni richieste per ottenere l'assistenza sanitaria (possesso della Tessera Europea Assicurazione Malattia - TEAM o lavoro regolare e/o residenza anagrafica), ma le indicazioni date centralmente in seguito sono state poco chiare ed in alcuni casi contraddittorie (circolari del Ministero della salute del 3 agosto 2007, del 19 febbraio 2008, del 24 luglio 2009 ed altre 11 in poco più di un anno). Per tale motivo le Regioni, in modo non coordinato, hanno predisposto risposte molto diverse non solo nelle procedure ma anche nel merito di possibili livelli assistenziali con particolare riferimento a coloro in condizione di fragilità sociale ed economica.

L'evidenza di disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nelle politiche locali

Il "pendolo di competenze e delle responsabilità" citato in precedenza, e vissuto in particolare nell'assistenza ai comunitari, è ad alto rischio nel determinare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. 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 specifiche ricerche e periodici rapporti, l'ultimo alla fine del 2010 nell'ambito di un progetto coordinato dell'Istituto Superiore della Sanità (Geraci, Bonciani, Martinelli; 2010). Quest'ultima ricerca ha cercato di descrivere l'eventuale variabilità territoriale, raccogliendo ed esaminando complessivamente oltre 700 atti emanati dal 1995 a metà del 2010. Questi sono stati analizzati con una specifica metodologia attraverso l'identificazione e la combinazione di indicatori chiave che caratterizzano le politiche sanitarie (emanazione di linee guida; pre-

senza di osservatori per una costante analisi del bisogno; interventi orientati di prevenzione e promozione della salute; offerte di formazione dedicata; percorsi di mediazione linguistica e di aumento delle competenze culturali del sistema; assistenza agli immigrati irregolari; pianificazione di interventi ai cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale). Ciò ha permesso di comporre due indici sintetici che rappresentano il livello di avanzamento e di impatto delle politiche sulla popolazione di riferimento, evidenziando una oggettiva difformità ed evidenti disuguaglianze nell'offerta di servizi e prestazioni (Bonciani, Geraci, Martinelli; 2011). Contemporaneamente una ricerca portata avanti dalla Regione Marche sulla risposta dei sistemi sanitari locali in rapporto alla garanzia dei servizi di primo livello per immigrati in condizione di irregolarità giuridica mostra un'analogo preoccupante difformità di applicazione delle norme esistenti (Carletti, Fiordarancio; 2008).

Rete di reti

Per affrontare tali problematiche era necessario mettersi in rete, creare collegamenti tra le varie realtà regionali e relativi SSR. Pertanto, nel 2008, su iniziativa della Regione Marche viene istituito, in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, il Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari". Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e P.A. e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria.

Al Tavolo partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della Salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. In particolare si segnala la rilevanza della consulenza tecnica della

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e della possibilità, attraverso la sua vasta rete di contatti di operatori impegnati in prima persona in gran parte delle Regioni e province autonome italiane, di evidenziare criticità del sistema di accesso ai servizi e problematiche normative e organizzative così come soluzioni particolarmente efficaci. Si realizza una rete istituzionale in rete con altre reti e si rappresenta una opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo opera per creare sinergie positive, è aperto al contributo di competenze esterne, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; svolge telematicamente e telefonicamente un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni (Carletti, Geraci; 2012).

L'Accordo

Il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA)⁶ che recepisce in gran parte i contenuti del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane" redatto dal tavolo tecnico citato e già approvato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e P. A. il 21 settembre 2011.

Non è un accordo casuale o inaspettato, è il frutto di oltre 3 anni di lavoro tecnico ma anche di mediazione, di ricerca ed analisi, di pressione politica e professionale. È il frutto di un lavoro di rete istituzionale e non, che segna, a nostro avviso, un modello di relazioni e rapporti tra gli atto-

ri coinvolti (settore pubblico, privato sociale e volontariato, istituzioni) nel garantire operatività al mandato costituzionale dell'articolo 32 e della legge 833/78 (Geraci, 2013).

Il documento approvato è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e P.A., per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia. L'approvazione di tale documento è stata richiesta formalmente dalla SIMM al Ministro della salute in un incontro l'11 maggio 2012 e tale volontà è stata ribadita dal Ministro stesso nel video messaggio al Congresso nazionale SIMM del 12 ottobre 2012⁷. Rimandiamo a contributi tecnici l'analisi dettagliata dei contenuti del documento⁸ ma vogliamo qui ricordare come tale Accordo, pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti e in questo senso taluni ambiti sono già applicati da alcune Regioni e P.A. .

Ecco, a nostro avviso, i passaggi più interessanti e innovativi:

- iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;

- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI;
- proposta di estensione del tesserino/codice ENI nelle Regioni/province che non lo hanno ancora previsto.

I paradossi delle politiche locali

Al momento della consegna in redazione del presente lavoro⁹, ci troviamo di fronte ad una serie di paradossi: l'Accordo è di per sé cogente ma è uso che le Regioni lo debbano ratificare. Lo hanno però fatto solo in 8 (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sicilia) e la PA di Trento, ma gran parte di queste non lo applica nel suo ambito più innovativo e qualificante: l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale per i minori figli di immigrati in condizione di irregolarità giuridica. Lazio, Campania, Liguria e Abruzzo aspettano indicazioni ministeriali sul "come fare tecnicamente"; Trentino, Puglia e Friuli Venezia Giulia che in qualche modo prevedevano tale possibilità già prima dell'Accordo, faticano ad implementarlo, in particolare le ultime due; la Sicilia ha pubblicato una circolare applicativa che garantisce il pediatra ai minori figli di stranieri irregolari (STP) e comunitari in condizione di fragilità sociale (ENI); la Calabria, che partiva con un livello estremamente critico di applicazione delle normative nazionali, sta lentamente progredendo anche se con prassi

operative ancora molto differenziate nelle varie province. Le altre Regioni (la maggioranza) non hanno ratificato l'Accordo ma ognuna si comporta in modo assolutamente "originale": la Lombardia dopo aver dichiarato di non voler assistere i minori "irregolari" attraverso il pediatra di libera scelta (PLS), anche a seguito di una causa per discriminazione intentata da alcune associazioni (Geraci, 2013b), ha riconosciuto l'iscrizione al SSR e la possibilità di accesso al PLS ai "minori stranieri irregolari, di qualunque nazionalità" fino a 14 anni includendo, giustamente, anche i figli di cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale non altrimenti assistibili; sempre per tale fascia di popolazione (minori fino a 14 anni, non comprendente però i comunitari), la Regione Emilia-Romagna ha previsto l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del pediatra. La Regione Toscana da tempo garantisce il pediatra ai minori stranieri indipendentemente dallo status giuridico ma, tra i comunitari, limita l'assistenza, senza PLS, ai soli rumeni e bulgari. Una vera "babele" applicativa! Tali differenze infatti le possiamo trovare anche nella definizione degli assistiti e delle prestazioni, nei livelli di esenzione dal ticket, nella possibilità di iscrizione volontaria al SSR da parte di cittadini comunitari e così via (vedi gli indicatori monitorati dalla SIMM: www.simmweb.it).

Inspiegabilmente poi i lavori del Tavolo interregionale sono stati sospesi per quasi un anno e a luglio 2013 sono state trasferite, ingiustificatamente, le specifiche competenze sulla normativa al Tavolo della mobilità sanitaria che ha partecipato con competenza alla stesura dell'Accordo ma che manca di quella visione ed esperienza di sanità pubblica "applicata" necessaria per rendere accessibile e fruibile il diritto assistenziale. Ciò ha creato un clima di insicurezza e confusione a cui è

possibile attribuire parte della responsabilità delle attuali incertezze applicative ma anche ha manifestato l'assoluta necessità che il Ministero della salute acquisisca direttamente e responsabilmente quel ruolo di *governance* in tema di tutela sanitaria degli immigrati che da tempo gli viene richiesto¹⁰.

Conclusioni e proposte

Questi eventi ci dicono da una parte che il modello di rete istituzionale realizzato dal Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari", come già proposto durante lo scorso Congresso SIMM, deve diventare un **network stabile** e che si offre alle Regioni e P.A. e al Ministero della Salute come punto di riferimento per la programmazione locale e nazionale; dall'altra che nella riorganizzazione del **Ministero della salute** il tema della tutela degli immigrati, nella sua diversa articolazione (dalle "emergenze" sbarchi, al tema dei richiedenti protezione, dei rifugiati e della loro accoglienza, dalla tutela delle donne all'evidenza di una transizione epidemiologica da governare, dalla presenza della popolazione di rom, sinti e caminanti alla sempre maggiore consistenza di minori non accompagnati, ...) deve avere spazio e interlocutori competenti, coesi (collegamenti stabili e funzionali tra le diverse Direzioni) e riconoscibili (Geraci, Bonciani, Martinelli; 2012); la **SIMM** con le sue realtà territoriali e eventuali altre specifiche società scientifiche, gruppi nazionali ed internazionali di provata esperienza, possono essere riferimenti puntuali per la lettura del fenomeno e nel fornire elementi e proposte per politiche adeguate (Geraci et al, 2012).

L'Accordo deve essere considerato uno strumento prezioso soprattutto per i **GrIS** affinché, attraverso una concreta azione di *advocacy*, nessuno sia escluso dai percorsi

assistenziali in un'ottica di equità e giustizia sociale. In questo senso si deve avviare un ulteriore processo virtuoso dove la prossimità istituzionale, anche grazie alla presenza di una società civile (e scientifica) organizzata e collegata, garantisca tutele e partecipazione nella definizione di spazi di reale accoglienza e diritti (Geraci, El Hamad; 2011).

Norme sanitarie nazionali certe e chiare, l'implementazione locale anche con specifiche progettualità che facciano aumentare competenze e consapevolezza all'intero sistema, possono essere di supporto a politiche sociali adeguate all'inclusione, alla partecipazione ed all'autonomia che sono gli strumenti ed i processi necessari che producono salute e, come afferma l'Unione Europea, coesione sociale e sviluppo, di tutti.

Note

- ¹ Vedi http://it.wikipedia.org/wiki/Devoluzione#La_riforma_costituzionale_del_2001
- ² Vedi i rapporti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane che, dal 2003, ogni anno monitora l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e analizza i dati più significativi anche in una prospettiva comparativa. <http://www.osservasalute.it>
- ³ A questo tema di fondo, declinato in ambito delle migrazioni in Italia, è stato dedicato il Rapporto UNAR - Dossier Statistico sull'Immigrazione 2013, edito da Idos, dal titolo significativo: *Dalle discriminazioni ai diritti*
- ⁴ Vedi a mo' d'esempio quanto successo durante il dibattito politico e le fasi di approvazione del cosiddetto "pacchetto sicurezza" (Legge 94 del 15 luglio 2009) ed in particolare sulla proposta di abrogazione del divieto di segnalazione degli immigrati privi di permesso di soggiorno da parte degli operatori sanitaria: dossier SIMM: <http://www.simmweb.it/index.php?id=358>
- ⁵ http://www.simmweb.it/index.php?id=306&no_cache=1
- ⁶ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf. Per aggiornamenti sull'applicazione, note e commenti

vedi anche www.simmweb.it

- ⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=MSnDS3IEGow>
- ⁸ Non possiamo ignorare come alcune linee interpretative del documento proposto siano state ridimensionate nei vari "passaggi istituzionali" anche se ciò nulla toglie all'importanza dell'Accordo ed alla metodologia che l'ha prodotto
- ⁹ 1 aprile 2014. All'indirizzo seguente è possibile trovare un monitoraggio aggiornato del livello di recepimento ed applicazione dell'accordo: <http://www.simmweb.it/index.php?id=397>
- ¹⁰ Vedi articolo di Salvatore Geraci sul Sole24ore Sanità del 4-10 febbraio 2014: *Se Regioni e ministero disattendono le regole*

Bibliografia

- Bonciani M., Geraci S., Martinelli B., *Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? In Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM, Lombard Key, Bologna 2011, pp. 71-83.
- Carletti P., Fiordarancio L., *Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali*, Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche; 2008.
- Carletti P., Geraci S., *Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati*, In *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*, Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM, Pendargon, Bologna 2012, pp. 142-146.
- Dirindin N., *Dieci domande sul federalismo fiscale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011.
- Dirindin N., *Federalismo fiscale e servizio sanitario: un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali*, in *L'epidemiologia e i cambiamenti del SSN*. AIE - Associazione Italiana di Epidemiologia, 2002.
- Geraci S. (a cura di), *Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*, Nuova Anterem, Roma 2007.
- Geraci S., Adjicoude R., Arghenini P., Cerbo A.V., Pallucco G., Niglio F., Rigobello I., Forti O., *Commissione salute del CNI Caritas Italiana: una rete nella rete per le reti*, in *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*, Atti dell'

- XII Congresso Nazionale SIMM, Pendargon, Bologna 2012, p. 184.
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B., *Documento di sintesi per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità*, in *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza* (a cura di Geraci S., Gnolfo F.), Pendragon, Bologna 2012, pp. 66-73.
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B., *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Inprinting srl, Roma 2010.
- Geraci S., El Hamad I., *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, in «Italian Journal of Public Health», 9, 8 (3, Fall 2011), Suppl. 3; S14:S20.
- Geraci S., *Nessuno sia escluso*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore, gennaio 2013.
- Geraci S., *Politica, migrazioni e salute. A farne le spese sono i più piccoli*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore, luglio 2013.
- Marceca M., *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In *Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007* (Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multietnicità), Franco Angeli, Milano 2008; pp. 149-164.
- Marceca M., Geraci S., Baglio G., *Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level*, in «IJPH», 2012, 9, 3; e7498-1:11.
- Vineis P., Dirindin N., *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, Torino 2004.

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 20 DICEMBRE 2012

Tipo indicatore	Definizione dell'indicatore	Descrizione dell'indicatore <i>Esistono atti formali/procedure regionali che sanciscono l'applicazione di quanto definito nell'Accordo, stabilendo le modalità attraverso cui...</i>	Riferimenti nell'Accordo Stato-Regioni (G.U. n. 32 del 7/2/2013, S.O. 9)
accessibilità	Iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno	...iscrivere obbligatoriamente al SSR (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) i minori non appartenenti all'UE anche se sprovvisti di regolare permesso di soggiorno (abbiamo considerato la possibilità comunque di avere il Pediatra di libera scelta)	punto 1.1.1 dell'allegato
accessibilità	Iscrizione obbligatoria al SSR dei regolarizzandi	...iscrivere obbligatoriamente al SSR in maniera temporanea (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) le persone non appartenenti all'UE che hanno presentato domanda di regolarizzazione o emersione dal lavoro nero e che sono in attesa della definizione della pratica e del rilascio del permesso di soggiorno	punto 1.1.1 dell'allegato
accessibilità	Iscrizione obbligatoria al SSR anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR	...iscrivere obbligatoriamente al SSR in maniera temporanea (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) le persone non appartenenti all'UE che hanno fatto richiesta del permesso di soggiorno (primo rilascio o rinnovo) per motivi previsti al punto 1.1.1 dell'allegato dell'Accordo Stato-Regioni ed ancora non lo hanno ricevuto, ma sono in possesso della documentazione attestante l'avvenuta richiesta del permesso di soggiorno	punto 1.1.1 dell'allegato e "note generali per gli stranieri non comunitari regolarmente soggiornanti"
accessibilità	Iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali	...garantire alle persone con 65 anni ed oltre non appartenenti all'UE, entrate in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 5 novembre 2008, la possibilità di iscriversi volontariamente al SSR utilizzando le tariffe vigenti per l'iscrizione volontaria	punto 1.1.2 dell'allegato

Tipo indicatore	Definizione dell'indicatore	Descrizione dell'indicatore	Riferimenti nell'Accordo Stato-Regioni
fruibilità	Garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti	...erogare le cure terapeutiche e riabilitative alle persone non appartenenti all'UE sprovviste di permesso di soggiorno (con codice STP), includendo tutte le prestazioni (anche trapianti) che assicurano il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali e la risoluzione dell'evento morboso	punto 1.2 dell'allegato
accessibilità	rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure	...rilasciare il codice STP alle persone non appartenenti all'UE sprovviste di permesso di soggiorno non solo al momento della prima erogazione delle prestazioni, ma anche precedentemente all'insorgenza del bisogno di assistenza in modo da facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione	punto 1.2.1 dell'allegato
fruibilità	definizione del codice di esenzione X01 per gli STP	...applicare il codice di esenzione X01 alla specifica prestazione effettuata per le persone non appartenenti all'UE sprovviste di permesso di soggiorno (con codice STP), e che non hanno risorse sufficienti per il pagamento del ticket	punto 1.2.1 dell'allegato, in particolare "partecipazione alla spesa (ticket)"
accessibilità	iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani	...iscrivere obbligatoriamente al SSR (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) le persone appartenenti all'UE che sono genitori di un minore italiano, cioè che hanno avuto un figlio, che ancora non ha compiuto 18 anni, con una persona di cittadinanza italiana pur senza vincoli di matrimonio	punto 2.1 dell'allegato
fruibilità	iscrizione volontaria per i comunitari residenti	...garantire alle persone appartenenti all'UE e residenti in Italia, privi di copertura sanitaria a carico dello Stato di provenienza e non aventi diritto all'iscrizione obbligatoria, la possibilità di iscriversi volontariamente al SSR, in alternativa al contratto di assicurazione sanitaria privata	punto 2.2 dell'allegato

Tipo indicatore	Definizione dell'indicatore	Descrizione dell'indicatore	Riferimenti nell'Accordo Stato-Regioni
accessibilità fruibilità	equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI	...garantire alle persone appartenenti all'UE, non residenti in Italia, senza requisiti per l'iscrizione obbligatoria e volontaria, privi di copertura sanitaria a carico dello Stato di provenienza ed impossibilitati a pagare le prestazioni perché indigenti, l'accesso alle stesse prestazioni che vengono assicurare a chi possiede il codice STP, attraverso il rilascio di un codice che può essere denominato ENI secondo modalità organizzative analoghe a quelle previste per il rilascio del codice STP	punto 2.4 dell'allegato

Fonte: Bonciani M., Geraci S.; SIMM, 2013

MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 20 DICEMBRE 2012

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	
Ratifica dell'Accordo del 20 dicembre 2012	Sì gennaio 2014	No	Sì maggio 2013	Sì maggio 2013	
Indicatori					
iscrizione al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno (o pediatra I. s.)	no, in attesa indicazioni nazionali	no	in atto, disomogenea	no, in attesa indicazioni nazionali	
iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi	-	-	no, in fase di previsione	sì	
iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN	-	-	sì	sì	
iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali	-	-	no, in fase di previsione	no	
garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti	-	-	sì	sì	
rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure	-	-	sì	no	
definizione del codice di esenzione X01 per gli STP	-	-	sì	sì	
iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani	-	-	no	no	
iscrizione volontaria per i comunitari residenti	-	-	no, in fase di previsione	sì	
equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI	-	-	no, in fase di previsione	sì	
Regioni con monitoraggio GrIS	No	No	Sì	Sì	

Fonte: S. Geraci, Coordinamento GrIS, marzo 2014

Dove c'è il segno -, il monitoraggio non è stato effettuato

Emila-Romagna	Friuli Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche
alcuni atti	Sì giugno 2013	Sì marzo 2013	Sì maggio 2013	alcuni atti	No
sì STP (fino a 14 aa)	prevista già prima accordo, non attuata	no, in attesa indicazioni nazionali	no, in attesa indicazioni nazionali	sì STP ENI (fino a 14 aa)	disomogenea
sì	sì	sì	sì	sì	sì
sì	sì	sì	sì	sì	sì
sì	sì	sì	sì	sì	sì
sì	sì	sì	sì	sì	sì
sì	no	sì	sì	no	sì
no	no	sì	sì	sì	sì
no	sì	sì	sì	no	sì
sì	no	sì	sì	no	sì
sì	sì	sì	sì	no	sì
Si	Si	Si	Si	Si	No

	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	
Ratifica dell'Accordo del 20 dicembre 2012	No	atti precedenti	Sì maggio 2013	No	
Indicatori					
iscrizione al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno (o pediatra l. s.)	prevista già prima accordo, non attuata	no	prevista già prima accordo, disomogenea	no	
iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi	-	no	no	no	
iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN	-	sì	sì	no	
iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali	-	sì	no	no	
garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti	-	sì	sì	no	
rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure	-	sì	no	no	
definizione del codice di esenzione X01 per gli STP	-	sì	sì	no	
iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani	-	sì	no	no	
iscrizione volontaria per i comunitari residenti	-	sì	sì	no	
equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI	-	sì	sì	no	
Regioni con monitoraggio GrIS	No	Sì	Sì	Sì	

Fonte: S. Geraci, Coordinamento GrIS, marzo 2014
Dove c'è il segno -, il monitoraggio non è stato effettuato

Sicilia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento
Sì settembre 2013	atti precedenti	No	alcuni atti	No	No	Sì marzo 2013
sì STP ENI (fino a 14 aa)	sì	sì	no	no	no	prevista già prima accordo
sì	sì	sì	-	sì	-	sì
sì	sì	sì	-	sì	-	sì
sì	sì	-	-	sì	-	sì
sì	sì	sì	-	sì	-	sì
sì	sì	sì	-	no	-	no
sì	sì	sì	-	sì	-	no
sì	no	no	-	sì	-	no
sì	sì	no	-	no	-	sì
sì	no	-	sì	sì	-	sì
Sì	Sì	No	No	Sì	No	Sì

Il ruolo del Ministero della salute nella *governance* della salute degli immigrati

Serena Battilomo

Direzione generale della prevenzione sanitaria presso il Ministero della salute

I flussi migratori, regolari ed irregolari, rappresentano un fenomeno costante e, seppure con fluttuazioni cicliche per ciò che concerne la loro entità, destinato a durare nel tempo. Il Governo italiano è chiamato a confrontarsi con questa realtà per individuare percorsi e soluzioni per la sua corretta gestione. In particolare, con riferimento agli aspetti sanitari, la gestione dei flussi migratori dal momento di prima accoglienza e per tutta la durata della permanenza dei migranti nei centri e nelle strutture dedicate, richiede un approccio coordinato da parte di tutte le Amministrazioni e soggetti a vario titolo coinvolti, per la migliore tutela possibile della salute pubblica, dei cittadini italiani e di quella dei migranti stessi. D'altra parte non è possibile neanche ignorare l'impatto sulla salute che la permanenza nei centri per migranti potrebbe avere su persone già di per sé vulnerabili.

L'arrivo di un elevato numero di immigrati sul territorio nazionale, in tempi relativamente brevi, richiede alle Autorità Sanitarie uno sforzo notevole per identificare e gestire tempestivamente gli eventi che riguardano lo stato di salute di questi soggetti e che possano avere conseguenze sia a livello individuale che a livello della comunità ospitante.

La salute è una risorsa importante non solo per i singoli individui, ma anche per la collettività intera e va raggiunta e mante-

nuta quotidianamente con strategie operative precise e mirate.

Si rende quindi indispensabile una *governance* degli aspetti sanitari connessi ai flussi migratori in cui il Ministero della salute svolge un ruolo determinante a diversi livelli: interregionale e territoriale, nazionale e interministeriale, europeo e internazionale.

L'importanza di una *governance* per la salute dei migranti

Il termine *governance* indica un nuovo stile di governo più adattabile rispetto al rigido controllo gerarchico tipico della logica del "government", poiché coinvolge in modo più ampio gli interpreti sociali del territorio incoraggiando un maggiore grado di cooperazione e fiducia, secondo il quale attori e sviluppi più ampi portano ad una risoluzione collettiva dei bisogni di una comunità locale. Inoltre, la *governance* genera influenze reciproche tra lo Stato, gli Enti Locali e i diversi attori sociali che intervengono nel campo di azione della policy. La *governance* fa riferimento alle modalità ed agli effetti dell'attività di governo piuttosto che all'assetto istituzionale dello stesso. I principi fondamentali di *governance* sono il decentramento amministrativo e la sussidiarietà che danno corso a sviluppi di governo a rete, anziché piramidali o gerarchici.

In linea con quanto detto, la *governan-*

ce può essere intesa come l'insieme di regole sostanziali, non formali e non promulgate da un solo interprete, ma frutto dell'interazione di soggetti istituzionali e non, che guidano il processo di definizione e soluzione dei "problemi" collettivi. La *governance* pertanto è un esempio di *policy making* per organizzazioni complesse.

Se nel *government* è piuttosto chiara la contrapposizione tra governante e governato, nella *governance* la distinzione è notevolmente più sfumata: cittadini, imprese, enti locali, enti territoriali, società civile organizzata, istituzioni statali, istituzioni sovranazionali possono essere variamente coinvolti sia nella fase di progettazione che di attuazione delle politiche. In sintesi, la *governance* presuppone una più diffusa partecipazione di attori alla gestione della cosa pubblica e nel caso specifico alla salute dei migranti.

La governance europea e internazionale per la salute dei migranti

È indubbio che i flussi migratori che si stanno riversando sui paesi del Sud Europa, tra cui l'Italia, non possono essere considerati una questione dei singoli paesi quanto piuttosto deve essere affrontata in sede europea, anche in considerazione del fatto che spesso la stessa Italia rappresenta un paese di transito e non di destinazione.

Il Ministero della salute quindi nell'ambito del quadro d'intervento europeo in materia di salute dei migranti, al fine di rafforzare la capacità di risposta tempestiva ed efficiente alle emergenze sanitarie legate ad aumentati flussi migratori, sostiene e partecipa ad alcune attività progettuali in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e con l'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (OIM).

Nello specifico ha sottoscritto un Accordo con l'OMS e finanziato un proget-

to triennale "Public Health Aspects of Migration in Europe", la cui durata è stata estesa fino alla fine del 2015, che prevede lo sviluppo delle seguenti attività:

- rafforzamento della capacità di risposta degli Stati Membri della regione europea dell'OMS a emergenze sanitarie legate ad aumentati flussi migratori;
- creazione di un data-base in tema di sanità pubblica e migrazioni;
- stesura di linee guida basate sull'esperienza maturata, soprattutto nel territorio italiano, ma anche in altri paesi con una esposizione simile ai flussi migratori;
- istituzione di un osservatorio su "salute e migrazioni";
- disseminazione e condivisione delle conoscenze e delle esperienze maturate, anche con aspetti formativi e di *capacity building*;
- definizione di un programma a lungo termine da parte dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.

Il Ministero partecipa, anche, al Progetto EQUI-Health, coordinato dall'Ufficio regionale OIM per l'Europa, che ha l'obiettivo di promuovere la salute delle popolazioni migranti vulnerabili, quali richiedenti asilo e irregolari, nonché popolazione rom e minoranze etniche. In particolare il progetto prevede la promozione dell'integrazione socio-sanitaria per i migranti giunti nei paesi membri del Mediterraneo (Italia, Malta, Spagna, Grecia, Croazia). A tal fine attraverso apposite visite sul campo, realizzate in Sicilia, Malta, Spagna, Grecia e Croazia, è stata avviata l'analisi sulle condizioni di rischio di salute e sulle relative buone pratiche esistenti per rispondere alle istanze dei migranti che vengono accolti nel Mediterraneo. Per il 2014 sono state programmate e finanziate dal Ministero della salute specifiche azioni di formazione per gli operatori sanitari, in particolare in Sicilia, finalizzate anche al supera-

mento delle barriere interculturali che condizionano fortemente l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari per la popolazione migrante.

Va anche considerata la possibile complessità degli scenari epidemiologici internazionali, con l'emergenza e la ri-emergenza di malattie infettive (ad esempio la poliomielite da virus selvaggio) che possono essere alla base della reintroduzione di infezioni in Paesi indenni.

Merita quindi una menzione, nell'ambito prevenzione dell'HIV nella popolazione migrante, anche il Progetto "ESTHER (Ensemble pour una Solidarité Therapeutique Hospitalière En Réseau contre le SIDA), lanciato in Francia nel 2002, con lo scopo principale di rafforzare le capacità dei Paesi del sud Africa per combattere l'HIV/AIDS e le patologie associate, cui aderiscono, attualmente, 13 Paesi europei, tra cui l'Italia. L'Alleanza europea ESTHER rappresenta una rete di Governi che favorisce i collegamenti tra le professionalità sanitarie e le associazioni delle varie regioni europee, per lavorare sinergicamente per combattere l'HIV/AIDS e le disastrose conseguenze nei paesi in via di sviluppo, utilizzando trattamenti ad alto standard e un approccio globale alle terapie, al fine di contribuire così al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e all'Accesso Universale alla prevenzione, cura e trattamento di tali patologie.

Inizialmente, ESTHER ha focalizzato l'attenzione su HIV/AIDS, ma si sta rivelando uno strumento per promuovere e fornire supporto ai paesi partner per una vasta gamma di problemi di salute correlati: salute materno-infantile, malattie neglette, rafforzamento dei sistemi sanitari, ricerca operativa, ecc.

Il Ministero della salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, con il progetto 'ESTHER Italia', negli ultimi anni

ha realizzato, con un modesto impegno finanziario, interventi di cooperazione allo sviluppo nel settore sanitario per la lotta all'AIDS nei paesi africani. La partecipazione italiana all'alleanza Europea ESTHER si concretizza, attualmente, in una rete di 10 centri clinici italiani "gemellati" con altrettante strutture sanitarie locali dell'Africa sub-sahariana. Obiettivo principale del progetto è contribuire alla diminuzione della prevalenza di popolazione infetta da HIV e al rallentamento della progressione della malattia in tale area.

La governance nazionale e interministeriale per la salute dei migranti

Il fenomeno delle migrazioni coinvolge più istituzioni pertanto è indispensabile un dialogo multisetoriale a livello nazionale tra Ministeri (Salute, Interno, Difesa, Presidenza Consiglio dei Ministri, Lavoro e Politiche Sociali) e con le Regioni e la società civile sui meccanismi di coordinamento nazionale.

È importante precisare che, in tema di salute e assistenza sanitaria agli immigrati, il nostro Paese ha una normativa molto avanzata che prevede per i regolarmente soggiornanti l'obbligo d'iscrizione al SSN e per i non regolari cure ambulatoriale e ospedaliere urgenti e continuative per malattia e infortunio; ma anche medicina preventiva, tutela della gravidanza e maternità e salute del minore. Quindi, in caso di permanenza nei Centri, l'assistenza sanitaria è assicurata a tutti gli immigrati, in relazione al loro status giuridico, con le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012, in collegamento con le strutture del sistema sanitario della regione competente per territorio.

Il Ministero della salute, già in occasione degli eventi della primavera del 2011, ha aggiornato alcune disposizioni, emanate in occasione di altri massicci afflussi di immi-

grati (1991-92, 1998-99) dall'area Balcanica, attivando, con Circolare prot. n. 8636 del 7 aprile 2011, un sistema di sorveglianza sindromica al momento della prima accoglienza degli immigrati.

Dopo gli eventi della primavera del 2011, sono stati molteplici gli interventi del Ministero della salute al fine di assicurare una adeguata tutela della salute delle popolazioni migranti, così come del personale operante nei centri per l'immigrazione.

Nel 2012 è stato attivato un Tavolo tecnico, con partecipazione delle Amministrazioni e degli Enti a vario titolo coinvolti nella problematica, per aggiornare alcune raccomandazioni relative alla gestione dei flussi di immigrazione, soprattutto quando caratterizzati da particolare concentrazione nel tempo e nello spazio.

Il risultato del lavoro del Tavolo tecnico è stato il documento "Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole" trasmesso agli Assessorati alla Sanità di tutte le Regioni italiane e per conoscenza alle Amministrazioni di cui sopra con nota Prot 0023703 del 5 novembre 2012; il documento, oltre agli aspetti di prevenzione e controllo delle malattie infettive, affronta anche quelli relativi alla preparazione, sanificazione, igiene dell'acqua e degli alimenti nonché del trasferimento di migranti necessitanti di cure mediche e trattamenti sanitari verso altri siti, ed infine l'aspetto dell'accertamento dell'età in soggetti, soprattutto non accompagnati, di cui si sospetta la minore età.

Grazie alla grande collaborazione interistituzionale e al riconoscimento dello specifico ruolo di ogni Amministrazione nella gestione del fenomeno migratorio il Dipartimento delle Libertà Civili e dell'Immigrazione del Ministero dell'interno ha coinvolto, nel febbraio del 2014, il Ministe-

ro della salute, insieme a Croce Rossa Italiana, all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti (INMP) e ad altre Organizzazioni non governative, in un apposito Tavolo tecnico di lavoro, per fornire elementi per la definizione dei requisiti sanitari da inserire nel nuovo capitolato d'appalto per la gestione dei Centri d'accoglienza per migranti.

Ciò ha consentito di assicurare la dovuta attenzione alla parte sanitaria, sia preventiva che curativa e garantire quindi, oltre alla tutela dei diritti fondamentali delle persone, la tutela della salute del singolo migrante e la tutela della salute della collettività. Nei prossimi bandi per la gestione dei centri è prevista l'introduzione di un "Responsabile sanitario" del Centro così da garantire il rispetto degli obblighi previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale, che richiedono una tempestiva individuazione e segnalazioni di eventi che potrebbero avere rilevanza per la sanità pubblica internazionale, ma anche per ciò che concerne l'erogazione di appropriati interventi curativi, sia all'interno del Centro che, in caso di necessità, presso le strutture del Servizio Sanitario regionale. Detto Tavolo tecnico ha inoltre predisposto un "Atto di indirizzo per le Prefetture e gli Enti gestori sull'assistenza sanitaria nei CIE".

Il Ministero della salute in collaborazione con il Ministero dell'Interno e con l'INMP ha realizzato un progetto co-finanziato dall'Unione Europea per informare i cittadini stranieri sul Servizio Sanitario Nazionale. Il progetto ha portato alla creazione di un opuscolo "InformaSalute" che guida il cittadino straniero all'assistenza sanitaria.

Un'altra guida "L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative", diretta agli operatori socio-sanitari e ai

mediatori linguistico-culturali, con l'obiettivo di assicurare una risposta efficace al bisogno di tutela della salute della persona straniera è stata stilata dall'Istituto Superiore di Sanità con l'assenso del Ministero della salute. La guida rappresenta una prima strutturazione delle numerose norme legislative sull'accesso ai servizi socio-sanitari e sulla fruibilità degli interventi finalizzati a facilitare la persona immigrata nel salvaguardare il proprio patrimonio di salute.

La governance interregionale e territoriale per la salute dei migranti

La *governance* sul territorio è fortemente influenzata dall'organizzazione del sistema sanitario italiano che è a connotazione fortemente decentrata. Il Ministero della salute, oltre ad avere un ruolo di indirizzo finalizzato a rendere uniforme l'assistenza su tutto il territorio nazionale, partecipa ai tavoli di coordinamento interregionale, coordina le attività della sorveglianza sindromica, finanzia progetti specifici in ambito regionale e opera a livello territoriale anche attraverso la rete dei propri uffici periferici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), ubicati nei principali porti e aeroporti italiani, che svolgono attività di profilassi internazionale su persone, mezzi di trasporto e merci, in attuazione della normativa nazionale ed internazionale.

Il Tavolo di coordinamento interregionale "Immigrati e servizi sanitari" rappresenta l'occasione per un confronto costruttivo per valutare le criticità nell'applicazione degli indirizzi nazionali, individuare soluzioni e cercare di uniformare su tutto il territorio le procedure di accoglienza e gestione della salute degli immigrati, anche con riferimento alle specifiche problematiche dei minori non accompagnati, in particolare per la procedura sanitaria

per l'accertamento della minore età nei casi dubbi.

Relativamente alla sorveglianza sindromica, finalizzata a rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica ed organizzare una risposta tempestiva e appropriata, il protocollo operativo prevede attività di assistenza di I livello, realizzate sul campo all'arrivo (sul molo, sulle imbarcazioni, etc.) da personale medico e paramedico, appartenente a vari enti ed Istituzioni, per una prima valutazione clinica prima del trasferimento al centro di Primo Soccorso e Accoglienza (PSA).

Nelle attività di assistenza di I livello è previsto un ruolo dell'USMAF, per gli aspetti legati alla profilassi internazionale ed alla applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale 2005 dell'OMS.

Nel PSA a sua volta viene svolta una assistenza sanitaria di II livello ed attivata la sorveglianza sindromica per 13 sindromi cliniche (definizioni riportate nell'allegato 1 della Circolare, che coprono un ampio raggio di possibili patologie infettive: sindromi respiratorie acute, sindromi neurologiche acute, sindromi itteriche, etc...) in modo da intervenire tempestivamente ed in maniera efficace sulla diffusione di eventuali malattie infettive.

Infine, data la sempre maggiore presenza di minori – spesso anche non accompagnati -, nei recenti flussi migratori irregolari, contestualmente sono state fornite indicazioni per la verifica dello stato vaccinale di ciascun bambino/adolescente, in relazione alla certificazione del Paese di provenienza, qualora presente, e all'età, e l'eventuale vaccinazione (ciclo di base e/o richiami) secondo le indicazioni contenute nel calendario vaccinale italiano.

Dopo il passaggio nel PSA, gli immigrati possono essere trasferiti in centri per richiedenti asilo (CARA) oppure in Centri di

Identificazione ed espulsione (CIE) dove l'assistenza sanitaria viene assicurata secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012, in collegamento con le strutture del sistema sanitario della Regione competente per territorio.

Infine, nell'ambito dell'attività di sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione e delle azioni per il contrasto all'HIV/AIDS, sono stati finanziati, negli anni, diversi progetti rivolti ai migranti e ai gruppi vulnerabili di popolazione. Quelli al momento attivi sono finalizzati:

- all'istituzione/rafforzamento di flussi informativi nei centri di immigrazione della regione Sicilia, finalizzati alla identificazione precoce e al controllo delle malattie infettive, comprensivi di una sorveglianza sindromica per l'allerta rapida, rivolta ai nuovi arrivi nei centri di accoglienza, e di una sorveglianza clinica delle malattie infettive, rivolta a soggetti residenti a medio-lungo termine nei centri di immigrazione;

- al miglioramento dell'accesso alle cure per la tubercolosi nei migranti;

- allo studio epidemiologico, clinico e virologico in popolazioni migranti HIV-positivi;

- alla prevenzione dell'HIV nella popolazione migrante.

Bibliografia

Accordo 20 dicembre 2012. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome». (Rep. Atti n. 255/CSR). (13A00918) (GU Serie Generale n.32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9)

ISTAT, *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*. Disponibile su <http://www.istat.it/it/archivio/110879>

Luza A.M., Pasqualino G.M., Pugliese L., Schwarz M., Suligo B., *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative*, Supplemento 1, al n. 3 vol. 26 (2013) del «Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità».

Ministero della salute, *Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_1_file.pdf. Ultima consultazione: settembre 2012.

Ministero della Salute, *Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole*, circolare Prot 0023703 del 5 novembre 2012.

Ministero della Salute., *Un sistema di sorveglianza sindromica al momento della prima accoglienza degli immigrati irregolari*, circolare prot. n. 8636 del 7 aprile 2011.

Rapporto Osservasalute 2012. <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2012/12>

Riccardo F., Napoli C., Bella A. et al., *Syndromic surveillance of epidemic-prone diseases in response to an influx of migrants from North Africa to Italy, May to October 2011*. Euro Surveill 2011; . <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20016>. Ultima consultazione: settembre 2012.

Riccardo F., Napoli C., Bella A., Rizzo C., Rota M.C., De Santis S., Dente M.G., Sane Schepisi M., Pompa M.G., Declich S. & gruppo di lavoro Sorveglianza Sindromica Immigrati. Emergenza immigrazione. Risultati della sorveglianza sindromica nei centri di immigrazione italiani: maggio 2011 - aprile 2012. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/46). Sorveglianza sindromica nella popolazione immigrata. Rapporti mensili disponibili su: <http://www.epicentro.iss.it/focus/sorveglianza/immigrati.asp>.

Ruolo dell'INMP per lo sviluppo della rete nazionale per l'assistenza ai migranti e alle fasce svantaggiate di popolazione

Antonio Fortino* e Concetta Mirisola**

* Direttore sanitario; **Direttore generale. INMP, Roma

Il mandato e la nostra vision

Dal 2013 l'INMP è un ente pubblico non economico, vigilato dal Ministero della salute, con compiti istituzionali di assistenza sanitaria, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà. È centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

La sfida complessa della salute globale, rinforzata dai crescenti fenomeni migratori, richiede interventi multilivello e multi-settoriali. L'Istituto è un punto di riferimento del servizio sanitario nazionale, ma opera nel contesto allargato della rete istituzionale e degli stakeholder competenti sui temi di salute, migrazione e povertà.

L'INMP intende svolgere il proprio complesso mandato di servizio pubblico in stretta connessione di interdipendenza con le istituzioni, con le strutture pubbliche, col volontariato sociale e con gli organismi scientifici in modo collaborativo e propositivo, non esclusivo né sovraordinato: questa è la nostra idea di "rete".

Perché fare rete e cosa vuol dire nel contesto dei servizi sociosanitari¹

Il termine rete, nel contesto dei sistemi

organizzativi, riguarda la definizione di modalità sistematiche di connessione ed integrazione tra una serie di servizi ed attività: una rete è composta da nodi, connessioni e proprietà di funzionamento. In sanità il modello a "rete" è fondamentale in quanto il sistema sanitario è formato da una complessità di servizi e professionisti che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona. Il modello "a rete" implica la definizione di percorsi di cura coordinati ed integrati in modo da consentire, al cittadino, un facile accesso ad un percorso di cura coerente. Deve, inoltre, consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell'insieme delle informazioni necessarie. La rete è stata individuata inizialmente in esperienze sociali dove esistevano relazioni che non potevano essere fatte rientrare né nei legami di vicinato né in quelli del mondo lavorativo. La rete si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi afferenti ad enti distinti (ma anche a servizi staccati dello stesso ente) ma la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti. Reti sanitarie sono ad esempio quelle per il trattamento dell'infarto o dei gravi traumatismi (modelli gerarchici, *hub and*

spoke) o quelle per il trattamento di condizioni morbose croniche diffuse quali il diabete (rete professionale non gerarchica); strumenti di tali reti sono i percorsi assistenziali ed organizzativi. Esempi funzionanti sono le *"reseaux de santé"* francesi, disciplinate per legge. Le reti sociosanitarie hanno lo scopo di mobilitare le risorse sanitarie, sociali e d'altro tipo, in un dato territorio, attorno ai bisogni delle persone per promuovere l'erogazione di un'assistenza di prossimità di qualità (es. rete per Alzheimer; rete per assistenza domiciliare; ecc.). Il modello lavoro a rete (o intervento di rete) pone al centro dell'azione le reti sociali e le loro potenzialità e sembra "quello preferibile per organizzare sul territorio i servizi sanitari e sociali di primo livello" (Gardini). Il rischio di burocratizzare le reti in percorsi rigidi e formalistici andrebbe sempre tenuto presente, per evitare che la rete si trasformi in una gabbia e che le strutture/presidi (soprattutto quelli maggiori, cosiddetti *hub*) continuino a pesare più delle culture/mentalità.

Come si costruisce una buona rete

Dalle definizioni precedenti possiamo individuare tre aspetti prioritari.

Anzitutto, è necessario che gli attori della rete condividano la prospettiva della sanità pubblica, cioè di ricerca dell'universalità, eguaglianza, emancipazione dal bisogno, e di "fare sistema" a beneficio di tutti.

In secondo luogo, occorre assumere lo stile della cooperazione anziché della competizione, accettare l'interdipendenza, rinunciare a visioni gerarchiche, fare un passo indietro su ciò che si considera esclusivo per farne due in avanti su ciò che è comune; e questo vuol dire anche costruire una fiducia reciproca.

Infine, non basta condividere uno scopo: bisogna condividere anche strumenti e risorse, metterci del proprio.

Cosa può fare la rete nazionale

Gli obiettivi della rete possono così essere sintetizzati:

- Scambiare informazioni e conoscenze
- Darsi aiuto nella gestione di casi complessi
- Creare innovazione e metterla a servizio di tutti
- Fare "massa critica" nell'azione di tutela e di advocacy.

Come contribuisce l'INMP alla rete?

Anzitutto mettendo a servizio degli attori della rete le proprie funzioni: ruolo istituzionale di ente nazionale in relazione con Ministeri, con le regioni, con Agenas; sede di un osservatorio nazionale; centro per la mediazione culturale; competenze mediche, psicologiche, antropologiche e di mediazione transculturale.

In secondo luogo, collaborando fattivamente come partner di altre iniziative, quali il Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari", gruppi e comitati tematici, iniziative e progetti scientifici.

Infine, offrendo un supporto e strumenti a iniziative esterne, di raccolte di buone pratiche, di formazione, anche mediante la disponibilità di piattaforme tecnologiche come quelle per i percorsi di e-learning e di teleconsulto.

L'osservatorio epidemiologico

La rete si fonda anche su un sistema "diffuso" di monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata. Occorre valorizzare le esperienze e gli studi epidemiologici già fatti, ad esempio quelli finanziati dal CCM, e dare sistematicità e continuità al sistema di monitoraggio. Dal punto di vista operativo, l'obiettivo è la creazione di un Osservatorio Epidemiologico che colleghi le informazioni dei centri di riferimento territoriali sui temi della migrazione, della povertà e della

salute e che preveda punti di rilevazione *regionali*. Il sistema di monitoraggio sarà anche l'occasione formale per consolidare la rete di esperti regionali, fornire elementi conoscitivi per orientare la definizione di politiche pubbliche di assistenza e prevenzione verso obiettivi prioritari e facilitarne la realizzazione. Il piano triennale di attività dell'INMP, approvato dalla conferenza Stato-Regioni, prevede proprio la creazione di un Osservatorio Epidemiologico nazionale sull'immigrazione e l'impatto della povertà sulla salute della popolazione, con l'obiettivo di rilevare le disuguaglianze di salute, individuare le migliori pratiche per il loro contrasto e supportare le Regioni nella loro implementazione, al fine di identificare e sostenere politiche di promozione della salute a favore delle persone più fragili. Nell'ambito di questo quadro programmatico, una delle azioni rilevanti, già in campo, è l'attività di coordinamento che l'INMP svolge rispetto alla rete degli Studi Longitudinali metropolitani

per la valutazione dei profili di assistenza alla popolazione immigrata.

I dati degli Studi Longitudinali metropolitani, associati a quelli dei principali flussi informativi correnti, costituiscono strumenti di osservazione efficaci per il monitoraggio di morbosità, mortalità, e uso dei servizi in relazione alle condizioni socio-demografiche e per la popolazione immigrata e possono consentire di programmare più efficacemente le necessarie azioni di prevenzione e assistenza. In tal modo sarà possibile indagare con un'ottica prospettica quanto suggerito anche dai risultati dei profili di salute degli immigrati, derivanti dal lavoro del progetto nazionale.

Nota

- ¹ Cfr. Fortino A, Bellentani D, Bugliari Armenio L., *Glossario sull'integrazione sociosanitaria*, in Banchieri G. et al., *I requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale*, Franco Angeli, Milano 2013.

ABSTRACT

Nota

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

Il modello dell'Educatore socio sanitario di comunità ad Arezzo (C)

TIZZI G., MAIO S.

Oxfam Italia

Obiettivi

Prevenire le gravidanze indesiderate e ridurre il tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) tra le donne rumene attraverso il modello dell'Educatrice Sanitaria di Comunità.

Metodi

I Fase: Ricognizione sociologica dei luoghi di aggregazione delle donne rumene ad Arezzo. Sulla base della ricognizione sono state individuate due donne rumene per il ruolo di promotrici di salute. La selezione ha tenuto conto della loro conoscenza del territorio, del contesto di origine, delle competenze relazionali e sociali, delle motivazioni e del desiderio di empowerment. II fase: Formazione congiunta tra operatori e promotrici. Durante la formazione si è costituito il gruppo di lavoro interprofessionale che ha individuato i temi da porre in agenda. III Fase: Programma di interventi sulla promozione di salute di comunità. L'approccio è stato multidimensionale (informazione, comunicazione, partecipazione) con simmetria nell'utilizzo di strumenti online e offline.

Risultati

Si è affrontato il tema contraccezione durante i momenti di ritrovo dei rumeni ad Arezzo, cui hanno partecipato circa 50 persone. Si è realizzato un volantino con i servizi del consultorio in lingua e distribuito negli esercizi commerciali rumeni, nei parchi, al Centro per l'integrazione, in 6 studi medici ed al mercato settimanale. Sono stati pubblicati articoli sul giornale Forum Romanesc. Sono stati realizzati 8 incontri di approfondimento in consultorio, denominati Prendiamoci Cura di Noi. Hanno partecipato 45 donne ed 1 uomo. Dai questionari anonimi somministrati è emerso che 22 donne hanno praticato l'IGV in Romania e due in Italia, quindi il 53% della nostra popolazione aveva praticato l'IGV. È stato attivato un dibattito online con cadenza settimanale su Facebook.

Conclusioni

Il bilancio, seppur provvisorio, ha permesso di identificare un modello di lavoro riconosciuto. La riflessione sugli esiti, difficoltà, imprevisti, da parte di un team interprofessionale composto da promotori di salute, professionisti sanitari e ricercatori, ha facilitato l'attivazione di interventi efficaci in relazione allo specifico problema da affrontare, alle caratteristiche del gruppo target, alle modalità organizzative della struttura sanitaria coinvolta ed alle specificità del contesto locale. Punti qualificanti e criticità del modello: la sola offerta di servizi sanitari non basta a renderli esigibili, ma è necessaria l'attivazione di azioni di tipo promozionale e conoscitivo affinché diventino effettivi e riconosciuti. Inoltre lo scambio relazionale e l'ascolto hanno permesso di superare pregiudizi sul tema della maternità e facilitato il riconoscimento reciproco. Allo stesso tempo il coinvolgimento delle nostre due promotrici ha innestato una forte motivazione sia nel contattare le connazionali sia nel progettare nuovi interventi. Rispetto agli esiti in termini di inclusione e *peer education* tra le donne rumene, rileviamo che agli incontri del consultorio hanno partecipato prevalentemente le conoscenti ed amiche delle promotrici, rilevando che il sistema del passaparola è risultato piuttosto debole.

Contatto: Giovanna Tizzi (giovanna.tizzi@oxfam.it)

Nuovo mercato esquilino: terreno generativo di salute (C)

MAISANO B.*, LIDDO M.*, SANTORO V.*, CAROCCI L.**.

*Caritas di Roma, Area Sanitaria; ** Progetto Mediazione Sociale Esquilino Municipio I

Obiettivi

1) Informazione e orientamento socio-sanitario per la popolazione che transita nel mercato, con particolare attenzione agli stranieri e alle persone più vulnerabili. 2) Formazione e sensibilizzazione degli studenti di medicina attraverso la proposta di un tirocinio e la possibilità di continuare l'esperienza come volontari del progetto. 3) Mediazione dei conflitti urbani attraverso la creazione di un luogo di incontro condiviso dove lo scambio di informazioni necessarie al ben-essere, può sviluppare relazioni basate su reciproca fiducia, senso di appartenenza al territorio, partecipazione attiva al suo sviluppo culturale ed economico.

Metodi

Nel I Municipio, il più multietnico della città di Roma, con il 30% di cittadini stranieri sul totale dei residenti, il Rione Esquilino si distingue per lo storico Mercato di Piazza Vittorio, luogo di interesse per popolazioni e attori diversi, italiani e stranieri. Un contesto dinamico in cui convivono e, talvolta, confliggono fruitori del mercato, esercenti, turisti, studenti, abitanti del rione. Il progetto InformaSaluteSuStrada dell'Area Sanitaria Caritas di Roma in collaborazione con il Progetto Mediazione Sociale si inserisce dal 2012 in questa storia e contesto multietnico per raggiungere in modo particolare gli stranieri irregolari, i comunitari indigenti e le persone senza dimora. Ogni venerdì mattina, in orario di piena attività del mercato, l'équipe multidisciplinare, specificamente formata all'approccio su strada, allestisce una postazione per l'informazione e l'orientamento socio-sanitario per la popolazione che transita nella piazzetta.

Risultati

Attraverso la metodologia dell'offerta attiva, si è realizzato un intervento innovativo in termini di sanità pubblica, finalizzato all'orientamento e alla promozione della salute di tutta la popolazione in senso inclusivo e universalistico. InformaSaluteSuStrada ha effettuato - nel 2013 - 27 uscite durante le quali sono state direttamente orientate ai servizi sanitari e sociali del territorio più di 200 persone di oltre 40 nazionalità diverse (maggiormente rappresentate Bangladesh, Romania, Perù, Filippine, Tunisia, Etiopia). Sono stati coinvolti, durante il 2013, più di 20 studenti di medicina 10 dei quali, dopo il tirocinio formativo, stanno continuando ad esercitare l'attività di medicina sul territorio contribuendo inoltre all'avvio di una nuova iniziativa di prevenzione primaria in collaborazione con la ASL RMA. Le diverse attività di mediazione socio-sanitaria realizzate hanno riconfermato quanto la rete del Rione - composta anche dagli operatori dello stesso mercato e dalle diverse associazioni presenti, in stretto rapporto con i servizi socio-sanitari e il Municipio - si sia sempre trovata concorde nell'attivarsi e sostenere ogni azione tesa al miglioramento della qualità della vita di tutti. Tale clima di disponibilità e accoglienza è stato evidente nella collaborazione e partecipazione alle tre edizioni della Settimana della salute.

Conclusioni

InformaSaluteSuStrada è riuscito ad attivare relazioni a più livelli (dalla strada all'università), coinvolgendo sempre più i servizi pubblici socio-sanitari territoriali nella promozione della salute.

Contatti: Bianca Maisano (b.maisano@areasanitaria.it)

Sensibilizzazione delle comunità latinoamericane sulla malattia di Chagas a Bergamo: gli insegnamenti tratti da un servizio integrato di cure ospedaliere e di mediazione interculturale e promozione della salute focalizzate sulla comunità (C)

AL ROUSAN A.^{*}, LEDEZMA G.^{*}, RUIZ R.^{*}, TORRICO C.^{*}, ANGHEBEN A.^{**}, ANSELMI M.[^], BONINSEGNA C.[°], EGIDI A.M.[§], DE MAIO G.^{*}, REPETTO E.C.^{*^}, MACCAGNO B.^{*}, GARELLI S.^{*}

* Centrale Operativa Bruxelles, Medici Senza Frontiere; ** Centro di Malattie Tropicali, Ospedale Sacro Cuore, Negrar; ^ Centro di Epidemiologia Comunitaria e Medicina Tropicale, Esmeraldas, Ecuador; ° OIKOS Onlus, Bergamo; § Medici Senza Frontiere Italia; ^^ Università degli Studi di Brescia, Italia

Obiettivi

È noto che determinanti sociali, culturali e linguistici svolgono un ruolo fondamentale nell'accesso alle cure, soprattutto per i migranti. La malattia di Chagas (MC) è un problema emergente fra le persone di origine latinoamericana (POL) residenti in paesi non endemici: recentemente è stato dimostrato come, per affrontare questa malattia negletta, un approccio che coinvolga la comunità sia migliore dell'approccio incentrato unicamente sulla malattia. Lo scopo del progetto era incrementare l'accesso alle cure per la malattia di Chagas nella POL residente a Bergamo con un programma di promozione alla salute e mediazione interculturale integrato alle cure ospedaliere.

Metodi

Tre membri della comunità boliviana sono stati formati sulla MC e sulle tecniche di promozione alla salute dagli esperti del CMT e di MSF. Il loro lavoro si è focalizzato su: educazione delle POL sulla MC, promozione del calendario delle giornate di screening e fornitura di servizi di mediazione linguistica e culturale durante le fasi pre e post-test, in modo da facilitarne la diagnosi e l'accesso al trattamento. I mediatori interculturali hanno fatto da "ponte" tra i pazienti e i medici, aiutando entrambe le parti a superare le proprie barriere comunicative.

Risultati

Dal luglio 2012 al dicembre 2013 oltre 4.000 POL residenti nella provincia di Bergamo sono state contattate. Di queste, 1778 sono state convinte dell'importanza della diagnosi precoce e si sono presentate ad un servizio ambulatoriale (OIKOS) di Bergamo gestito da volontari per eseguire il test (in media 100 persone/sessione). La promozione sulla malattia è stata condotta in vari siti e momenti di aggregazione delle POL. Da questa esperienza si possono trarre alcune considerazioni: -per la comunità latinoamericana: aumentare la conoscenza della MC è un fattore chiave per migliorare l'accesso e la fiducia nel sistema sanitario italiano, questo obiettivo è stato ottenuto migliorando la qualità della comunicazione medico-paziente; - per i mediatori interculturali: occuparsi di promozione della salute ha accresciuto la loro professionalità migliorando, ad esempio, la qualità del lavoro e lo spirito di squadra, la capacità di interazione, la conoscenza della loro comunità, la capacità empatica e di ascolto, l'analisi dei problemi e l'abilità nella risoluzione dei problemi.

Conclusioni

Questo approccio "globale" è stato un forte stimolo nella comunità latinoamericana per accedere alle cure sia per la MC, ma anche per altri problemi di salute più comuni, ma spesso trascurati. L'integrazione della mediazione interculturale e della promozione della salute con i servizi sanitari territoriali sembra essere un investimento proficuo nell'offerta di cure per i migranti. Confrontando gli attuali risultati col precedente programma di screening condotto da CTD e OIKOS, in cui la promozione era basata sul passaparola (dicembre 2009-maggio 2012), si è visto che l'intervento mirato dei mediatori interculturali ha permesso di mantenere una presenza costante di circa 100 persone a sessione, in contrapposizione al calo di accessi osservato nel periodo precedente. Sarebbe utile sostenere altri programmi simili per poterne confermare la validità ed efficacia.

Contatto: Ahmad Al Rousan (Msfocb-rome-hp@brussels.msf.org)

Risultati preliminari di una indagine sulla circoncisione rituale maschile effettuata nell'Area Vasta Emilia Centrale (Emilia Romagna) (C)

AGRESTI E.^{*^}, CALACOCI M.^{**^}, CILLO F.^{*}, LAURA L.^{*}, BODINI C.^{§^}

*Associazione Diversa/mente;^GrIS-ER;** Cooperativa Sociale Camelot;§ Centro Salute Internazionale - Università di Bologna

Obiettivi

L'indagine si prefigge di analizzare il significato e gli aspetti pratici circa la circoncisione rituale maschile. L'esplorazione segue due diverse direttrici di ricerca: identificare il dove ed il come la circoncisione rituale maschile viene effettuata e raccogliere la percezione degli interessati circa una eventuale esecuzione della pratica all'interno del SSN. Vengono inoltre considerate: le implicazioni religiose e il significato che la manipolazione del corpo riveste nell'appartenenza ad un gruppo sociale.

Metodi

L'indagine, in corso, è effettuata sul territorio di Bologna, Ferrara e Imola (Area Vasta Emilia Centrale) ed è possibile grazie alla collaborazione di diversi soggetti istituzionali e del mondo associativo. Propeudeuticamente è stato analizzato lo storico delle esperienze in Italia. Sono state utilizzate interviste semistrutturate, rivolte a: due Imam, un esperto di testi islamici, un rabbino, un docente universitario esperto di bioetica, un chirurgo, una donna senegalese. Sono stati condotti sette focus group: due femminili e cinque maschili a cui hanno partecipato soggetti di origine marocchina, tunisina, pakistana, senegalese, nigeriana, bosniaca. I partecipanti erano di religione musulmana. Il gruppo di lavoro è composto da tre antropologhe, una psicologa, una pediatra, ed una ricercatrice del CSI (Centro Salute Internazionale).

Risultati

Emerge che la circoncisione rituale viene effettuata nel Paese di origine sia all'interno del sistema sanitario pubblico, sia in ambito privato, sia in contesti non sanitari. Negli anni la pratica in ambiente sanitario sta diventando predominante mentre esiste ancora, seppur secondariamente, la possibilità di interventi domestici o collettivi a carico di "esperti": figure la cui abilità è riconosciuta all'interno della comunità, il loro intervento è marginale, sia per la consapevolezza legata al rischio, che per la scomparsa di queste figure a seguito delle trasformazioni socio-culturali. La pratica effettuata in ambito sanitario ha valore equivalente al rito tradizionale. Ci sono regioni in cui l'intervento viene effettuato a solo scopo igienico senza connotazione religiosa. La circoncisione ha una forte importanza identitaria: è un "timbro" sul corpo che segna la concreta appartenenza alla comunità. La sua obbligatorietà, nell'Islam, è da rintracciare non nel Corano ma nel "principio di imitazione del Profeta" secondo quanto contenuto nei racconti della sua vita (hadit). Gli intervistati sottolineano l'importanza oltre che rituale anche sanitaria: la circoncisione, secondo loro, rende più semplice l'igiene personale e previene l'insorgere di specifiche patologie. L'età del rito varia nelle diverse culture: va dall'età neonatale nell'Ebraismo sino alla prepubertà in alcune zone senegalesi. La maggioranza delle testimonianze tuttavia indica un'età prescolare. Sulla decisione di effettuare la pratica nel Paese di origine, la possibile vicinanza fisica della famiglia allargata è un elemento che incide ma non è determinante. Gli intervistati auspicano, anche in Italia, l'inserimento della pratica all'interno delle competenze del SSN.

Conclusioni

Emerge il desiderio che la circoncisione rituale maschile venga realizzata in condizioni di sicurezza sanitaria. Nell'eventuale scelta di effettuarla in Italia è presente una componente di riconoscimento dei valori insiti nella pratica sanitaria e di appartenenza al territorio in cui i migranti vivono. Le richieste di inserire la circoncisione all'interno del SSN assumono una esplicita portata identitaria.

Contatto: Erika Agresti (erikaagresti@gmail.com)

Minori stranieri non accompagnati e sistema sanitario. Un modello educativo che può facilitare questo rapporto (P)

DI RIENZO G.*, TOSTO C.**

*"Giovani In Crescita" Coop. L'Albero della Vita; **Scienze psicologiche e sociali, Università degli Studi di Palermo

Obiettivi

L'esperienza educativa condotta in una struttura residenziale siciliana suggerisce come i minori stranieri non accompagnati, inseriti in seguito a segnalazione dei servizi sociali competenti, manifestino aspettative culturalmente determinate relativamente al ruolo del medico e, in particolare, alle modalità di approccio clinico e di trattamento farmacologico percepiti come adeguati. Dall'esperienza appare evidente come aspettative specifiche del minore rendono difficoltoso il primo contatto con le istituzioni sanitarie e il mantenimento nel tempo dell'aderenza alle prescrizioni terapeutiche. L'obiettivo del presente lavoro è presentare un modello di intervento educativo, sperimentato dall'equipe pedagogica del servizio, finalizzato alla facilitazione del rapporto del minore con i rappresentanti delle istituzioni sanitarie.

Metodi

L'intervento ha previsto, nello specifico, l'accompagnamento dei minori alla fruizione di ciascun servizio del sistema sanitario, attraverso percorsi paralleli di introduzione al funzionamento del sistema sanitario italiano e di riflessione condivisa sulle aspettative e sul significato attribuito alla relazione con il medico e all'eventuale presa in carico terapeutica. I processi di mediazione educativa sono stati, d'altra parte, finalizzati all'esplicitazione delle inevitabili richieste di adeguamento del linguaggio specialistico ai livelli individuali di competenza linguistica e di scolarizzazione del minore.

Risultati

L'attenzione alle richieste di cura e ai bisogni specifici, parallelamente alla sistematicità degli interventi di mediazione, hanno generalmente consentito il raggiungimento degli obiettivi, condivisi con il minore e relativi alle necessità contingenti. D'altra parte, l'approccio educativo si è concentrato di volta in volta sull'individuazione e lo sviluppo delle competenze necessarie alla gestione autonoma del rapporto con le agenzie sanitarie.

Conclusioni

Il presente elaborato analizza i dati raccolti nei sei anni di lavoro dell'equipe educativa del gruppo appartamento "Giovani In Crescita" relativamente alla tematica in oggetto, evidenziando le metodologie educative utilizzate nell'ottica della mediazione, per favorire il rapporto dei minori stranieri non accompagnati con gli agenti del sistema sanitario.

Contatto: Di Rienzo Giuseppe (dirienzo.cooperativa@alberodellavita.org)

La costruzione di una rete di assistenza per richiedenti asilo vulnerabili (C)

RUFFETTA C., MARZAGALIA M.

Servizio di Etnopsichiatria Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda Milano

Obiettivi

Presentazione Servizio di Etnopsichiatria e del protocollo di intesa con Comune di Milano ed altri Enti nella creazione di buone pratiche di cura e assistenza per richiedenti asilo con vulnerabilità psichica.

Metodi

I Servizi sanitari e sociali caratterizzati dalla condivisione di utenti rifugiati hanno creato, nel tempo, reti di collaborazione informale che, nel 2013, sono state ufficializzate in un "Protocollo di Intesa", al fine di ottimizzare le risorse e le competenze specifiche di ogni ente.

Risultati

Creazione di un percorso di interventi integrato, che permette la sinergia delle azioni cliniche, educative, sociali, legali favorendo una migliore presa in carico dell'utenza, che viene accompagnata e sostenuta in modo globale.

Conclusioni

A fronte di un evidente miglioramento delle comunicazioni e delle relazioni inter-enti, che si declina in una presa in cura meno dispersiva e più efficace, si evidenzia la necessità di una maggiore flessibilità dei ruoli istituzionali.

Contatto: Marzia Marzagalia (marzia.marzagalia@ospedaleniguarda.it)

“Il cuore mi impedisce di mangiare”. Indagine socio epidemiologica su un gruppo di rifugiati in Provincia di Ancona (C)

ANGELETTI M.* , FOSSARELLO L.°

*Studio Medico Piave Medicina; ° Università degli Studi di Torino

Obiettivi

Il fenomeno dell'immigrazione nella Regione Marche, complice anche la presenza del porto internazionale di Ancona, importante punto di approdo dalla Grecia, si è caratterizzato per la presenza di profughi provenienti da Paesi ben specifici. Come dimostrano diversi studi, dal punto di vista epidemiologico risultano differenze significative tra il profilo di salute degli immigrati per motivi economici, di studio e per il ricongiungimento, e il profilo di salute delle persone richiedenti asilo. Dai dati della Prefettura di Ancona, i richiedenti asilo transitati per la provincia di Ancona, risultano essere negli ultimi tre anni 828 persone; sul territorio provinciale sono presenti 5 strutture di accoglienza. Scopo di questa ricerca è analizzare le caratteristiche socio anagrafiche e il profilo di salute di un campione di richiedenti asilo transitati nella provincia di Ancona.

Metodi

I richiedenti asilo che sono transitati nella provincia di Ancona nel 2013 sono stati in totale 248 (dati Prefettura di Ancona); di questi, 100 (il 40% del totale), sono transitati tra il 1/01/2013 e il 31/12/2013 presso una singola struttura, l'Hotel Lori di Senigallia, dove sono stati visitati da personale medico. La popolazione in questione costituisce il campione della ricerca.

Risultati

Riguardo al campione selezionato, composto interamente da maschi (età media 28 anni), le 5 comunità più rappresentate risultano: Costa d'Avorio: 20%, Pakistan: 20%, Niger: 10%, Afghanistan: 10%, Ghana: 10%. Dal punto di vista epidemiologico, rispetto al campione preso in considerazione, sono state riscontrate le seguenti patologie con relative incidenze: Osteoarticolari: 40%, Gastrointestinali: 40%, Psichiatriche: 40%, Apparato Respiratorio: 10%, Dermatologiche: 10%. Sono presenti più patologie rispetto allo stesso individuo; spesso il minimo comun denominatore risiede nel disagio psichico dovuto ai traumi subiti nel Paese di provenienza e al viaggio verso l'Europa. Particolarmente rilevanti risultano essere le patologie derivanti da traumi di guerra (in valori assoluti): Traumi arti inferiori: 10. Cicatrici da arma da taglio: 10. Cicatrici da arma da fuoco: 5. Corpi estranei metallici: 3.

Conclusioni

Dai dati in possesso, risulta che le patologie più frequentemente riscontrate, riguardano prevalentemente l'apparato osteoarticolare, l'apparato gastroenterico ed il sistema nervoso. Come già riportato precedentemente, possono coesistere più patologie per uno stesso individuo. L'ansia e la depressione sono spesso causa di gastriti, enteriti, patologie dermatologiche. Il titolo dell'abstract suggerito da una frase di un richiedente asilo pakistano riflette una situazione patologica, la depressione è spesso causa di astenia, rifiuto del cibo e gastrite.

Contatto: Margherita Angeletti (margherita.angeletti@alice.com)

Aspettative e realtà nell'accoglienza: uno studio della CRI (C)

MATTERA A., DIODATI A., BATTAFARANO C., GHEBREMARIAM F.M., FIORAVANTI D., AZAR M.A., VIETTI F., D'ANCI L.
Croce Rossa Italiana

Obiettivi

L'ingresso in un centro di accoglienza rappresenta a volte l'arrivo, a volte una tappa intermedia nel progetto migratorio. La Croce Rossa Italiana (CRI), nell'ambito del Progetto Praesidium, monitora le condizioni di assistenza nei centri e nelle operazioni di sbarco e rintraccio e svolge un'azione di implementazione delle capacità di assistenza presenti sul territorio, diversificando l'azione sulla base delle necessità emerse. Al fine di migliorare le risorse già esistenti, direzionare i nuovi interventi a seconda dei bisogni emersi e implementare le capacità di coping relative al progetto migratorio, è stato condotto uno studio per conoscere il punto di vista dei migranti circa le condizioni di accoglienza rispetto alle loro aspettative e condurre una prima valutazione della resilienza all'arrivo nel Centro.

Metodi

È stato utilizzato un questionario – 11 domande con risposte predefinite – che raccoglie informazioni di carattere demografico e chiede una valutazione soggettiva, rispetto alle aspettative, delle condizioni relative al viaggio (3 domande), all'accoglienza (4 domande) e al resto del progetto migratorio (4 domande). Destinatari delle interviste sono stati migranti ospiti dei Centri Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA) nelle regioni Puglia, Calabria e Sicilia (121 persone) arrivati in Italia da non più di 6 mesi. I questionari sono stati somministrati da personale CRI con l'ausilio di mediatori linguistico-culturali nel periodo luglio – ottobre 2013; i dati sono stati analizzati in totale e in relazione alle variabili tempo di permanenza in Italia, età e paese di provenienza.

Risultati

Il viaggio viene generalmente descritto come molto faticoso, il 70,25% degli intervistati ha dichiarato condizioni fisiche di viaggio affatto buone. Non sembra presente un quadro uniforme delle aspettative relative al viaggio, la percezione personale varia da "molto faticoso" (36,36%) a "non so" (23,97%) e nel 67% dei casi le persone non hanno ricevuto descrizione del viaggio che avrebbero affrontato. Le condizioni di accoglienza all'arrivo al CARA vengono giudicate "abbastanza buone" nel 47,11% dei casi e "molto buone" nel 22,31% dei casi. Il 74,38% degli intervistati non aveva idea del posto di accoglienza e le condizioni di accoglienza reali vengono giudicate "abbastanza diverse" da quelle immaginate nel 31,40% dei casi, "molto diverse" nel 21,49% dei casi, mentre il 20,66% ha risposto "non so". Nonostante la mancata corrispondenza tra aspettative e realtà il 76,03% delle persone non è pentito della scelta di essere partito. Riguardo alle aspettative future e alla resilienza, alla domanda "Cosa vorresti fare in futuro?" il 54,55% ha risposto "Lavorare" e il 67,77% delle persone pensa di poter avere la possibilità di realizzare i propri desideri. Il 70,25% vorrebbe stabilirsi in Italia; il 90,08% delle persone non tornerebbe nel proprio paese anche avendo la possibilità e l'opportuno supporto.

Conclusioni

Lo studio, condotto al fine di favorire la corretta modulazione delle capacità recettive e di accoglienza, ha confermato la durezza del viaggio e la difficoltà ad immaginarne le caratteristiche, e, nonostante la non consapevolezza del luogo di arrivo, le condizioni di accoglienza sembrano accettabili agli intervistati. Per quanto riguarda la resilienza lo studio ha messo in luce la capacità di reazione agli stress e l'alta motivazione alla prosecuzione del progetto migratorio.

Contatto: Agnese Mattera (agnesemattera@gmail.com)

Cambiamenti nel funzionamento psichico e sociale in un gruppo di rifugiati politici ospiti in Casa della Carità (C)

ARDUINI L., GEROMINI E., LANDRA S., JACCHETTI G., RAVAZZINI M., LAMMOGLIA M., QUARANTA G., DE MOLLI F.
Fondazione Casa della Carità Angelo Abriani, Milano

Obiettivi

Dalla fine del 2004 la Casa della Carità è attiva nell'offerta di accoglienza alle persone senza fissa dimora nell'area di Milano. Il lavoro valutativo vuole accompagnare le azioni di intervento sociale e relazionale nonché l'impegno culturale e teorico con la produzione di dati empirici e quantitativi che descrivano quanto fatto. Gli obiettivi di questa prima analisi sono: 1. descrivere la popolazione servita in termini di caratteristiche sociali e demografiche e di aree di bisogno, di durata della permanenza e di destinazione all'uscita dalla Casa della Carità; 2. distinguere gruppi di utenza diversa sia rispetto alle loro caratteristiche che rispetto alla domanda rivolta alla Casa della Carità; 3. proporre e testare una definizione di esito del passaggio della persona da Casa della Carità in termini di risposta alle domande esplicite (casa, lavoro, relazioni sociali, problemi psichiatrici), così come del benessere soggettivo e dell'attivazione di risorse personali e di risorse del contesto.

Metodi

Nel 2009 si è proceduto all'elaborazione di uno strumento adatto agli ospiti della Casa e compilato dagli operatori, descritto come "Scala di funzionamento personale e sociale" e chiamato "ANDREI" in quanto frutto della semplificazione di un altro strumento validato e molto noto in psichiatria conosciuto come "V.A.D.O.". Si sono identificate sette aree interessanti da valutare nei primi giorni di permanenza presso la Casa e poi da verificare di nuovo ogni semestre di permanenza e all'uscita. Tali aree sono: • La cura di sé • Le attività produttive/socialmente utili • I rapporti personali • I rapporti sociali • La transizione verso il futuro • I comportamenti aggressivi e disturbanti • La salute mentale. Oltre al funzionamento sociale, si è pensato di valutare anche la percezione della persona rispetto alla propria qualità di vita utilizzando il General Health Questionnaire (GHQ-12) che misura il "benessere mentale", un determinante importante della salute e delle sue conseguenze sociali. In esso si indagano alcuni aspetti generali della salute fisica e mentale attraverso un linguaggio immediato e non medico. Tale strumento è validato a livello internazionale ed è tradotto in diverse lingue. Questi questionari vengono somministrati all'ingresso, durante la permanenza ogni 6 mesi e all'uscita dalla struttura.

Risultati

Sono stati selezionati, per questo studio, i 70 ospiti che presentano uno status di rifugiato politico o richiedenti asilo e vengono presentati i risultati per quanto riguarda il cambiamento nel normale funzionamento psichico del soggetto; il questionario, non vuole indagare la presenza di disturbi psichici gravi come la schizofrenia o la depressione psicotica, ma valuta disturbi di personalità o patterns di adattamento associati al distress.

Conclusioni

Si rileva il miglioramento da parte di circa un quarto dei soggetti e una percentuale non piccola di peggioramento (quasi 30%) secondo noi da leggere anche come aumento di consapevolezza sulle difficoltà reali o "disillusione". Tendenzialmente la quota dei peggiorati in questa area coincide con coloro che hanno più difficoltà a socializzare nel piccolo gruppo e ad inserirsi nel tessuto sociale. Tra i peggiorati si evidenzia l'innesto e/o il disvelamento dell'uso di droghe e alcol che non era stato riscontrato all'entrata. Si osserva che i soggetti del progetto ENA (emergenza Nord-Africa) sono molto compromessi all'ingresso, ma presentano i più significativi miglioramenti in quasi tutte le aree all'uscita, compresa l'area salute mentale.

Contatto: Laura Arduini (laura.arduini@casadellacarita.org)

Richiedenti asilo e rifugiati a Ferrara: un sistema in rete (C)

TSUCALAS F., CAMISOTTI F., SARTI J., CALACOCI M., BRATTI E.

Cooperativa Sociale Camelot - Officine Cooperative

Obiettivi

La Cooperativa Sociale Camelot – Officine Cooperative e il Comune di Ferrara vantano una dettagliata esperienza nella realizzazione di interventi mirati nel settore dell’immigrazione e della salute, dell’inclusione sociale e dei servizi sociali intesi nella loro generalità. Nel corso degli anni l’obiettivo raggiunto è stato quello di creare un sistema in rete per l’erogazione dei servizi fondamentali per i progetti di accoglienza, protezione e integrazione sul territorio della provincia di Ferrara. Il progetto SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) del Comune di Ferrara, gestito dalla Cooperativa Sociale Camelot, rappresenta un esempio di come siano stati realizzati percorsi individuali modellati sulle esigenze di ogni beneficiario, in costante raccordo con tutta la rete di servizi territoriali.

Metodi

In particolare, la Cooperativa Camelot ha sviluppato un articolato sistema di accordi formali ed informali, protocolli di intesa e prassi operative con la maggior parte dei servizi territoriali (Aziende Sanitarie, Servizi Sociali, Centri per l’Impiego, Ambulatori Sanitari Specialistici, Centri di Formazione Professionale, Questura, Prefettura, Uffici Anagrafe, ecc.); questa vera e propria rete, che coinvolge una pluralità di servizi e professionalità, ha permesso la creazione di un sistema di qualità pronto alla presa in carico globale di tutte le esigenze tipiche dei richiedenti e titolari di protezione internazionale ospitati nei progetti SPRAR di Ferrara. In particolare si è operato nell’ottica di non creare un sistema di accesso ai servizi parallelo per questa particolare categoria di migranti, ma di facilitare lo stesso accesso per persone che, date le vulnerabilità tipiche dei migranti forzati, non riuscivano ad esercitare i diritti assegnati dalla normativa nazionale e comunitaria con conseguenti gravi ritardi nell’emersione e nella presa in carico dei bisogni di ciascun soggetto. Questa continua attività di progettazione ed implementazione della rete sociale a supporto di richiedenti asilo e rifugiati sul territorio ferrarese ha trovato inoltre nuovi spunti ed opportunità tramite le progettualità realizzate con il Fondo Europeo per i Rifugiati: in particolare si sottolinea l’importanza di alcune azioni innovative e di qualità quali “Lontani dalla Violenza” o “Re-Startup: rete nazionale per la creazione di imprese cooperative di titolari di protezione internazionale vulnerabili”, ovvero progetti che hanno permesso, con il supporto di altre realtà di eccellenza nazionali, la creazione di linee guida per la presa in carico multidisciplinare di soggetti vittime di tortura o lo startup di imprese cooperative composte da rifugiati vulnerabili.

Risultati

L’esperienza SPRAR della Cooperativa Camelot, sin dal 2006, ha inoltre permesso l’ideazione di una serie di procedure, servizi specifici e modelli di accesso “facilitato” che sono poi stati riproposti a tutta la popolazione di richiedenti asilo e rifugiati presente sul territorio provinciale ed esclusa da ogni forma di accoglienza strutturata. Si può quindi intendere lo SPRAR come “strumento di progettazione” della Cooperativa Camelot di nuove politiche di accoglienza ed integrazione in favore di richiedenti asilo o rifugiati.

Conclusioni

In conclusione, si vuole sottolineare l’importanza decisiva della creazione di una rete così articolata per la buona riuscita dei percorsi di accoglienza ed integrazione per richiedenti asilo e rifugiati, una rete di professionalità e servizi pubblici e privati costantemente coordinati e modulati dall’esperienza della Cooperativa Camelot.

Contatto: Federico Tsucalas (federicatsucalas@csiiferrara.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La realtà dei richiedenti asilo e rifugiati e la formazione dei futuri operatori socio-sanitari: una palestra di Salute Globale tra Italia, Germania e Svizzera (C)

CIVITELLI G.[°], CALCATERRA V.[°], CENSI V.[°], FERRETTI F.[°], GONZÁLEZ IBAÑEZ G.[°], MARANI A.[°], MASTRANTONIO E.[°], ORIOLI R.[°], RENZI D.[°], RINALDI A.[°], RUBINO C.[°], BENEDETTI P.[^], TARSIANI G.[°], MARCECA M.[°]

[°] Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; [^] Centro Astalli, Servizio dei Gesuiti per i rifugiati in Italia; ^{*} Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ^{°°} Sapienza Università di Roma-Dipartimento di scienze Medico-Chirurgiche e Medicina Traslationale

Obiettivi

Il progetto si propone due obiettivi fondamentali: - disegnare e supportare una esperienza formativa per futuri operatori socio-sanitari, che permetta di accostarsi alla realtà dei richiedenti asilo/rifugiati e di elaborare profondamente le dinamiche di salute di cui sono protagonisti; - analizzare, attraverso un approccio di Salute globale, le politiche riguardanti l'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati in Italia, Germania e Svizzera e valutare la possibile relazione tra queste e lo stato di salute dei migranti forzati nei paesi di arrivo.

Metodi

Il progetto, iniziato nell'aprile 2013, è stato proposto e viene portato avanti da un gruppo interdisciplinare di studenti e specializzandi, sotto la supervisione di docenti di Sanità Pubblica, afferenti alla Sapienza Università di Roma. La ricerca si svolge contemporaneamente a Stoccarda (Germania), Basilea (Svizzera) e Roma (Italia). Dopo una ricerca bibliografica iniziale sulla relazione tra le condizioni di vita post-migratorie dei migranti forzati e la salute, si è cercato il confronto con operatori del settore e con alcuni richiedenti asilo e rifugiati al fine di valutare, attraverso un processo partecipato e condiviso, le principali difficoltà presenti nel paese di arrivo. È stato elaborato un questionario semi-strutturato di tipo qualitativo per analizzare le diverse dimensioni legate ai determinanti sociali della salute. Il questionario è stato pensato soprattutto come strumento per facilitare l'incontro tra i partecipanti alla ricerca ed i migranti; partendo dalla convinzione che questi non debbano essere semplice oggetto di studio, prima dello svolgimento dell'intervista si è cercato di costruire una relazione di fiducia all'interno della quale i migranti possano essere protagonisti. A Stoccarda (dove la conoscenza del contesto è avvenuta grazie ad una collaborazione con l'Associazione Refugio) e a Basilea tale relazione è mediata dalla comunità delle Missionarie Secolari Scalabriniane; a Roma è stata attivata una collaborazione con il "Centro Astalli" e il "Centro di accoglienza San Saba" dove, per una iniziale conoscenza reciproca, si è iniziata nel novembre 2013 un'attività di affiancamento degli ospiti per l'aiuto nello studio dell'italiano o di altre materie.

Risultati

Ad oggi (Marzo 2014) il progetto ha permesso al gruppo di ricerca di entrare in contatto con la realtà dei richiedenti asilo e rifugiati e di approfondirla a livello teorico (due tesi di laurea, una in Medicina e Chirurgia ed una in Servizio Sociale, sono in corso). La ricerca è diventata inoltre, già durante la sua esecuzione, "generatrice di salute", andando a rafforzare o ad instaurare relazioni di conoscenza e fiducia reciproca tra i membri del gruppo, gli operatori delle strutture coinvolte e gli stessi migranti. Lo svolgimento e l'analisi delle interviste è ancora in corso.

Conclusioni

La ricerca sta mostrando come la conoscenza della realtà di richiedenti asilo e rifugiati, al di fuori di una relazione di tipo strettamente assistenziale (benché supportata da un approfondimento teorico), potrebbe costituire una significativa esperienza formativa per i futuri operatori socio-sanitari. La loro formazione infatti non può prescindere dalla conoscenza diretta delle realtà di emarginazione sociale e da una nuova educazione all'ascolto del vissuto e delle esperienze che ogni persona porta con sé.

Contatto: Giulia Civitelli (giulia.civitelli@gmail.com)

Storia di diritti negati ai rifugiati provenienti dalla Libia E.N.A. "Emergenza Nord Africa" nel territorio di Reggio Emilia (P)

SACCANI M., ZAMBELLI F., ZAMAN A., MANAN A., SHEIK F.M., FORACCHIA A.

Associazione Città Migrante Reggio Emilia

Obiettivi

Raccontare l'esistenza ad ostacoli dei rifugiati provenienti dalla Libia 2011-2014.

Metodi

Cronistoria dalla città di Reggio Emilia, Dicembre 2011: mobilitazione delle associazioni. Richiesta: immediato rilascio di un titolo di soggiorno umanitario attraverso l'istituzione della protezione temporanea (art.20T.U.) o altre forme previste dall'ordinamento giuridico ai richiedenti asilo provenienti dalla Libia. Campagna raccolta firme collegata alla petizione nazionale lanciata da Melting Pot Europa. Aprile 2012: lentezza della commissione. Arrivano i primi dinieghi. Conferenza stampa per denunciare: 13 gli esiti delle domande di asilo. Nella provincia il 70% sono dinieghi per chi non ha la cittadinanza libica. Giugno 2012: incontro in prefettura: formalizzazione richiesta di rilascio di un titolo di soggiorno a tutti i migranti provenienti dalla Libia indipendentemente dall'esito della loro richiesta di asilo. Situazione: 15 esiti di cui 11 dinieghi e consegna firme. Ottobre 2012: in violazione della nota regionale 22 maggio 2012 PG127160 i richiedenti asilo non vengono iscritti nella popolazione residente. È richiesto il passaporto o il titolo di viaggio. L'associazione invia una nota al difensore civico che segnala al comune. Novembre 2012: il dirigente anagrafe risponde convinto della propria posizione. Dicembre 2012: manifestazione cittadina "non più profughi ma cittadini". Febbraio 2013: sit-in davanti alla prefettura e consegna lettera richiedente: - residenza in tutti i comuni della provincia - rilascio del titolo di viaggio ai possessori di protezione umanitaria - chiusura del progetto "emergenza nord africa" (28/02/2013) Urgenze: casa, lavoro. Marzo 2013: presidio davanti alla questura: compilazione e consegna delle istanze per il rilascio del titolo di viaggio. Aprile 2013: occupazione di uno stabile abbandonato. Maggio 2013: SAUB: richiesta esenzione ticket sanitari. Gennaio 2014: rinnovo permesso di soggiorno. La questura richiede documenti non previsti dalla legge. Chiesto incontro con il dirigente ufficio immigrazioni. Febbraio 2014: incontro in questura. Atteggiamiento di chiusura. Marzo 2014: invio lettera alle autorità coinvolte: chiarimenti sulle procedure: rinnovo permessi, titoli di viaggio.

Risultati

Ottobre 2012: decreto per il rilascio del soggiorno per protezione umanitaria. Gennaio 2013: primi rilasci PDS. Febbraio 2013: rilascio iscrizione anagrafica. Marzo 2013: rilascio del titolo di viaggio ai titolari di protezione umanitaria. Maggio 2013: con iscrizione al centro per l'impiego negata esenzione ticket sanitari per inoccupazione. Febbraio 2014: riconoscimento residenza nella casa occupata.

Conclusioni

Il viaggio dei profughi, delle persone richiedenti rifugio è tortuoso, pieno di ansie e di paure. Paure che creano disagio psicologico, fisico e sociale. Problemi aperti: - sopravvivenza attraverso il lavoro nero; - impossibilità di lavoro regolare in Europa (il permesso di protezione umanitaria non lo permette); - alloggi di fortuna: amici, dormitorio, occupazione che l'associazione ha sostenuto; - salute: difficoltà di accesso per incapacità economica A fine gennaio 2014 è stata scritta "La Carta di Lampedusa", un patto per il riconoscimento di tutte e tutti della libertà di movimento, di restare, di scegliere dove costruire il proprio futuro. Contro la militarizzazione delle frontiere, del Mediterraneo come cimitero e luogo di respingimento. Presentiamo questo percorso per descrivere la tenacia, la forza e la dignità degli amici di Reggio Emilia per essere riconosciuti cittadini.

Contatto: Maria Saccani (maria.saccani@ausl.re.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Psicoterapia con minori stranieri richiedenti asilo in stato di messa alla prova: aspetti psicologici e sociali (C)

CAIZZI C, CIAMBELLINI S., MAZZETTI M.
Caritas di Roma, Area Sanitaria

Obiettivi

Lo scopo del lavoro è evidenziare la relazione tra gli aspetti sociali e psicologici nel trattamento psicoterapeutico con minori stranieri vittime di violenza e tortura che, avendo commesso dei reati, sono in un regime di messa alla prova. Questo prevede la sospensione della pena carceraria (art.28 D.P.R.448/88) e il minore viene affidato ai servizi minorili dell'amministrazione della giustizia che, anche in collaborazione con i servizi socio-assistenziali degli enti locali, svolgono nei suoi confronti attività di osservazione, sostegno e controllo. Saranno presentati i significati psicologici del regime di messa alla prova e come questi influenzino il comportamento del ragazzo e si correlano con la sua condizione post-traumatica.

Metodi

Il metodo è la psicoterapia e il lavoro di rete con i servizi sociali che hanno in carico legalmente il ragazzo. Uno dei sintomi post traumatici è lo scarso controllo degli impulsi ed, in particolare, la gestione dell'aggressività. Quello che noi riscontriamo nei minori stranieri messi alla prova è che questo sintomo è frequente e può sfociare in comportamenti delinquenziali. Questo sintomo rischia di accentuarsi quando i minori stranieri sono in "messa alla prova", perché si sentono in gabbia, ristretti e controllati. A livello clinico il primo passo è identificare i fattori psicosociali ostacolanti o facilitanti la guarigione psicologica ed il reinserimento sociale della persona che è in questo regime; successivamente diventa importante utilizzarli nella costruzione di un piano di trattamento specifico per quel paziente.

Risultati

Al termine del trattamento, grazie alla terapia, la messa alla prova, che inizialmente è vissuta come restrittiva e controllante (stimolando comportamenti di ribellione) viene percepita come un'occasione di contenimento e accompagnamento nella loro guarigione psicologica e nella costruzione del loro futuro.

Conclusioni

Per i minori stranieri vittime di violenza e quindi costretti a lasciare il loro paese, il trattamento consiste nel trasformare una situazione penalizzante in uno strumento per orientarsi nella costruzione del proprio futuro e del proprio progetto migratorio.

Contatto: Cristina Caizzi (cricaizzi@libero.it)

Precocità puberale in una coorte di bambini adottati all'estero (C)

CALZEDDA R.^{*^}, ROSSODIVITA A.N.[^], CECCARELLI M.^{*^}, BARONE G.[^], RANNO O.^{*}, VALENTINI P.^{*^}

^{*}Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato – Società Italiana di Pediatria (GLNBI-SIP);[^]Policlinico Universitario "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi

Calcolare la densità di incidenza di precocità puberali in una popolazione di bambini adottati all'estero; Valutare l'influenza di alcuni fattori che possono associarsi ad un rischio maggiore di sviluppo puberale precoce; Valutare il Body Mass Index (BMI) e la sua variazione nei primi mesi dal momento dell'adozione; - Analizzare l'associazione tra precocità puberale e livelli di vitamina D.

Metodi

È stato analizzato lo stato di salute di 637 bambini adottati all'estero, valutati dal 1° Gennaio 2007 al 1° Giugno 2013 negli ambulatori di Etnopediatria ed Endocrinologia Pediatrica del Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma. Nello studio sono stati inclusi i bambini in adozione esclusivamente internazionale e quelli che all'arrivo in Italia avevano un'età inferiore ai 9 anni per le femmine e 10 anni per i maschi. Sono stati inclusi nello studio 580 bambini (329 maschi).

Nella definizione di precocità puberale sono state incluse le condizioni di Pubertà Precoce Centrale (PPC), pubertà anticipata, telarca precoce isolato e pubarca precoce isolato.

La densità di incidenza è stata calcolata prendendo in considerazione i bambini valutati sistematicamente nell'ambulatorio di Etnopediatria ed è stata stabilita in base alla formula: (N casi/Σ periodi esposizioni di ogni soggetto) x1000. Le stime di rischio sono state riportate in termini di Odds Ratio (OR) con intervallo di confidenza al 95% (IC95%). Per valutare le modifiche del BMI è stato utilizzato il test t di Student per dati appaiati. Per le analisi inferenziali con variabili di tipo quantitativo è stata usata la regressione logistica.

Risultati

La densità di incidenza è stata di 32,22 casi per 1.000 persone/anno. Il sesso femminile è risultato fattore di rischio per precocità puberale con OR di 15,86 (IC95% 5,0-44,94). I bambini provenienti dall'Africa hanno un maggior rischio, con OR di 3,21 (IC95% 1,70-6,07) rispetto a quelli provenienti da America Latina (OR 0,46 (IC95% 0,20-1,05)), Asia (OR 1,06 (IC95% 0,55-2,04)), Europa e Federazione Russa (OR 0,50 (IC95% 0,20-1,16)). La residenza prima dell'adozione è risultata essere fattore di rischio: infatti, bambini che non hanno avuto una residenza fissa e hanno cambiato più volte istituti o famiglie affidatarie prima dell'adozione hanno presentato un'incidenza maggiore di precocità puberali [OR 2,94 (IC 1,43-6,04)] rispetto ai bambini vissuti in istituto [OR 0,84 (IC95% 0,42-1,70)], in casa famiglia (OR 1) e in famiglia affidataria (OR 1). Non è risultata un'associazione statisticamente significativa tra precocità puberale e BMI. È stato riscontrato un aumento del BMI statisticamente significativo (p value: 0,835) tra il valore alla prima visita e quello rilevato alla comparsa dei segni puberali. I livelli di vitamina D nei bambini con precocità puberale sono risultati significativamente più bassi (p value: 0,016).

Conclusioni

La precocità puberale è un problema molto frequente tra i bambini adottati all'estero, in particolare in quelli che presentano particolari fattori di rischio. È importante, in particolare, prestare attenzione a variazioni rapide del valore di BMI.

Contatto: Roberta Calzedda (roberta.calzedda@gmail.com)

Sedentarietà, attività fisica e alimentazione nei figli di donne straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria (C)

BUONCRISTIANO M., NARDONE P., LAMBERTI A.,BUCCIARELLI M., SPINELLI A. E IL GRUPPO OKKIO ALLA SALUTE 2012
Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi

Le patologie cronicodegenerative hanno un'eziologia complessa, in parte imputabile a scorretti stili di vita su cui è possibile intervenire. La sedentarietà, la mancanza di attività fisica e la scorretta alimentazione sono fattori predisponenti l'aumento di peso anche nei bambini. In Italia, dal 2007 è attivo un sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE", promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità che monitora lo stato ponderale e i comportamenti a rischio dei bambini della 3° classe primaria rilevando informazioni sulla nazionalità dei genitori e permettendo, così, di studiare gli stili di vita e l'eccesso ponderale nei figli di stranieri presenti in Italia. Obiettivo dello studio è descrivere la sedentarietà, l'esercizio fisico, le abitudini alimentari e lo stato ponderale nei bambini con madre di nazionalità straniera operando un confronto con i bambini figli di italiane.

Metodi

La rilevazione è condotta su un campione di alunni di classe 3° primaria rappresentativo a livello regionale e nazionale. Le informazioni sono state raccolte mediante quattro questionari (bambino, genitore, insegnante e dirigente scolastico) e operatori appositamente formati hanno misurato i bambini con strumenti standardizzati su tutto il territorio. Per la classificazione dello stato ponderale sono stati considerati i cutoffs dell'International Obesity Task Force. Sono inclusi nell'analisi i figli di donne italiane e straniere, quest'ultime provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) raggruppati per macro-aree geografiche sulla base della classificazione Istat.

Risultati

L'analisi ha riguardato oltre 46 mila bambini di cui 4.880 figli di madri provenienti da PFPM. I figli di madri italiane trascorrono meno ore in attività sedentarie rispetto ai loro coetanei con madre straniera. Il 54% dei figli di madri marocchine trascorre più di due ore davanti alla TV e/o ai videogiochi (altri paesi dell'Africa settentrionale: 52%), rispetto a 34% nel caso di madri italiane. Non emergono differenze significative, invece, per quanto riguarda l'attività fisica. Nei figli di madri provenienti dal nord Africa e dall'Asia orientale è maggiore il consumo di frutta e verdura almeno una volta al dì (rispettivamente 91%, 81%; Italia: 77%). Anche nei PFPM dell'Europa centro orientale il consumo quotidiano di frutta e verdura è più frequente (ad esempio, Romania: 84% e Albania: 83%). Viceversa, l'assunzione quotidiana di bevande zuccherate e/o gassate è decisamente più contenuta nei figli di madri italiane (41%); particolarmente elevata in Africa settentrionale (82%), Europa centro orientale (66%), Asia centro meridionale (65%) e America Latina (61%). Infine, non si rilevano differenze significative nella prevalenza di sovrappeso e obesità tranne che per i figli di donne provenienti dall'America Latina (40%; Italia: 33%).

Conclusioni

I dati di OKkio alla SALUTE mostrano alcune differenze negli stili di vita dei bambini figli di madri provenienti da PFPM; ciò suggerisce lo sviluppo di interventi di promozione della salute che tengano conto delle peculiarità culturali della famiglia d'origine.

Contatto: Paola Nardone (paola.nardone@iss.it)

Studio policentrico sulle condizioni di salute dei bambini adottati in Cina nel periodo 2009-2012 (P)

RANNO O.^{*}, CECCARELLI M.^{*^}, CALZEDDA R.^{*^}, GARAZZINO S.^{°°}, RAFFALDI I.^{°°}, ZAFFARONI M.^{°°°}, POZZI E.^{°°°}, VENERUSO G.^{*^^}, FICCADENTI A.[§], GABRIELLI O.[§], PULITO M.A.^{§§}, BALLARDINI G.^{* **}, VALENTINI P.^{*^}

^{*} Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato – Società Italiana di Pediatria;

[^] Servizio per l'Assistenza al Bambino Adottato. Ambulatorio di Etnopediatria; Policlinico Universitario "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [°] Ambulatorio di Accoglienza Sanitaria per i bambini adottati all'estero, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino; ^{°°} Ambulatorio di Pediatria Preventiva e Sociale - Adozioni, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore", Novara; ^{^^} Servizio per il Bambino Adottato dall'Estero e Immigrato, Ospedale Pediatrico Meyer, Firenze; [§] Ambulatorio Adozioni internazionali, Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, Ancona; ^{§§} Ospedale Vito Fazzi, Lecce; ^{**} Ambulatorio per il bambino adottato all'estero, ASL V.C.O. - Ospedale Castelli, Verbania

Obiettivi

Dal 2008 la Repubblica Popolare Cinese è entrata a far parte della rete delle adozioni italiane. Da tale data al dicembre 2012 nel nostro paese sono stati adottati 452 bambini provenienti da tale nazione. I bambini cinesi frequentemente presentano patologie croniche che ne riducono l'autonomia e comportano un notevole impegno economico sanitario da parte della famiglia adottiva. Questo studio presenta una valutazione retrospettiva dello stato di salute dei bambini adottati in Italia dalla Cina nel periodo 2009-2012

Metodi

Allo studio hanno partecipato 93 bambini. Sono stati valutati 93 bambini seguiti da 7 centri distribuiti sul territorio italiano, utilizzando il protocollo per l'assistenza sanitaria dei bambini adottati all'estero del Gruppo di Lavoro Nazionale del Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria (SIP) stilato nel 2007.

Risultati

Non tutti i bambini erano accompagnati da una adeguata documentazione sanitaria e pressoché carenti erano le notizie precedenti l'istituzionalizzazione dei singoli. La patologia di maggior riscontro è risultata quella malformativa, 58,08% (labio-palatoschisi nel 51,5% dei casi): di questi, il 19,7% avevano due o più malformazioni o deficit, mentre scarsamente rappresentate erano le patologie infettive in atto (8%). Nel 18% dei bambini sono state riscontrate parassitosi. Solo il 46,9% dei pazienti presentava una certificazione vaccinale. Nel 39,2% era presente una risposta sierologica ai vaccini, mentre nel 15,0% dei piccoli la copertura vaccinale risultava non sufficiente o non esistente. Nel 45,8% dei casi presi in esame non risultavano eseguiti i controlli sierologici. Solamente 5 dei 93 pazienti esaminati hanno presentato un rachitismo biochimico e 3 una anemia sideropenica franca, oltre a 6 casi di talassemia già segnalati in anamnesi.

Conclusioni

Ogni bambino adottato dovrebbe essere accompagnato da una certificazione completa del suo stato di salute precedente sia l'adozione che l'osservazione, mentre i nostri risultati hanno documentato l'insufficienza dei dati di accompagnamento. Come segnala la letteratura, oltre ai casi di malformazione e altre patologie note all'arrivo in Italia, questi bambini potrebbero avere uno o più problemi di salute molto più gravi di quanto dichiarato o sospettato precedentemente, comportando, per i genitori, un impegno economico e psicologico maggiore di quello prevedibile al momento dell'assegnazione.

Contatto: Manuela Ceccarelli (manuela.ceccarelli86@gmail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Accoglienza sanitaria dei bambini adottati all'estero: esperienza in tre ospedali di riferimento in Piemonte (P)

POZZI E.^{*}, ESPOSITO S.^{*}, GARAZZINO S.^{**}, ZAFFARONI M.^{*}, BONA G.^{*}, RAFFALDI I.^{**}, BAROERO L.^{**}, BALLARDINI G.[^], GUALA A.[^], TOVO P.A.^{**}, BONA G.^{*}.

* Clinica Pediatrica AOU di Novara; **SCDU Pediatria II, OIRM Torino; ^ SC Pediatria, Ospedale di Verbania

Obiettivi

L'Italia, con circa 4.000 adozioni ogni anno, è il secondo Paese al mondo per numero di bambini adottati all'estero. Negli ultimi anni le adozioni internazionali sono state caratterizzate da un aumento progressivo delle adozioni di bambini molto piccoli da Asia e Africa, e di bambini dell'Est Europa con problemi sanitari di rilievo. Spesso la storia del bambino adottato all'estero e la sua documentazione sanitaria sono carenti e scarsamente attendibili. Raramente si hanno dati relativi alla famiglia ed alle comuni patologie dell'età pediatrica. I certificati di vaccinazione sono poco attendibili. Pertanto è importante offrire a questi bambini un'adeguata accoglienza sanitaria per valutare le reali condizioni di salute.

Metodi

Sono stati raccolti i dati relativi ai bambini adottati all'estero e seguiti in Piemonte nei centri di Novara, Torino e Verbania. Per tutti i bambini è stato applicato il protocollo del Gruppo di lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria (SIP), che prevede analisi della documentazione disponibile, esami ematochimici e consulenze specialistiche. Con decreto della Regione Piemonte tutti gli accertamenti sono eseguiti in regime di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria per 6 mesi dall'ingresso del minore in Italia.

Risultati

Nei tre Centri di Riferimento del Piemonte, sono stati seguiti 415 bambini (56.6% maschi, 43.4% femmine), provenienti da Africa (34.3%), Asia (40.1%), Est Europa (12.3%) e Sud America (13.3%). Al momento della prima valutazione medica, l'età media dei bambini era di 4.3 anni; il 42.9% aveva meno di 3 anni, il 25.6% 3-6 anni, il 22.9% 6-9 anni e l'8.6% oltre 9 anni. Fra le patologie di più frequente riscontro sono state osservate: parassitosi intestinali (Ameba, Giardia, Toxocara) nel 28.9% dei casi, anemia sideropenica o altre patologie ematologiche nel 11.0%, ipovitaminosi D (con o senza rachitismo) nel 9.6%. Molti bambini (8.9%), in particolare cinesi, erano portatori di gravi malformazioni operate (labiopalatoschisi, cardiopatie congenite, atresia anale o esofagea), altri di anomalie ancora da trattare (ipospadia, dismorfismi ortopedici). Tubercolosi attiva o latente è stata accertata in 14 casi (3.4%), ritardo dello sviluppo neuro-motorio o altre patologie neurologiche in 20 casi (4.8%), sindrome feto-alcolica in 6 casi (1.4%) e gravi maltrattamenti o abusi in 3 casi (0.7%).

Conclusioni

Riteniamo importante organizzare e potenziare in Italia una rete di ospedali che, in collaborazione con i Tribunali per i Minori, gli Enti Autorizzati e i medici curanti, sia in grado di offrire alle famiglie una rapida ed adeguata accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero. Sarà necessario un aggiornamento continuo dei medici dei servizi pediatrici relativamente a malattie infettive e parassitarie o altre patologie ad alta prevalenza nei Paesi di provenienza degli adottati.

Contatto: Mauro Zaffaroni (maurozaff@libero.it)

Modalità di allattamento e svezzamento tra i bambini nati a Novara da genitori immigrati (P)

ESPOSITO S., POZZI E., BONCOMPAGNI A., ZAFFARONI M., BONA G.

Clinica Pediatrica – AOU Maggiore della Carità – Novara

Obiettivi

Secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'Unicef e dell'Unione Europea (UE), recepite anche dal nostro Ministero della Salute, tutti i bambini dovrebbero essere allattati esclusivamente al seno per i primi 6 mesi di vita; l'allattamento al seno dovrebbe poi continuare per 2 anni ed oltre, secondo il desiderio di mamma e bambino. Le donne straniere culturalmente prediligono l'allattamento al seno di lunga durata, ma in migrazione incontrano difficoltà a mantenere le loro tradizioni. Questo studio si propone di valutare la durata dell'allattamento al seno e l'età media al momento dello svezzamento dei bambini nati nel punto nascita di Novara nell'anno 2012 da madre o entrambi i genitori immigrati. I risultati sullo svezzamento sono stati poi confrontati con quelli ottenuti da un analogo studio condotto nel nostro Centro nel 2006.

Metodi

Nel mese di gennaio 2014, sono state contattate telefonicamente le famiglie di tutti i bambini stranieri nati a Novara nel 2012 ed ai genitori è stato chiesto di rispondere a domande sulla durata dell'allattamento al seno e lo svezzamento.

Risultati

Di un totale di 702 nuclei familiari, circa la metà non era più rintracciabile ed è stato possibile ottenere la risposta al questionario per 386 famiglie (55.0%). Di queste 104 (26.9%) erano originarie dell'Est Europa, 96 (24.9%) del Nord Africa, 51 (13.2%) di altri Paesi dell'UE, 46 (11.9%) dell'Asia, 42 (10.9%) dell'Africa Subsahariana e 41 (10.6%) dell'America Latina. Dalle risposte fornite è emerso che nella nostra casistica ha allattato esclusivamente al seno fino all'età di 6 mesi l'88.5% delle mamme nordafricane, l'81% delle mamme dell'Africa Subsahariana, il 77.9% delle mamme dell'Est Europa, il 75.8% delle mamme dell'America Latina, il 62.6% delle mamme asiatiche ed il 60.8% delle mamme originarie di altri Paesi dell'UE. Hanno proseguito l'allattamento al seno oltre i 12 mesi il 69.8% delle mamme nordafricane, il 58.7% di quelle originarie dell'Est Europa, il 52.2% di quelle asiatiche, il 46.3% di quelle originarie dell'America Latina, il 39.2% di quelle provenienti da altri Paesi dell'UE ed il 38.1% di quelle originarie dell'Africa Subsahariana. L'età allo svezzamento è risultata invece simile per tutti i bambini, indipendentemente dall'area geografica di provenienza della famiglia, ed è stata in media 5.9 mesi. Dalle risposte ottenute è anche emerso che lo svezzamento è avvenuto con modalità ed alimenti simili a quelli utilizzati dalle mamme italiane.

Conclusioni

I dati della presente ricerca hanno dimostrato che la durata dell'allattamento al seno è maggiore nei figli di donne immigrate dal Nord Africa rispetto ai nati da donne provenienti da altre aree geografiche, mentre le mamme originarie dai Paesi dell'UE tendono ad allattare i propri figli per periodi più brevi. Per quanto riguarda lo svezzamento dai nostri dati è emerso che avviene in tempi e con modalità sovrapponibili per tutti i bambini, secondo le attuali indicazioni fornite dai Pediatri italiani. Questo risultato si discosta da quanto osservato in un nostro precedente studio del 2006 in cui circa il 50% delle madri straniere dichiarava di svezzare il proprio bambino secondo le tradizioni culturali del Paese d'origine.

Contatto: Mauro Zaffaroni (maurozaff@libero.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

I dispositivi di mediazione in clinica transculturale: funzioni della lingua nella presa in carico dei minori stranieri non accompagnati (P)

CASADEI F.

U.O. di Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni - Azienda Policlinico Universitario P. Giaccone, Palermo

Obiettivi

1) Contribuire a sviluppare una metodologia efficace di presa in carico psicologica e sociale del minore straniero non accompagnato: una metodologia transculturale che consenta di mettere a fuoco l'identità di questi giovani al di là della categoria burocratica di MSNA, che riesca a restituire una mappa dei loro gruppi di appartenenza, delle loro lingue, insomma della complessità del loro mondo. 2) Studiare il ruolo dell'interprete/mediatore istituzionale o occasionale nelle sue funzioni multiple di sostegno, confronto, esplorazione in tutte le fasi della presa in carico.

Metodi

La metodologia utilizzerà un doppio sistema di osservazione, etnografico e clinico, e comprenderà lo studio di casi clinici, la partecipazione attiva a sedute di psicologia transculturale, l'intervista ad operatori e mediatori che si occupano a vario titolo dell'accoglienza, assistenza e inserimento dei minori stranieri non accompagnati, l'esplorazione dei luoghi e delle reti relazionali frequentate dagli adolescenti nei contesti urbani di accoglienza. La ricerca avrà come punto di partenza la Sicilia, ma si svilupperà soprattutto a Parigi, e costituirà un ponte tra due équipes di lavoro: quella dell'ambulatorio di medicina dei viaggi, del turismo e delle migrazioni del Policlinico Giaccone a Palermo, e quella della Maison de Solenn (Ospedale Cochin e Università Descartes) a Parigi.

Risultati

1) Costituzione di un corpus di dati clinici, biografici, socioculturali riguardanti almeno 10 casi di minori stranieri non accompagnati provenienti da culture differenti; 2) Affinamento del dispositivo di presa in carico transculturale attraverso l'utilizzo differenziato delle lingue d'origine e d'accoglienza da parte del mediatore e del sistema clinico; 3) Messa a punto di una teoria transculturale della mediazione tenendo conto delle specificità etnopragmatiche proprie a ciascuna lingua; 4) Costituzione di una rete di ricerca transnazionale su queste problematiche.

Conclusioni

Tenendo conto della scarsità di letteratura internazionale esistente sull'argomento e della crescente domanda di presa in carico di minori stranieri non accompagnati in difficoltà nei diversi contesti di accoglienza e assistenza educativa e socio-sanitaria, è necessario che operatori e ricercatori si mettano in rete per affrontare la problematica a livello transnazionale.

Contatto: Filippo Casadei (filippoc73@hotmail.com)

Screening mirato delle emoglobinopatie per i neonati a rischio (P)

CASTAGNO M. [^], GRIGOLLO B. ^{*}, ROLLA R. ^{*}, COLOMBO S. [^], ZAFFARONI MAURO [^], DELLORA C. ^{*}, DA RIOL R. M. ^{**}, BELLOMO G. ^{*}, BONA G. [^].

*Clinica Pediatrica e Laboratorio Analisi, Sezione di Ematologia e Diagnostica Molecolare - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara;** Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare - Azienda Ospedaliero-Universitaria SSMM di Udine; [^] Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria

Obiettivi

Le emoglobinopatie, in particolare talassemia e drepanocitosi, hanno assunto in Piemonte ed in Italia un'importanza sempre più rilevante negli ultimi anni per effetto dei flussi migratori di persone provenienti da aree endemiche.

Scopo del nostro studio è stato quello di identificare precocemente i bambini omozigoti affetti da emoglobinopatie, individuare i soggetti eterozigoti portatori di anomalie dell'emoglobina e valutare l'efficacia dello screening neonatale nella nostra popolazione.

Metodi

Abbiamo incluso nello studio i neonati con almeno un genitore straniero proveniente da aree endemiche e i neonati con anamnesi familiare positiva per emoglobinopatie.

Dal 1 Dicembre 2012 al 31 Gennaio 2014 presso il Punto Nascita di Novara sono nati 2447 bambini, dei quali 710 (29,0%) avevano almeno un genitore straniero. I neonati inclusi nello studio sono stati 338, pari al 13,8% del totale dei nati e al 47,6% dei neonati con almeno un genitore straniero.

Risultati

L'area geografica di provenienza dei genitori era così distribuita: Unione Europea 33 (9,8%), est Europa 17 (5,0%), Asia 77 (22,8%), nord Africa 113 (33,4%), Africa sub-Sahariana 78 (23,1%), America latina 20 (5,9%).

In nessun soggetto incluso nello studio è stata identificata una variante emoglobinica in omozigosi. Sono stati classificati come normali 233 soggetti (68,9%) e in 48 soggetti (14,2%) l'elettroforesi ha escluso varianti emoglobiniche ma ha posto il sospetto di trait talassemico, per cui è stato consigliato un controllo a 6 mesi. È stata formulata una diagnosi di HbS eterozigosi in 20 (5,9%) e di HbC in 2 (0,6%), ai quali è stata consigliata comunque l'analisi molecolare del gene della beta-globina. In 35 casi (10,4%) il campione non è risultato idoneo all'analisi poiché coagulato o insufficiente.

La possibilità di uno screening neonatale mirato, di facile esecuzione e a basso costo permette la diagnosi precoce delle emoglobinopatie nelle popolazioni a rischio e si è dimostrato un test valido ed applicabile anche nella nostra realtà.

Conclusioni

L'utilità dello screening alle future mamme è ancora dibattuto, poiché in Piemonte esiste uno screening materno nelle donne in stato di gravidanza, ma nostro obiettivo futuro è quello di proseguire questo studio con un'analisi costi-benefici, così da poter individuare una strategia che sia efficace, sicura ed economicamente sostenibile per la diagnosi precoce di emoglobinopatie nei neonati a rischio.

Contatto: Rosalia Maria Da Riol (rmdariol@gmail.com)

Domande e risposte di cura - accesso ai servizi sanitari delle persone vulnerabili che abitano la grande città (C)

JACCHETTI G., RAVAZZINI M.

Fondazione Casa della Carità

Obiettivi

All'interno del paradigma della sofferenza urbana, studiare il rapporto tra persone vulnerabili e organizzazione sanitaria, mettendo in evidenza la complessità di questa relazione e cercando di approfondire le variabili che generano non equità nell'accesso ai servizi sanitari e i nodi cruciali che intercorrono nella suddetta direzione di cura.

Metodi

Lo studio si avvale dell'intersezione metodologica quanti-qualitativa, nell'ora e qui di una visita medica, attraverso la somministrazione di un questionario e il metodo etnografico dell'osservazione partecipante-interagita. Campo d'indagine è l'ambulatorio medico della Fondazione Casa della Carità a Milano, struttura di accoglienza per le persone vulnerabili.

Risultati

Nelle otto settimane di studio, i pazienti inclusi sono stati 105: 66 (63%) uomini e 39 (37%) donne, tutti adulti, residenti o che afferiscono alla Casa per i diversi servizi offerti, nel loro primo accesso all'ambulatorio. Le caratteristiche della popolazione secondo gli indicatori di vulnerabilità erano le seguenti: si è dichiarato analfabeta il 17%, il 77% era disoccupato, il 93% straniero e tutti vivevano in situazione abitativa precaria (dormitorio, baracche/campi, posto letto). Il servizio più utilizzato dalla popolazione durante l'ultimo anno è stato il Pronto Soccorso (il 61% si è rivolto almeno una volta ad un servizio di PS, il 19% ha riferito da 3 a 8 accessi). La fruizione dei servizi di cure primarie rimane il nodo più problematico: il 54% dei pazienti ha utilizzato impropriamente l'ambulatorio, pur avendo il Medico di Medicina Generale. Tale comportamento si è rivelato costante nelle tre dimensioni temporali indagate (ultimo anno, presente e intenzioni future). Infine, il 48% dei pazienti è arrivato all'ambulatorio con l'aiuto di operatori sociali. Le modalità di accesso alla cura sono state analizzate utilizzando "la visuale del paziente": una posizione prospettica per esprimere la convinzione che i pazienti, per quanto portatori di una condizione di vulnerabilità, sono titolati a partecipare attivamente alla gestione della propria condizione. A questo riguardo, si evidenziano le principali indicazioni emerse dagli stessi pazienti: la domanda del paziente evidenzia il desiderio di ascolto (38%), la volontà di cambiare (30%), il bisogno di cura subordinato ai bisogni primari (25%), una sofferenza spesso non compresa dall'apparato sanitario (24%). Nell'indagine si è approfondita la dimensione di cura, ossia la categoria affrontata dalla antropologia medica che connette le tre diverse dimensioni: disease - alterazione del funzionamento, illness- esperienza soggettiva provata dal paziente e sickness - processo di produzione del sapere medico contestualizzato socialmente, per una maggior comprensione in termini relazionali dello stato di sofferenza. Nella rilevazione, in termini quantitativi, si è raccolta la dimensione più evidente: disease 67%, illness 17% e sickness 16%. Le traiettorie di cura esplicitate evidenziano una continua connessione dei tre livelli: paziente, organizzazione sanitaria e politica

Conclusioni

Per le persone vulnerabili l'incontro tra domanda e risposta di cura rimane difficile: la domanda non raggiunge in autonomia il servizio pubblico, sia perché non completamente intercettata, sia perché complessa. Occorre una sanità attiva nei confronti dei vulnerabili, sensibile e attenta ai bisogni, ma anche pronta ad intercettarli.

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

La spesa per l'assistenza sanitaria per gli immigrati: vero o falso problema per il sistema sanitario? (C)

CARLETTI P.^{*}, BARBINI N.^{**}, AGUILAR MATAMOROS M.^{**}, DE GIACOMI V. G. ^{***}

^{*}Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute/ARS Marche; ^{**}Osservatorio Epidemiologico Professionale INRCA – IRCCS Ancona; ^{***}Ares 118 Lazio

Obiettivi

L'obiettivo del lavoro è quello di ottenere delle stime dei costi sostenuti per l'assistenza sanitaria agli immigrati a partire dalla constatazione che spesso a livello dei Sistemi sanitari regionali italiani vi è una negazione del diritto alla salute e alle cure, in nome della "insostenibilità" della spesa e di un determinismo contabile incapace di valutare gli interventi veramente utili e particolarmente feroce con i gruppi più vulnerabili.

Metodi

In Italia la valutazione dei "costi in sanità" presenta molte difficoltà per la eterogeneità dei principi contabili e dei differenti criteri scelti dalle regioni per l'attribuzione dei costi aziendali alle diverse funzioni assistenziali. Tale obiettivo appare fuori portata per i servizi di prevenzione e di medicina territoriale, mentre al momento solamente l'analisi sull'ospedalizzazione permette una stima dei costi e un confronto tra immigrati regolarmente residenti (IR), immigrati "irregolari" (II) e italiani (IT). Fonti: 1) il valore economico del DRG stimato mediante la Tariffa Unica Convenzionale utilizzata per la compensazione interregionale; 2) il sistema che attribuisce al ricovero il relativo peso in termini di consumo di risorse (HCFA); 3) il modello LA Marche per la voce "spesa ospedaliera per acuti".

Risultati

Nel periodo 2007-2010 il valore tariffario dei ricoveri per acuti degli II non supera mai lo 0,5% del totale, con tendenza al decremento (da 0,5% a 0,3%). Per gli IR tale valore va dal 2,5% al 5,1% a causa dell'aumento delle presenze regolari. Il valore tariffario medio da attribuire a ciascun ricovero, per gli IR è inferiore a quello degli IT, mentre per gli II è superiore a quello degli IT e degli IR in tutte le classi di età. Il valore tariffario stimato dei ricoveri in età pediatrica (0-14 anni) risulta nettamente superiore per i bambini "irregolari". L'analisi del "peso medio" (che esprime la quantità media di risorse assorbite) dei ricoveri ordinari nei tre gruppi di popolazione conferma che per gli IR residenti il peso medio è inferiore rispetto a quello degli italiani. Gli immigrati infatti sono una popolazione più giovane degli italiani, che ricorre meno alle cure ospedaliere e per lo più i ricoveri sono effettuati dalle donne per gravidanza/parto e IVG. Nel 2010 i ricoveri degli italiani (che sono il 93,2% del totale) consumano il 94,6% della spesa, i ricoveri degli IR (che sono il 6,5% di tutti i ricoveri) consumano il 5% e quelli degli II (che sono lo 0,3%) consumano lo 0,3% della spesa. Il risultato, analogo al dato nazionale e delle altre regioni, è sovrapponibile a quello degli anni precedenti. Infine la spesa media stimata per singolo ricovero mostra che per gli IT essa supera del 30-40% quella degli IR, mentre quella degli II è superiore del 40-60%.

Conclusioni

La stima dei costi sostenuti per l'assistenza sanitaria agli immigrati può essere effettuata con una metodologia che è stata affinata negli anni dal gruppo di lavoro nazionale "Salute immigrati" a partire dalle prime valutazioni relative agli anni 2003-2005, pubblicate nel 2008. La metodologia utilizza i flussi economici sanitari ad oggi disponibili a livello nazionale e regionale che hanno dei limiti legati alla affidabilità dei dati e alle diverse modalità di contabilizzazione impiegate nelle regioni, il che rende difficile il benchmark e la stima del costo reale. Si può affermare che, dal punto di

vista di sostenibilità per il SSN, gli immigrati non sono un problema, sia per le dimensioni, in quanto consumano circa il 5,4% per cento delle risorse, sia per la gravità, in quanto popolazione ancora giovane con bisogni relativamente contenuti. Di questo 5,4% per cento lo 0,3 è da addebitare agli irregolari e tale valore negli anni è diminuito. Il peso medio dei ricoveri ordinari per gli immigrati regolarmente residenti è inferiore a quello degli italiani, mentre per gli immigrati "irregolari", nonostante siano per composizione anagrafica uguali agli immigrati regolarmente residenti, è superiore a quello degli immigrati residenti (dato analogo a livello nazionale) e, nel caso delle Marche, complessivamente superiore anche a quello degli italiani. Nella classe di età pediatrica (0-14) il valore tariffario medio e il peso medio di ciascun ricovero è di gran lunga superiore negli immigrati "irregolari" rispetto agli italiani e agli immigrati regolarmente residenti. Questo ultimo dato suggerisce la necessità di una presa in carico da parte del pediatra di base ad evitare il ricorso al ricovero in condizioni di maggiore gravità con conseguenze sulla salute e sui costi. La spesa media stimata per ricovero nelle tre popolazioni mostra che per gli italiani e per gli immigrati "irregolari" essa è costantemente superiore rispetto a quella degli immigrati regolarmente residenti. La differenza tra gli immigrati regolarmente residenti e quelli irregolari dovrebbe suscitare l'attenzione dei decisori, richiamandoli alla realizzazione di interventi specifici di promozione della salute e di servizi di base adeguati per questo gruppo di popolazione svantaggiato negli esiti di salute a causa delle peggiori condizioni socio-economiche.

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

La dipendenza alcol-correlata nella popolazione immigrata a Palermo: il ruolo dei determinanti sociali (C)

QUINN E.^{*}, MANGIARACINA D.^{**}, MAGGIO A.M.[^], SPINNATO G.[^], VASSALLO L.[°], AFFRONTI M.^{**}

* London School of Hygiene and Tropical Medicine; ** UOS di Medicina delle Migrazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" Palermo; ^ U.O.C. Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; ° Centro Salute Immigrati e Nomadi ASP Palermo

Obiettivi

A differenza dei paesi in cui l'immigrazione è di vecchia data, come gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra, la Francia e l'Olanda, i dati epidemiologici sulla tossicodipendenza tra gli immigrati in Italia sono ancora parziali e frammentari. Il monitoraggio degli stili di vita collegati all'uso e abuso di sostanze psicoattive è necessario al fine di promuovere adeguati programmi di intervento ed iniziative di prevenzione nell'ambito delle dipendenze. È dunque, fondamentale, per un'adeguata assistenza socio-sanitaria alla popolazione straniera, che maggiori ricerche di carattere sia medico-epidemiologico, sia etnografico, vengano condotte sul fenomeno delle dipendenze tra i cittadini immigrati. Tramite uno studio caso-controllo, si è cercato di evincere quali possono essere i fattori di rischio "ambientali" dell'alcol-dipendenza nella popolazione immigrata a Palermo. Questo contributo vuole stimolare la discussione sulla natura dinamica dell'alcolismo nella popolazione immigrata.

Metodi

È stato condotto uno studio caso-controllo presso il Servizio di Medicina delle Migrazioni dell'AOU Policlinico di Palermo, in collaborazione con il Servizio per le Tossicodipendenze Palermo 2 (Ser.T.2) e il Centro di Salute Immigrati e Nomadi dell'ASP di Palermo. Il reclutamento dei partecipanti allo studio si è svolto da Giugno 2012 a Marzo 2013. Sono stati definiti casi tutti i soggetti diagnosticati con disturbo alcol-correlato e controlli tutti coloro che non presentavano il disturbo al momento dell'osservazione. A tutti i soggetti è stata richiesta, per la partecipazione allo studio, una dichiarazione di consenso informato, rilasciata a fronte di informazioni sulla natura dello studio e sulle metodologie utilizzate. Non sono stati reclutati coloro che, al momento della lettura della nota informativa per il consenso informato, non hanno aderito spontaneamente. Le cartelle cliniche dei partecipanti hanno fornito i dati anagrafici e quelli relativi ai potenziali fattori di rischio per l'alcolismo, costituendo la base dell'analisi statistica condotta con il programma STATA.

Risultati

Dall'analisi dei risultati del test chi-quadrato per l'associazione tra alcolismo e ciascun fattore di rischio in esame, si evince che tre fattori sono statisticamente associati alla dipendenza alcol-correlata nel gruppo in esame (N=64): impiego ($p<0.001$), permesso di soggiorno ($p<0.001$), e residenza, ovvero se il soggetto vive con familiari ($p=0.03$). L'82% dei casi risulta non avere un impiego al momento dell'osservazione, contro il 17% dei controlli. Inoltre, il 74% dei casi è sprovvisto di regolare permesso di soggiorno rispetto al 25% dei controlli. Infine, il 63% dei casi non vive con familiari, contro il 36% dei controlli.

Conclusioni

Dai risultati ottenuti si evidenzia che fattori di ordine sociale e culturale possono incidere in modo determinante sulle dipendenze da sostanze psicoattive. L'adozione di una prospettiva puramente medico-scientifica, che identifica l'effetto gratificante delle sostanze d'abuso come principale fattore di rischio della dipendenza, risulta riduttiva. Si ritiene che il fenomeno dell'alcolismo nella popolazione immigrata non possa trovare soluzioni se non attraverso interventi che riconoscano la sua natura complessa.

Contatto: Mario Affronti (mario.affronti@unipa.it)

Misurare le differenze di accessibilità e fruibilità del percorso nascita tra donne italiane e straniere: l'esperienza della Regione Toscana nella valutazione e promozione dell'equità (C)

BONCIANI M., LUPI B., BARSANTI S.

Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Obiettivi

Considerando che l'equità è uno degli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie della Regione Toscana, nel sistema regionale di valutazione della performance è stato introdotto un set di indicatori per misurare e monitorare nel tempo l'esistenza di differenze non giustificabili di accesso ed utilizzo dei servizi tra aziende (equità orizzontale) e tra gruppi di popolazione (equità verticale), sulle quali intervenire in maniera proattiva per poter garantire equità nei risultati. Rispetto all'equità verticale, risulta particolarmente importante osservare le differenze nel percorso nascita a svantaggio delle donne immigrate, essendo in quest'ambito significativa la rilevanza dell'utenza straniera.

Metodi

La misurazione dell'equità nel percorso nascita in Toscana tra donne italiane e straniere viene garantita, da una parte, da indicatori riferiti solo al target delle donne straniere, per mettere in luce il loro specifico pattern di comportamento in relazione ai servizi materno-infantili, e dall'altra da indicatori declinati per cittadinanza su misure calcolate generalmente per tutta la popolazione. Nella prima tipologia ricadono due indicatori riconosciuti a livello internazionale per misurare la tempestività di accesso ed il sottoutilizzo dell'assistenza prenatale da parte delle donne straniere e un indicatore che misura il ricorso delle donne straniere ai consultori per servizi relativi all'area maternità, utile per osservare la capacità di tali servizi territoriali nel rispondere ai bisogni di presa in carico nel percorso nascita per questo gruppo. La seconda tipologia permette di verificare l'esistenza di scostamenti dalla media tra il gruppo delle donne italiane e delle straniere provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) nella partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e sull'accesso al consultorio nel post-partum.

Risultati

L'utilizzo di questi indicatori ha permesso di identificare le priorità d'azione per la promozione dell'equità. In particolare negli anni si è ridotta in Toscana la percentuale delle donne straniere che effettua la prima visita tardivamente e ha meno di 4 visite durante la gravidanza, anche se rimangono situazioni problematiche legate ad alcuni gruppi di immigrate. A livello regionale circa la metà di donne straniere ha avuto almeno 4 accessi al consultorio nel percorso nascita, sebbene con ampia variabilità tra le aziende sanitarie, dato che conferma il consultorio come servizio di riferimento delle donne straniere in gravidanza, a differenza delle italiane che si rivolgono al ginecologo privato. Mediamente meno di una straniera su 10 partecipa ad almeno 3 incontri del CAN rispetto a circa una italiana su 2, con aziende nelle quali il gap aumenta significativamente. Nel post-partum, dietro una sostanziale uguaglianza di accesso al consultorio a livello regionale tra italiane e straniere (43-46%), si osserva una rilevante disomogeneità a livello aziendale, con aziende in cui sussiste uno svantaggio nell'accesso per le donne straniere, ed altre nelle quali il pattern di accesso è invertito.

Conclusioni

Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana ha permesso di effettuare il monitoraggio sistematico delle disuguaglianze nel percorso nascita tra donne italiane e straniere, confrontando i risultati delle diverse modalità di offerta di assistenza che le aziende sanitarie mettono in atto, ed orientando i sistemi di programmazione e controllo e la pianificazione aziendale. Si caratterizza quindi come uno strumento di policy per la messa in atto di interventi aziendali volti alla promozione dell'equità, grazie anche al collegamento della valutazione della performance al sistema di incentivazione dei direttori generali.

Contatto: Manila Bonciani (m.bonciani@sssup.it)

Le politiche di contrasto delle disuguaglianze: dall'annuncio alla concretezza di un percorso regionale. Costruzione e monitoraggio di alcuni indicatori (C)

DI NICOLA A.^{*A}, GERACI S.^{**A}, MARCECA M.^{*A}, BAGLIO G.[^], TARSITANI G.[°], LORENZINI L.^{§A}, MANTINI V.[§], DEGRASSI F.[°]

* Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ** Caritas di Roma, Area sanitaria; ^ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ° Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Medicina Traslazionale; § Regione Lazio - Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Obiettivi

L'Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome del 22 novembre 2012 (227/CSR) sulla proposta di linee guida progettuali per l'utilizzo di specifiche risorse vincolate per i SSR, prendendo atto della presenza di bisogni emergenti o di bisogni divenuti più acuti, ha indicato tra gli obiettivi prioritari di Piano anche "Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità", attraverso un riorientamento del sistema dei LEA e finanziando linee progettuali che raggiungano gli "unmet needs", soprattutto tra le fasce di popolazione più fragili. La Regione Lazio, a seguito del recepimento dell'Accordo, ha elaborato il progetto "Salute senza esclusioni: per un Servizio Sanitario attivo contro le disuguaglianze". Nel progetto sono coinvolte tutte le ASL (12) e le Aziende ospedaliere (3) della Regione e 3 Policlinici universitari pubblici. Considerato che la Commissione sui determinati sociali di salute istituita dall'OMS nel 2005 ha concluso che uno dei tre principi che devono guidare l'azione "closing the gap" deve essere la misurazione e la valutazione del problema e la valutazione dell'impatto delle azioni, si vogliono, nell'ambito del progetto regionale, analizzare e sperimentare set di indicatori per misurare e valutare gli interventi dei servizi sanitari diretti al contrasto delle disuguaglianze.

Metodi

Le popolazioni incluse nel progetto sono a) rom, sinti e camminanti; b) immigrati con particolare riferimento a quelli in condizioni di irregolarità giuridica; c) italiani e stranieri in condizioni di vulnerabilità sociale più o meno esplicita e/o sofferenza mentale. Per ogni macro-obiettivo sviluppato sulle popolazioni target (3) e per ciascun obiettivo generale (9) è stato previsto un set di indicatori per un totale di 37. Tutti gli indicatori sono stati classificati come di processo o di risultato rispetto al macro-obiettivo o obiettivo generale di riferimento. Inoltre, i singoli indicatori, indipendentemente dall'obiettivo di pertinenza e dalla loro funzione nel progetto, sono stati aggregati al fine di poter disporre di ulteriori strumenti di misurazione per aree di interesse trasversali all'interno della linea progettuale.

Risultati

Ci si attende a conclusione del progetto, iniziato a gennaio 2014, di poter valutare la qualità dei 37 indicatori, singolarmente e/o associati, e la loro adeguatezza nella misurazione e valutazione nell'ambito delle: capacità di realizzazione di indagini conoscitive/di contesto dei servizi territoriali per popolazioni in condizioni di particolare fragilità; capacità di lavoro di rete intra ed interaziendale; capacità di attivare percorsi di formazione interna su argomenti ancora estranei a gran parte del sistema dei servizi e degli operatori; ipotesi progettuali su specifici temi o percorsi di salute; esportabilità delle azioni intraprese; attivazione di nuovi percorsi e del consolidamento di percorsi già attivati; aumento o meno delle competenze dei singoli e del sistema.

Conclusioni

Il progetto regionale rappresenta una occasione importante per la opportunità conoscitiva e di sperimentazione di servizi che offre. È però una occasione altrettanto importante, stante la numerosità delle azioni e dei soggetti coinvolti, di studio, sperimentazione e valutazione della qualità degli indicatori per scopi aggiuntivi rispetto a quelli di monitoraggio delle linee di attività.

Contatto: Anna Di Nicola (anna.dinicola@tiscali.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Disuguaglianze sociali e salute: un'indagine descrittiva sui cittadini Comunitari non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (P)

COCCONI D.^{*}, CHIESI I.^{*}, MECUGNI D.^{*}, FORNACIARI R.^{**}, MANGHI M.^{**}, MALAGOLI E.^{**}, RINALDI D.[^], PISUTTU S.[^], BONVICINI D.[^]

* Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia – Università degli studi di Modena e Reggio Emilia; ** Centro per la Salute della Famiglia Straniera, Azienda USL di Reggio Emilia; ^ Poliambulatorio "Querce di Mamre", Caritas diocesana di Reggio Emilia – Guastalla

Obiettivi

Analizzare i bisogni di salute dei cittadini Comunitari non iscrivibili al SSN che si rivolgono al "Centro per la Salute della Famiglia Straniera" dell'Azienda USL di Reggio Emilia e al Poliambulatorio "Querce di Mamre" della Caritas diocesana di Reggio Emilia, Guastalla.

Metodi

Nel periodo compreso tra il 5 e il 26 ottobre 2013 ai cittadini Comunitari non iscrivibili al SSN che si sono presentati presso il "Centro per la Salute della Famiglia Straniera" o presso il Poliambulatorio "Querce di Mamre" è stata richiesta la disponibilità ad effettuare un'intervista volta a raccogliere dati anagrafici-sociali-sanitari.

Risultati

Sono state raccolte complessivamente 17 interviste. Tutte le persone sono di origine rumena. Il campione indagato è prevalentemente giovane: il 41% ha un'età compresa tra i 18 e i 25 anni; il 29% tra i 26 e i 35 anni. Le donne prevalgono con il 59%. Il 41% degli intervistati è coniugato, il 29% è convivente, il 18% è di stato libero. Il 59% dichiara di non avere la residenza in Italia. A proposito di scolarizzazione, per il 29% è di tipo elementare, per il 47% è di scuola media, per il 18% è di scuola superiore e solo il 6% è laureato. In merito alla condizione abitativa è prevalente l'essere in affitto (64%). Inoltre il 29% vive in un bilocale, un altro 29% in un trilocale, mentre il 24% occupa una casa abbandonata. L'82% del campione è in Italia da più di due anni. Tra le ragioni dell'emigrazione, il 53% le riferisce alla ricerca di un lavoro, il 41% per ricercare condizioni di vita migliori. A proposito di lavoro il 53% non è attualmente occupato, mentre il 47% ne ha uno. Tra chi lavora, il campione si suddivide esattamente a metà tra chi ha un'occupazione in regola e chi lavora "in nero". Tra le tipologie di "lavoro" è prevalente quello non qualificato (pulizie, giardinaggio) e la prostituzione. Lo stipendio mensile per il 24% è inferiore a 500 €. Tra i motivi che hanno indotto gli intervistati a recarsi presso i servizi sanitari, si tratta in maggioranza di condizioni cliniche non gravi (mal di denti, dolore addominale, cefalea, programmi di monitoraggio per chi si prostituisce, ecc.). Inoltre la sintomatologia è di recente insorgenza, nel 62% dei casi inferiore alla settimana. Il 94% delle persone ha trovato una risposta al proprio problema di salute già dal primo contatto con il servizio. Chi in passato aveva presentato altri problemi di salute nel 44% dei casi si era rivolto ai servizi in questione. Il 65% del campione necessita dell'assunzione di farmaci. Nel 69% dei casi sono forniti dai servizi cui ci si è rivolti. Se così non fosse, il 29% delle persone non provvederebbe ad acquistarli, il 36% valuterebbe l'acquisto secondo la disponibilità economica del momento. Solo il 29% provvederebbe comunque autonomamente.

Conclusioni

Sebbene ostacoli e condizioni di vita precarie impediscano agli intervistati di raggiungere quel benessere auspicato con l'arrivo in Italia, il 64% esprime la volontà di stabilirvisi definitivamente, a conferma di quella tendenza al radicamento e alla stabilizzazione evidenziata in letteratura. Se da un lato la sintomatologia che ha spinto queste persone a rivolgersi ai servizi sanitari non è grave,

dall'altro i determinanti sociali come la precarietà nel lavoro, retribuzioni inadeguate, condizioni abitative inadatte, bassa scolarità, non possono dirsi a loro favorevoli. In presenza di tali variabili l'effetto "migrante sano" che ancora caratterizza questa popolazione potrebbe, con il tempo, sfumare. E gli effetti sulla salute essere ben peggiori di quelli rilevati attualmente. Nel campione indagato le "scarse risorse" economiche-culturali-sociali non giovano sulla capacità di adottare comportamenti volti alla salvaguardia della salute. Lo studio, seppur limitato dall'esiguo campionamento, conferma che un accesso informato e consapevole ai percorsi di cura rimane un problema importante della popolazione immigrata, pur se europea. Emerge infine, la necessità di mettere in campo servizi in grado di coniugare l'ambito sociale e quello sanitario, dal momento che le problematiche rilevate dallo studio hanno evidenziato come questi siano strettamente correlati.

Contatto: Ivens Chiesi (ivens.chiesi@asmn.re.it)

Influenza delle variabili socio-economiche e culturali sui ricoveri ospedalieri della popolazione italiana e straniera in Lombardia (P)

PULLINI A.

Settore Salute e Welfare della Fondazione ISMU di Milano

Obiettivi

L'obiettivo dello studio è quello di verificare l'influenza delle variabili socio-economiche e culturali sui ricoveri della popolazione italiana e straniera, valutandone le differenze in diversi ambiti quali la sfera femminile riproduttiva, le infezioni, i traumi da diverse cause. Verificare l'ipotesi che le suddette variabili interferiscano trasversalmente nelle popolazioni nel determinare l'insorgenza delle alterazioni dello stato di salute che, se di grave entità, conducono al ricovero ospedaliero.

Metodi

Nell'ambito della attività annuale di monitoraggio e analisi del Settore salute e Welfare della Fondazione Ismu sulle cause di ricovero della popolazione italiana e straniera nella regione Lombardia, è stato analizzato e valutato l'effetto di due variabili, "posizione nella professione" e "titolo di studio raggiunto", nel determinare il ricovero ospedaliero nella popolazione italiane e straniera. Sono stati analizzati e confrontati i tassi di ricovero e le frequenze, confezionando i diversi indicatori.

Risultati

I risultati ottenuti hanno evidenziato accanto alle differenze significative tra le popolazioni italiana e straniera e alle differenze tra le diverse nazionalità straniere presenti sul territorio, anche l'effetto di attenuazione prodotto dalle due variabili suddette. In particolare si è potuto osservare quanto le due popolazioni, selezionate in base alle due variabili, posizione nella professione e titolo di studio raggiunto, abbiano tassi e frequenze di ricovero molto simili. È stato quindi dimostrato l'effetto dei determinanti socio-economici e culturali nel determinismo dell'alterazione dello stato di salute.

Conclusioni

Le disuguaglianze di salute sono in buona parte dovute alle disuguaglianze sociali, economiche e culturali. Abbiamo dimostrato come i ricoveri ospedalieri, che rappresentano l'ultimo e più grave evento nella perdita progressiva di salute si distribuiscono in modo diseguale tra la popolazione, italiana e straniera, in relazione alle condizioni sociali, economiche e culturali; è evidente, quindi, che senza intervenire su questi determinanti non è possibile limitare l'insorgenza delle malattie e/o il loro aggravamento. Solamente in questo modo si potrebbe ottenere una diminuzione significativa del numero dei ricoveri, con un guadagno non solamente in termini di salute ma anche ottenendo un considerevole risparmio nella spesa sanitaria.

Contatto: Armando Pullini (a.pullini@ismu.org)

Ambulatorio malattie sessualmente trasmesse: differenze tra l'utenza italiana e straniera (P)

BRUSSI V.^{*}, MAURO K.^{*}, PILUTTI G.^{*}, ULIANA C.^{*}, GANDOLFI C.[°], PITZALIS G.[°]

^{*} S.O.S. Medicina Sociale - Dipartimento di Prevenzione ASS 4 Medio Friuli, [°] GrIS FVG

Obiettivi

Valutare le differenze fra utenti italiani e stranieri nella fruizione di un ambulatorio di screening per le malattie sessualmente trasmesse (MST) di un dipartimento di prevenzione, individuare le possibili cause delle eventuali differenze di accesso ed elaborare proposte per incentivarlo.

Metodi

Analisi retrospettiva dei dati demografici, socio-sanitari e comportamentali dell'utenza italiana e straniera afferente all'ambulatorio MST della Medicina Sociale dell'ASS 4 "Medio Friuli" relativo al triennio 2011-13. Realizzazione di focus group tra operatori sanitari e mediatori culturali del servizio, finalizzati ad un'analisi critica dei dati e all'elaborazione di ipotesi di intervento utili a modificare i comportamenti dell'utenza e a riorientare il servizio al fine di favorirne l'accesso.

Risultati

Il campione analizzato risulta costituito da 687 utenti, di cui 81% italiani e 19% stranieri, con maggior prevalenza del sesso femminile tra gli stranieri rispetto agli italiani (56% versus 34%). Gli accessi al servizio sono stati complessivamente 2249, di cui 1871 a carico degli italiani e 378 degli stranieri. L'età mediana è 35 anni. Tra gli italiani si segnala un 21% sopra i 45 anni (vs 11% per gli stranieri). Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza degli stranieri, le più rappresentate sono quella africana ed europea. Il livello di scolarità degli italiani risulta superiore a quello degli stranieri. Per gli stranieri non ci sono differenze significative tra la scolarità delle femmine e quella dei maschi. L'abitudine sessuale prevalentemente dichiarata per entrambi i gruppi è quella eterosessuale. Gli omosessuali sono significativamente più numerosi tra gli italiani, mentre la categoria dei transessuali è rappresentata solo da stranieri. Il più frequente motivo di accesso all'ambulatorio per entrambi i gruppi è un rapporto a rischio. Lo screening effettuato per inizio di una nuova relazione è poco frequente soprattutto negli stranieri. L'accesso degli utenti avviene prevalentemente in modo spontaneo, in minor misura su invio di operatori socio-sanitari o comunità; infrequentemente su consiglio del mediatore culturale. Quasi un terzo degli stranieri non completa lo screening. Dal campione in esame emerge una maggior prevalenza di malattie infettive sessualmente trasmesse nella popolazione straniera (18 HIV positivi vs 5, 21 lue attive o latenti vs 7, 6 portatori HbsAg vs 0).

Conclusioni

L'analisi dei dati sopra riportati, grazie anche al contributo dei focus group con i mediatori culturali, ha portato all'elaborazione delle seguenti ipotesi di intervento al fine di modificare i comportamenti dell'utenza e favorire l'accesso degli utenti stranieri, soprattutto quelli meno istruiti e delle fasce sociali più a rischio. • Produrre e diffondere materiale informativo multilingue. • Promuovere incontri sulla prevenzione, diagnosi e cura delle MST, sulle modalità di accesso agli ambulatori MST, sull'approccio transculturale al concetto di salute e prevenzione (campagne informative aziendali e scolastiche, incontri con le comunità e nei corsi di lingua italiana). • Promuovere eventi formativi per mediatori culturali, operatori sanitari e sociali sulla tematica delle MST.

Contatto: Valentina Brussi (valentina.brussi@mediofriuli.it)

Percorso nascita e disuguaglianze: indagine conoscita nell'Azienda Ospedaliera di Perugia (P)

CHIAVARINI M., LEANDRI C., MINELLI L.

Dipartimento Medicina Sperimentale, Università Perugia

Obiettivi

Confrontare il percorso nascita delle donne straniere con quello delle donne italiane per rilevare le eventuali disuguaglianze esistenti sul piano della salute, dell'accesso ai servizi sanitari e della qualità dell'assistenza ricevuta.

Metodi

Lo studio è stato condotto su tutte le donne che hanno partorito presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia (1.846 donne, di cui 452 straniere) nell'anno 2012 attraverso la somministrazione di due questionari, uno durante la degenza ed uno 40 giorni dopo il parto.

Risultati

Il 24% dei parti è da attribuire a madri di cittadinanza straniera, con un'età media di 29 anni, per lo più disoccupate o casalinghe (63% versus 18% delle italiane). Le donne straniere, rispetto alle donne italiane accedono con maggior frequenza al servizio pubblico per ricevere assistenza durante la gravidanza (ginecologo di struttura pubblica: 36.5% verso il 7.9%; Consultorio familiare: 29.4% verso il 5.9%), ma l'utilizzo avviene in maniera inappropriata, l'effettuazione del primo controllo oltre la 12° settimana gestazionale è del 9.4% (verso 1.4%) e il percorso assistenziale mostra criticità, infatti si sono sottoposte a meno di 4 visite in gravidanza (12.2% verso 3.5%). Inoltre, le donne straniere accedono con minor frequenza ai Corsi di accompagnamento alla nascita (38.8% verso 7.5%), hanno una maggiore prevalenza di gravidanze patologiche (29 % verso 20%) ed è minore il sostegno di persone di fiducia (31.2% verso 69.6%). Si registrano anche differenze statisticamente significative per la percezione dell'assistenza ricevuta e per alcuni indicatori di assistenza in puerperio (ginnastica perineale, cure al neonato, visita domiciliare...).

Conclusioni

Il fenomeno della migrazione femminile in Italia è in costante evoluzione e la causa principale è il perseguimento di un progetto di vita familiare. Considerando che la maggioranza delle donne immigrate è in età riproduttiva e che sono maggiormente esposte a condizioni di fragilità sociale con riflessi su tutto il percorso nascita, è necessario aumentare l'attenzione per la tutela della maternità tra le donne immigrate.

Contatto: Manuela Chiavarini (manuela.chiavarini@unipg.it)

Apolidi della salute: assistenza infermieristica a pazienti fragili e/o senza dimora presso il Poliambulatorio Caritas di Roma (P)

GARBIN L., LIDDO M., MAISANO B., MARINACCI M.

Caritas di Roma, Area Sanitaria

Obiettivi

Effettuare la gestione dell'assistenza infermieristica transculturale per pazienti fragili e/o senza dimora affetti da patologie croniche e complesse. Utilizzare la relazione terapeutica reiterata, tipica della prestazione infermieristica (medicazioni avanzate, rilevamento dei parametri vitali, educazione sanitaria) per inserire il paziente in un nuovo progetto socio-sanitario riabilitante

Metodi

Il concetto di apolidia è una metafora della condizione di esclusione dai diritti che caratterizza la maggior parte dei pazienti che accedono al Poliambulatorio Caritas, con particolare riferimento al diritto alla salute e ad un'assistenza adeguata ai propri bisogni. Per garantire un servizio di mediceria giornaliero, a bassa soglia d'accesso ed alto impatto relazionale, è importante e necessario formare il personale al nursing transculturale, centrando gli interventi sulla relazione con la persona pensata nel suo contesto sociale e culturale. Un'attività infermieristica che si concentra sulla qualità deve prevedere: 1. La sistematizzazione delle procedure mediante specifici protocolli per le medicazioni avanzate; 2. La possibilità di avvalersi di documentazione fotografica per monitorare i progressi e sostenere la compliance dei pazienti; 3. Una cartella infermieristica disegnata a partire dal reale profilo socio-sanitario del paziente.

Risultati

Medicheria a bassa soglia d'accesso: un primo risultato è la realizzazione - all'interno di un poliambulatorio per immigrati - di una gestione dell'assistenza infermieristica in grado di raggiungere pazienti fragili e/o senza dimora affetti da patologie croniche e complesse quali ulcere diabetiche e vascolari, complicate da infezioni destruenti relazionate alla permanenza su strada e alle scarse possibilità igieniche. Case management: la relazione che si instaura con il paziente in occasione del suo accesso alla mediceria diventa così lo start-up che permette di riavviare la persona verso un progetto socio-sanitario di reinclusione che ha come protagonista l'infermiere.

Conclusioni

Attraverso la presa in carico integrata della persona si incentiva la sua adesione al percorso di cure, accompagnandola gradualmente nell'accesso ai servizi del territorio con la prospettiva, ove possibile, che possa impegnarsi nell'auto-gestione della propria salute.

Contatto: Marica Liddo (maricaliddo@gmail.com)

Screening tumori femminili e disuguaglianze: una ricerca preliminare all'intervento di offerta attiva per "aggiustare" la mira (P)

LANDEO L.^{*}, AGRÒ F.^{*}, JIMENEZ C.^{*}, CAROVILLANO S.^{*,^}, DI NICOLA A.^{*,°}, MAISANO B.^{*}, GERACI S.^{*}

* Caritas di Roma, Area sanitaria; ^ UCSC, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione Igiene; ° Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Obiettivi

Nel Lazio le donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria hanno un tasso di adesione agli screening per la prevenzione dei tumori femminili intorno al 30% con una differenza complessiva di circa 5 punti (cervice uterina) e oltre 10 punti percentuale (mammella) in meno rispetto alle italiane; in particolare le cittadine asiatiche e le donne dell'America latina hanno i tassi di adesione più bassi in entrambi gli screening. Lo studio che presentiamo ha avuto l'obiettivo di individuare preliminarmente le comunità con maggiore difficoltà di adesione ai programmi di screening, al fine di adottare strategie di intervento mirate ed efficaci nell'ambito del progetto FEI "Foreign Women Cancer Care".

Metodi

A fine 2013 è stato somministrato uno specifico questionario a donne immigrate tra i 25-64 anni di quattro comunità: Cinese, Filippina, Ucraina, Latino-Americana. Il questionario è composto da due parti, una anagrafica ed una di salute e prevenzione: in particolare quest'ultima raccoglie dati sulla conoscenza dei programmi di screening per la prevenzione dei tumori, difficoltà nell'accedere ai servizi del SSN. Le interviste sono state effettuate presso il Poliambulatorio Caritas Roma e in luoghi di aggregazione delle comunità.

Risultati

Sono state intervistate 230 donne, 85 filippine, 86 ucraine, 24 cinesi e 35 latinoamericane. Il campione così selezionato ha una età media di 45 anni (39 le cinesi, 55 le ucraine), il 66% coniugate (83% cinesi e 78% filippine). L'89% del campione lavora, con prevalenza di collaboratrici domestiche (75%; solo ma solo l'1% delle cinesi). Il 99% ha il cellulare, il 93% legge i messaggi ma le cinesi solo nei caratteri della loro lingua. Hanno accesso ad internet il 61% delle donne (soprattutto le filippine), prevalentemente dal cellulare (58%), il 33% dal computer di casa. Il 95% dichiara di avere un permesso di soggiorno, nell'86% dei casi per lavoro. Solo l'1% vive in un centro d'accoglienza, il 44% abita con il datore di lavoro (soprattutto ucraine e filippine). Tra coloro che hanno il permesso di soggiorno, sono iscritte al SSR l'83% (non sono iscritte, pur avendone il diritto, il 26% di cinesi e il 15% delle filippine). Circa la metà delle donne intervistate trova difficoltà nel rivolgersi ai servizi sanitari del territorio, in particolare le cinesi (67%) a causa della lingua. Il 71% del campione non sa dove rivolgersi in caso di disturbi ginecologici e se il 74% delle donne sa che cos'è il pap test, il 52% non conosce i programmi di screening. Il 59% di coloro che hanno fatto il pap test, lo ha eseguito in Italia. Solo il 23% delle donne non sa cosa sia la mammografia, ma tra le cinesi si arriva al 54%.

Conclusioni

L'analisi sulle quattro popolazioni di riferimento ha permesso di scegliere le due popolazioni dove sono manifeste le maggiori disuguaglianze: cinese e, a sorpresa, filippina. Le informazioni raccolte, seppur con evidenti diversità tra le due popolazioni, suggeriscono di focalizzare il progetto su una adeguata strategia comunicativa finalizzata a garantire accessibilità alla prevenzione anche con specifiche azioni di offerta attiva di informazione e orientamento utilizzando strumenti classici (visite alle comunità, nei luoghi di lavoro e di aggregazione) e innovativi (sito dedicato e messaggi telefonici in lingua). Vedi anche <http://www.womencancercare.it>.

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

Migranti e complessità: la risposta del Distretto Sanitario di Viterbo (P)

PROIETTI A.
AUSL Viterbo

Obiettivi

1. Ridurre la difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari distrettuali e aziendali.
2. Promuovere la continuità delle cure in ambito socio-sanitario.
3. Personalizzare l'intervento in un'ottica di umanizzazione e sostenibilità del sistema.
4. Aumentare le competenze del sistema e condividere le conoscenze.
5. Implementare la rete delle relazioni sanitarie e non sanitarie con particolare riferimento alle fasi di accoglienza, assistenza, inserimento nel contesto sociale.

Metodi

- Istituzione del Punto Unico di Accesso (PUA) con la presenza del Mediatore culturale.
- Istituzione della Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) per la valutazione di 2° livello e la definizione di Piani di Intervento Individualizzati (PAI).
- Interventi formativi strutturati, ripetuti nel tempo e con specifici approfondimenti, volti ad una rete allargata di operatori.
- Logica unitaria degli interventi messi in campo a favore della popolazione immigrata attraverso un coordinamento degli stessi da parte del Distretto Sanitario.

Risultati

- Incremento del n° di accessi della popolazione immigrata al PUA (anni 2011-2012-2013).
- Incremento del n° delle valutazioni effettuate a favore della popolazione immigrata in UVMD.
- Validazione del modello assistenziale per le fragilità (PUA-UVMD-PAI) come strumento di governo della rete.
- Gestione della complessità dei percorsi da parte del Distretto sanitario.

Conclusioni

Alla luce della esperienza maturata risulta importante assegnare al Distretto Sanitario un ruolo strategico nel governo complessivo di percorsi assistenziali ad alta complessità come quelli rivolti alla popolazione migrante. In tali percorsi è spesso presente una componente socio-sanitaria integrata in cui l'elemento di criticità è la continuità delle cure.

Contatto: Antonella Proietti (antonella.proietti@asl.vt.it)

Banco della salute : re-inventare la prevenzione in una società multietnica (p)

MAISANO B.^{*}, GNOLFO F.[^], LIDDO M.^{*}, BIFERALI F.[^], TONETTI S.[^]

* Caritas di Roma, Area Sanitaria; ^ ASL Roma A

Obiettivi

1) Favorire un modello cooperativo tra le attività di informazione e orientamento sanitario degli operatori della Caritas di Roma e le prestazioni di prevenzione degli operatori della ASL Roma A. 2) Disegnare percorsi efficaci e accoglienti di accesso ai servizi di 1° livello della ASL Roma A. 3) Facilitare la presa in carico dei problemi di salute della popolazione target all'interno dei servizi sanitari.

Metodi

Il Protocollo d'intesa fra ASL RM/A e CRS-Caritas Diocesana di Roma (Delibera n. 1444 del 24/12/2001) prevede "l'attivazione di progetti obiettivo comuni per interventi sul territorio per la tutela della salute della fasce sociali più deboli ... ivi comprese le attività di informazione dei cittadini". In continuità con il progetto InformaSalute Interculturale, presso il presidio distrettuale di via Luzzatti 8, sin da ottobre 2010 si è avviato il progetto Informa SaluteSuStrada. Tale progetto ha svolto attività di orientamento sanitario in luoghi di aggregazione per persone in condizioni di fragilità sociale della città, rinforzando la collaborazione con il Poliambulatorio di via Luzzatti. Questo coordinamento ha consentito di attuare un progetto di offerta attiva per la prevenzione all'interno delle Settimane della Salute, promosse dal Progetto Mediazione Sociale del Municipio Roma I, realizzate nel 2012 e nel 2013, presso il Nuovo Mercato Esquilino. Le attività iniziate sperimentalmente si stanno configurando come progetto stabile: L'"offerta attiva" della prevenzione prevede una serie di interventi garantiti da parte del personale ASL RMA e si realizza in collaborazione con il Progetto Caritas InformaSaluteSuStrada in uno spazio, il "Banco della Salute, situato all'interno del Mercato", nel cuore del rione più multietnico di Roma. In tal modo è possibile raggiungere e facilitare l'accesso e la fruibilità dei servizi da parte della popolazione italiana e straniera con particolare attenzione alle persone più vulnerabili. Ciò permette di far emergere i bisogni di salute insoddisfatti che potranno essere presi in carico, sul posto per l'intervento di prima istanza e, quando necessario, riferiti al primo e secondo livello dei presidi territoriali del Distretto

Risultati

L'attività di informazione e orientamento per l'accesso ai servizi ha evidenziato l'importanza strategica di un collegamento stabile, in rete tra unità di strada e le strutture socio-sanitarie del territorio. Una prima sperimentazione è iniziata con la prevenzione cardiologica e si protrarrà per tutto il 2014 con la prevenzione diabetologica e lo screening oncologico. Abbiamo valorizzato le esperienze locali, per condividere buone prassi che hanno permesso di integrare il pubblico e il privato sociale, il sociale e il sanitario; e per condividere metodologie di lavoro che hanno permesso di affrontare situazioni critiche (donne straniere) e condizioni vulnerabili (richiedenti asilo, rifugiati), di raggiungere comunità isolate (cinesi, bengalesi).

Conclusioni

L'attività di informazione e orientamento per l'accesso ai servizi ha evidenziato l'importanza strategica di un collegamento stabile, in rete tra l'equipe di strada e le strutture socio-sanitarie del territorio. Il lavoro di rete diventa "laboratorio aperto", gli operatori attori di cambiamento, per sviluppare una comunità di pratica, che agisce a livello locale e pensa alla dimensione globale della salute. Una rete di attori diversi uniti dal comune pensiero che la salute è un diritto universale da garantire a tutti, senza esclusioni.

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

La fruibilità dei servizi stp: una esperienza di mappatura della città di Roma da parte di studenti in medicina (C)

RINALDI A.^{*^}, CIVITELLI G.[^], FERRETTI F.^{*}, MARANI A.^{*}, ORIOLI R.^{*}, MAISANO B.^{o^}, GERACI S.^{o^}, TARSITANI G.^{**}, MARCECA M.[^]

* Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ^ Società Italiana Medicina delle Migrazioni; ° Caritas di Roma, Area sanitaria; ** Sapienza Università di Roma, Dipartimento di scienze Medico-Chirurgiche e Medicina Traslazionale

Obiettivi

Principale obiettivo del progetto è stato quello di mappare i servizi sanitari dedicati agli stranieri STP delle 5 ASL della città di Roma per promuoverne il loro utilizzo, sotto il coordinamento dell'Università Sapienza e dell'Area sanitaria della Caritas Diocesana di Roma. Il progetto si proponeva inoltre di formare e sensibilizzare gli studenti dei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia sui temi della Medicina delle migrazioni e della Salute globale.

Metodi

La mappatura dei servizi è stata svolta coinvolgendo 10 studenti di medicina e chirurgia (di cui 9 ragazze ed 1 ragazzo), iscritti tra il terzo e il sesto anno di corso; nel periodo ottobre 2012-maggio 2013, gli studenti hanno contattato e visitato personalmente i servizi sanitari territoriali rivolti agli stranieri STP. La metodologia utilizzata è stata quella della "formazione-intervento", attraverso la quale gli studenti sono coinvolti in un processo di apprendimento basato sull'esperienza diretta "sul campo" e la sua elaborazione critica in gruppo. Gli studenti si sono recati a coppie nelle diverse ASL per valutare la fruibilità dei servizi attraverso la somministrazione agli operatori sanitari di un questionario semistrutturato. Inoltre, è stata data loro la possibilità di tenere un diario personale per annotare ed esplorare le percezioni e le emozioni scaturite dall'esperienza. I dati raccolti sono stati inseriti ed analizzati tramite foglio Excel 2007.

Risultati

L'elaborazione dei dati raccolti ha permesso di costruire una "mappa di fruibilità" dei servizi STP presenti a Roma, che è stata presentata e distribuita agli operatori socio-sanitari delle diverse ASL coinvolte. Uno spazio specifico è stato riservato alla condivisione di brani selezionati dai diari personali, tra cui quello realizzato da una studentessa di sesto anno qui riportato: "Nella facoltà di medicina si è sempre soli a camminare, anzi spesso l'altro è motivo di competizione distruttiva (si pensi alla "lotta" tra i neolaureati per entrare nella specializzazione) mentre nei "gruppi di studio" il compagno di lavoro è fonte di arricchimento e di confronto costruttivo. Ho scoperto che non sono l'unica studentessa a essere a disagio in questo mondo della medicina italiana. Le loro domande mi hanno spinto a chiedermi interrogativi che prima non mi sarei chiesta. Non è questo forse trasformarsi? Posso rispondere che dopo ogni riunione mi ero trasformata perché cresceva in me un'esigenza che in quella precedente non c'era."

Conclusioni

Nell'attuale scenario globale, di cui i fenomeni migratori sono parte integrante, i processi di salute e malattia sono sempre meno determinati da cause naturali e sempre più da cause sociali (determinanti sociali della salute). Dall'analisi sociologica dei diari di campo è emerso quanto ancora invece la formazione sia basata sul modello bio-medico riduzionista orientato all'individualismo professionale e di una pratica sanitaria quasi esclusivamente volta alla cura della malattia e non della persona. Gli studenti che hanno partecipato al progetto hanno compreso che tutelare la salute degli immigrati vuol dire soprattutto riconoscere e difendere il loro diritto alla salute e supportarne l'empowerment. A novembre 2013 è iniziata la seconda edizione del progetto che prevede anche il coinvolgimento di studentesse del corso di laurea in servizio sociale.

Contatto: *Alessandro Rinaldi (alerinaldi84@gmail.com)*

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Bisogni sanitari inespressi tra gli utenti degli ambulatori STP (C)

PIZZUTI S., CARRECA G.
ASL Latina Distretto 2

Obiettivi

Conoscere i bisogni sanitari inespressi della popolazione immigrata irregolare può rappresentare un'opportunità per modulare in maniera più completa adeguati interventi di riorganizzazione dell'offerta sanitaria dedicata. La situazione di irregolarità che solo per i più fortunati può comportare occasioni di lavoro in nero, infatti, spesso si prolunga nel tempo ed espone a rischi potenziali (soprattutto per la salute) con conseguenze che rendono necessario un riallineamento nell'offerta dei servizi, seppur essenziali. Uno degli aspetti principali da valorizzare diventa quello della consapevolezza del paziente rispetto al proprio stato di salute.

Metodi

Presso l'ambulatorio STP del Distretto 2 di Latina nel 2013 sono stati visitati 176 nuovi pazienti dei quali 96 ENI (91 di nazionalità rumena) e 80 STP (prevalentemente indiani). I motivi d'accesso più frequenti sono stati: gravidanza (64 casi, tra questi 50 di nazionalità rumena); traumi (22, tra i quali 8 rumeni); TBC (11 casi, tra questi 10 sono rumeni) e 4 casi di tumore, dato rilevante e da indagare in una popolazione che ha in media 25-30 anni. Da una osservazione empirica si è rilevato che vi sono difficoltà relative alla percezione del rischio di malattia e alla compliance dei pazienti nell'affrontare alcune situazioni, quali la gravidanza (programmazione dei controlli e depressione post partum), i traumi (prevenzione dei rischi), la TBC (scarsa aderenza alla terapia).

Risultati

È emersa quindi la necessità di indagare su eventuali bisogni sanitari inespressi che possano essere alla base di tale fenomeno. Abbiamo formulato un questionario che permetterà di valutare la percezione del proprio stato di salute, il contesto familiare/amicale, la conoscenza dei rischi connessi agli stili di vita e delle modalità di somministrazione dei farmaci.

Conclusioni

Il questionario sarà somministrato presso l'ambulatorio STP per un periodo iniziale di 6 mesi. I risultati ci consentiranno di formulare e indirizzare al meglio eventuali proposte relative alla promozione della salute, quali la realizzazione di materiale informativo di educazione alla salute e all'auto-cura tradotto in varie lingue, l'offerta di counseling e la collaborazione con i servizi sociali.

Contatto: Silvia Pizzuti (silvia.pizzuti0@alice.it)

Uno sguardo sul bisogno di salute della comunità cinese a Messina (C)

GULLOTTO M.^{*}, CELI C.^{*}, CARBONE S.[^]

^{*} Dipartimento Salute Mentale Messina Sud; [^] Sociologia Interculturale - Facoltà di Scienze Politiche - Messina.

Obiettivi

L'immigrazione cinese a Messina ha avuto inizio negli anni 2000. L'insediamento dei migranti cinesi nel territorio messinese si caratterizza: a) una distribuzione poco coesa, che non ha coinvolto interi quartieri, ma singole strade cittadine; b) il tipo di commercio che è esclusivamente al dettaglio. Il profilo demografico dei cittadini cinesi residenti nel comune di Messina si presenta nella statistica Istat del gennaio 2011, con un totale di 316 persone, di cui 169 maschi e 147 femmine. La ricerca qui presentata è stata realizzata nel 2011 e si è proposta di indagare: 1) conoscenze sulle tipologie di accesso ai servizi sanitari della popolazione cinese; 2) la percezione del proprio stato di salute.

Metodi

Si è utilizzato un questionario anonimo, in lingua cinese, distinto in tre aree: la prima biografica, la seconda di informazione sanitaria, la terza sull'autopercezione del proprio stato di salute. Complessivamente hanno risposto all'intervista 50 persone.

Risultati

Area biografica: si rileva una popolazione giovane con una media per: 35 anni di età, impegnata prevalentemente in un contesto lavorativo di piccola imprenditoria. La maggior parte dei soggetti è coniugato con figli e vive in case d'affitto con la propria famiglia o con parenti; il livello di istruzione è medio-basso. L'appartenenza religiosa è distribuita ugualmente tra buddismo e cristianesimo. Nei paesi d'origine gli intervistati lavoravano come operai, contadini, artigiani e le donne erano casalinghe. Area sanitaria: dei residenti, il 70% è iscritto al Servizio Sanitario Nazionale e utilizza prevalentemente i servizi sanitari di base e di emergenza, riservando le richieste specialistiche ai consigli e alle prestazioni dei medici cinesi. L'opinione generale sulla medicina italiana è complessivamente buona con un giudizio più selettivo e non sempre positivo tra le donne. Mentre l'accesso ai servizi e le prestazioni sanitarie pubbliche sono ritenuti non sempre soddisfacenti e ostacolati dalle difficoltà linguistiche. Percezione dello stato di salute: si è rilevato un marcato riserbo nel descrivere il proprio stato di benessere – malessere psico-fisico e tutti i cinesi intervistati si sono rappresentati con un buono stato di salute. L'evento migratorio, a loro avviso, non ha determinato un cambiamento nell'equilibrio psicologico ma l'elemento "nostalgia" emerge trasversalmente sia per gli uomini sia per le donne. In particolare, degli uomini che hanno dichiarato espressamente nostalgia, il 10% ha fatto spesso uso di alcool e tre hanno riferito di aver avuto disturbi psichici non ben specificati. Non compaiono altri riferimenti al malessere psichico, pur tuttavia si evidenzia nella popolazione cinese una vulnerabilità attinente al processo migratorio.

Conclusioni

I dati riportati mettono in rilievo negli intervistati una profonda riservatezza del proprio sé e un forte senso di ancoraggio ai valori e alla cultura tradizionali che, in ambito sanitario, si traduce in una preferenza e nell'affidamento ai metodi della medicina cinese. Si ritiene che in prospettiva un sistema di cura che tenga conto delle diverse caratteristiche linguistiche e culturali può trasformare un bisogno di salute in un'occasione per creare relazioni e favorire l'integrazione. Un proverbio cinese suggerisce: "La pazienza è un potere: con il tempo e la pazienza il gelso si tramuta in seta".

Contatto: Maria Gullotto (orazio62005@libero.it)

Protesi odontoiatrica sociale: ma quanto mi costi ? (C)

SARATI M.^{*}, PATERLINI R.^{**}, FORNACIARI R.^{*}, SACCANI R.[^], CORSINI A.[^]

* AUSL di Reggio Emilia; ** Caritas Reggio Emilia; ^ Istituto "Galvani"

Obiettivi

Sempre di più sul territorio provinciale sono presenti persone in condizione di povertà che necessitano di protesi dentarie, prestazioni che, seppur previste nei livelli di assistenza dalla Regione Emilia Romagna sono garantite solo alle persone che possono documentare la fascia di reddito, hanno una regolare residenza ed una stabilità/validità del documento di soggiorno. Dal 2000, sia per poter estendere le cure alle persone "indigenti" che per valorizzare un percorso scolastico dei futuri odontotecnici (Istituto d'istruzione superiore ad indirizzo professionale "servizi socio-sanitari") si è creata una rete fra Caritas locale, AUSL ed Istituto Galvani -lodi per la fornitura di protesi.

Metodi

L'individuazione dei soggetti bisognosi di protesi è compito della Caritas reggiana (anche in collaborazione con i servizi sociali). La preparazione della bocca e l'applicazione delle protesi alle persone sono compiti dell'odontoiatria dell'Ausl (medico ed infermiere dedicato per 5 ore settimanali). La produzione delle protesi è opera degli studenti dell'istituto "Galvani" già in possesso dell'attestato di "Operatore di laboratorio odontotecnico" (ultimo anno di studi). L'insegnante responsabile del laboratorio odontotecnico, oltre ad essere presente in istituto nella docenza e in Ausl con il medico, redige per ogni protesi la dichiarazione di conformità CE (decreto legislativo 46/97 e successive modifiche).

Risultati

In questi anni di attività sono stati trattati oltre 500 persone; negli ultimi 5 anni sono stati presi in carico 234 situazioni: età media 46 anni e percentuale annua di stranieri in cura pari al 85% (prevalente genere maschile). Nell'anno scolastico 2012-2013 sono state costruite e consegnate: 10 protesi mobili totali, 37 protesi parziali mobili, 3 protesi fisse in ceramica, 15 protesi provvisorie per protesi fisse in ceramica, 11 riparazioni o ribasature. Il costo stimato dei manufatti dello scorso anno (in base ad un tariffario medio basso di uno studio odontoiatrico) si aggira sui 65.000 euro (il valore di questi 13 anni di attività è stimato in 680 mila euro) La costruzione delle protesi comporta annualmente una spesa per i materiali di consumo e la produzione pari a circa 6 mila euro (garantito dalla Provincia a titolo di co-promozione al progetto). In molte delle situazioni trattate, una preliminare preparazione della bocca è effettuata presso l'ambulatorio a gestione Caritas che, oltre al materiale per l'attività, riceve dall'Azienda sanitaria 2 mila euro annui per questo specifico obiettivo .

Conclusioni

Dalla nostra esperienza possiamo confermare che, non solo il progetto è sostenibile, ma che il valore economico investito viene tradotto in:

- salute per le persone che beneficiano dei manufatti;
- capacità e competenze lavorative per gli studenti della scuola (forma di cittadinanza attiva);
- facilità di interazioni fra professionisti e capacità di lettura del contesto socio-sanitario.

Contatto: Marco Sarati (marco.sarati@ausl.re.it)

Il pregiudizio negli studenti di infermieristica: studio osservazionale sul contributo della formazione universitaria al tema della transculturalità (P)

FARINA A., POLLACCIA E., SCelfo M., CANDEH N., AFFRONTI M.

UOS di Medicina delle Migrazioni, AOU Policlinico "Paolo Giaccone" Palermo, Ambulatorio Centro Astalli di Palermo, Poliambulatorio Emergency di Palermo, Poliambulatorio Ippocrate (Caritas) di Palermo

Obiettivi:

Il presente lavoro ha come obiettivi: (i) la determinazione del livello di pregiudizio etnico negli studenti di infermieristica alla fine del loro percorso di studi, attraverso il confronto con quello dei partecipanti al test di ingresso alla facoltà di Medicina e Chirurgia; e (ii) l'individuazione di una soglia di pregiudizio tollerabile, tale per cui la relazione terapeutica con il paziente immigrato non venga inficiata.

Metodi

L'indagine è stata effettuata con riferimento a tre differenti gruppi. Il Gruppo di osservazione A, composto da studenti del III anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Palermo nell'a. a. 2012-2013, il gruppo di controllo B, composto da un campione di intervistati tra i partecipanti al test d'ingresso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Palermo per l'a. a. 2013-2014, ed infine un gruppo di riferimento C, costituito da un campione di intervistati tra professionisti e volontari del terzo settore, che si sono occupati nello specifico di medicina delle migrazioni. Si è deciso di costruire come "misuratore" del pregiudizio, un test che una volta somministrato fosse in grado di esprimere uno score corrispondente alla quantità di pregiudizio attribuibile ai tre gruppi. Nell'elaborazione del questionario sono state evidenziate tre diverse aree di indagine: cognitiva, valoriale e progettuale. Si è assegnato (i) 1 punto alla percentuale che definisce un imprinting positivo verso lo straniero, (ii) una penalità di -0,25 alla percentuale che definisce al contrario un imprinting negativo e (iii) zero alla percentuale dei "non so" e dei "non ho un'opinione precisa". Il punteggio risultante è stato inoltre espresso in 30mi per una maggiore intuitività del risultato; se ne deduce che il massimo punteggio ottenibile è pari a 30, il minimo -7,50. Lo scarto tra il punteggio ottenuto dal gruppo A e quello ottenuto dal gruppo B rileva il contributo della formazione universitaria sul pregiudizio, mentre lo scostamento dal margine di pregiudizio tollerato, espresso dal punteggio ottenuto dal gruppo C, ne misura invece l'efficacia. Si è per questa ragione normalizzato al gruppo di riferimento C, vale a dire rapportato il punteggio ottenuto da ciascun gruppo: posto 1 il risultato del gruppo C si è voluto determinare lo scostamento degli altri due gruppi dal gold standard.

Risultati

I punteggi finali, ottenuti da ciascuno dei tre gruppi, espressi in 30mi, sono pari a 11,86 per il gruppo A degli studenti e pari a 12,42 per il gruppo B dei partecipanti ai test d'ingresso. I volontari e gli esperti del terzo settore totalizzano invece un punteggio di 24,79. Lo scostamento dal margine di pregiudizio tollerabile è di 0,48 per gli studenti e 0,50 per i partecipanti ai test d'ingresso.

Conclusioni

Il gruppo degli studenti di infermieristica, alla fine della loro formazione universitaria, ha totalizzato un punteggio leggermente inferiore a quello ottenuto dal gruppo di partecipanti al test d'ingresso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e significativamente inferiore a quello ottenuto dal gruppo di esperti e volontari del terzo settore. Dai dati ottenuti si deduce, dunque, che la formazione universitaria è stata del tutto inefficace rispetto ai temi della transculturalità. I punteggi significativamente più elevati, ottenuti da esperti e volontari, dimostrano come il rapporto diretto con il paziente immigrato sia da solo in grado di agire positivamente sui livelli di pregiudizio. Alla luce

di quanto emerso dal presente lavoro, si intuisce come una spinta decisiva all'abbattimento del livello di pregiudizio possa scaturire anche e soprattutto da una modifica del piano di studi dei futuri infermieri che preveda la possibilità di svolgere parte del tirocinio universitario in centri di assistenza all'immigrazione, a diretto contatto con il paziente immigrato e sotto la guida di esperti e volontari del terzo settore che si occupano quotidianamente di transculturalità.

Contatto: Alessio Farina (alessiofarina1982@libero.it)

Migranti cinesi in gravidanza: sanità parallela o difficoltà di accesso ai servizi? (P)

KING J.J.^{*}, DI MECO E.^{**}, DI NICOLA A.^{**}, SILVESTRINI G.[^], GERACI S.[°]

* UCSC, Istituto clinica di malattie infettive, Roma; ^ UCSC, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione Igiene, Roma;

** Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ° Caritas di Roma, Area sanitaria

Obiettivi

Mediante il confronto tra due campioni di donne in gravidanza che sono state seguite in due strutture sanitarie molto diverse, il Poliambulatorio della Caritas e lo studio privato di una ginecologa cinese a Roma, si è indagato su variabili demografiche, socio-economiche e contesti sociali che potrebbero guidare le pazienti, comunemente considerate "invisibili" in sanità e chiuse in "enclavi etniche", nella scelta dell'uno o dell'altro percorso assistenziale.

Metodi

La raccolta dei dati è avvenuta mediante due modalità: in Caritas i dati sono stati rilevati retrospettivamente dal database e dalle cartelle di 123 donne in gravidanza che hanno avuto accesso al Poliambulatorio nel periodo 2008-2013; nello studio privato i dati sono stati raccolti mediante la somministrazione di un questionario, in italiano e in cinese, a 31 donne in gravidanza che hanno effettuato visite nel periodo dicembre 2013-febbraio 2014.

Risultati

La maggior parte delle donne ha affermato di rivolgersi allo studio privato per motivazioni linguistiche e/o per maggior facilità di accesso e poco più del 50% aveva eseguito visite e/o controlli anche presso strutture pubbliche. Confrontando le caratteristiche socio-demografiche delle due popolazioni di donne, le pazienti intervistate presso l'ambulatorio privato sono risultate maggiormente tutelate sotto il profilo burocratico-legale, sanitario e lavorativo (rispettivamente permesso di soggiorno 100% vs 45%, iscrizione al SSN 58.1% vs 6.5%, disoccupate 16.1% vs 65.9%). In entrambe le popolazioni la motivazione prevalente per la mancata iscrizione al SSN è stata la mancanza di informazioni o la difficoltà linguistica.

Conclusioni

Le donne che si sono rivolte al Poliambulatorio Caritas presentano uno status sociale più fragile, sia dal punto di vista economico che da quello burocratico-legale. Ciò è coerente con la mission della struttura sanitaria della Caritas. Esiste tuttavia una radice condivisa tra le due popolazioni esaminate che risiede nella sostanziale difficoltà d'accesso ai Servizi Sanitari dettata dalla scarsa capacità di reperire informazioni prevalentemente per problemi di natura linguistica. Non si evidenzia d'altra parte alcuna resistenza alla sanità occidentale, tenendo conto che in entrambe le realtà, anche se molto diverse, si pratica la "classica medicina occidentale". L'analisi effettuata sui dati socio demografici ed i risultati emersi, soprattutto dalla popolazione di donne afferenti in Caritas, ci apre ad una riflessione sul bisogno di strutture sanitarie che siano in grado di intercettare adeguatamente la popolazione immigrata e rispondere a specifiche esigenze, con particolare riferimento alle condizioni di maggiore vulnerabilità sociale, sanitaria e culturale/linguistica. Le strutture territoriali pubbliche in sinergia con quelle del privato sociale quando presenti, dovrebbero essere quindi facilmente accessibili e realmente fruibili. In particolare per la comunità cinese la reale barriera sembra essere proprio l'aspetto linguistico, motivo per cui è auspicabile un approccio transculturale alla medicina, che nel caso specifico non può prescindere dalla presenza di personale con competenze linguistiche (interpreti, mediatori, facilitatori, ...), lavorando in rete in un'ottica di "mediazione di sistema". Tenendo conto come l'alto tasso di natalità della popolazione cinese si rapporta ad aumento di bisogno d'assistenza medica durante la gestazione, può essere l'occasione d'intercettazione di questa comunità, e l'opportunità di sperimentare e testimoniare un approccio Migrant Friendly.

Contatto: Ji Jade King (jjadeking@gmail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Protocollo sensibile (P)

CALLARI A.M., LATTUCA G., VALASTRO R.
Associazione A.T.O.S

Obiettivi

Il protocollo sensibile rappresenta una nuova formula nell'applicazione e nella direzione di un progetto di cura per e del malato oncologico. "Sensibile" fa riferimento alla sensibilità culturale e all'orizzonte di senso che dovrebbe essere la modalità percorsa dall'oncologo nell'approcciarsi al paziente. Si tratta di individuare quei meccanismi "moralì" che solo se strettamente legati all'etica si traducono nell'operare scelte per e con il paziente in termini farmacologici e di protocollo di intervento. Si fa riferimento alla non ovvia né scontata, ma necessaria e urgente, formazione dell'oncologo in quanto "persona" portatrice di scienza che, grazie ad una relazione culturalmente autentica e credibile, potrebbe trovare modalità strutturate interculturali e di attraversamento definitivamente orientate verso la guarigione. Un rapporto tecnico che non si fermi agli aspetti di *governance* dell'Istituzione incarnata da entrambe, ma che proceda alla identificazione e comprensione della malattia e del dolore. La lingua del paziente è la lingua della sofferenza e il linguaggio della famiglia è ciò che rimane dei costrutti condivisi: essa rappresenta il percorso per attraversare e introdurre elementi di speranza utili ad un percorso soteriologico. Il linguaggio scientifico e quello popolare, assieme alle culture che rappresentano, sono entrambe modalità di salvezza con pari dignità. Quando l'oncologo incontra il paziente, egli spontaneamente ha in sé le motivazioni per farlo, poiché è ricco interiormente dei contenuti che lo portano a sintetizzare l'approccio verso la disciplina, verso il paziente e il suo gruppo. Ma, riconoscere che i saperi del paziente sono importanti quanto i suoi saperi, lo porterebbe ad avere maggiore comprensione dei costrutti di significato. Tutto ciò avviene in scenari come l'ospedale e recentemente anche al domicilio del paziente: ciò che potrebbe portare ad una cura autentica ad una persona, si traduce in una cultura della globalità che non tiene più alcun conto dell'identità.

Metodi

L'applicazione del protocollo sensibile consente narrazioni relative alla tipologia del gruppo familiare, alla sua capacità di prestare aiuto, di essere disponibile ai trasferimenti, alla logistica in generale, accedendo ad un linguaggio utile ed ad avere chiari obiettivi e finalità dei trattamenti e delle loro potenzialità reali, rispetto alle aspettative legate all'uso dei farmaci a prescindere dalla disponibilità degli operatori sanitari. Si tratta di aggiungere una nuova "sensibilità culture-sense", a operare con nuovi sguardi di cura e nuove consapevolezze.

Risultati:

Non si può improvvisare un "protocollo sensibile" senza avere chiari gli obiettivi.

Conclusioni:

È ovvio che l'attuale tendenza all'erogazione di cure "totalizzanti" espone il corpo al tavolo del controllo sociale, dell'identità e della mercificazione del bisogno, senza il dovuto rispetto del nostro personale progetto di vita e in assenza di alcun orizzonte: la c.d. buona morte, ma attingendo solo al suo significato letterale di "eutanasia". Concetti teoricamente ampiamente superati che ci tolgono "il disturbo della morte" e del suo pensiero "mortifero", e che però lasciano al suo posto il vuoto: della vita, dei pensieri, dei significati e del futuro, orfani per sempre.

Contatto: Angela Maria Callari (amcallari@tin.it)

Il Gruppo Dipartimentale Fasce Deboli 10 anni di esperienze (P)

MOZZANICA S., MONICI L., GUIDI L., FABBRI A., BONVICINI F., POETA A., SEVERI C., CASONI C., MAGNANI I., FORNACIARI R.
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Obiettivi:

Nel marzo del 2004 nel Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) dell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Reggio Emilia nasce il Progetto "Tutela Fasce Deboli" con l'obiettivo di dare sistematicità ed organicità agli interventi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione particolarmente disagiati di una società sempre più multietnica. Partecipano al progetto diverse professionalità di tutti i Servizi del Dipartimento con il fine di far entrare trasversalmente nei progetti dipartimentali il tema Fasce Deboli. Considerando la salute come bene sociale di pertinenza di tutta la comunità, il DSP intende sviluppare iniziative inserendosi nel vasto ambito dell'AUSL integrandosi con organismi ed enti che operano nel settore offrendo collaborazione alla programmazione socio sanitaria della provincia.

Metodi

Per aumentare le conoscenze e la consapevolezza degli operatori verso il fenomeno migratorio sono state realizzate due edizioni di un corso di formazione di base per tutti gli operatori del DSP. Sono stati censiti ed analizzati i bisogni con rilevazione delle criticità nelle attività svolte dal DSP verso la popolazione immigrata. È stata fatta un'indagine del lavoro svolto da altre strutture aziendali, altri enti, associazioni di volontariato, comunità di accoglienza, scuole di italiano per stranieri, contattando anche i *Leader* di Comunità e, di anno in anno, si sono programmati interventi di informazione/educazione sanitaria rivolti alle popolazioni sulla prevenzione delle malattie infettive, delle malattie trasmissibili con gli alimenti, degli infortuni sul lavoro, degli infortuni domestici e sull'adozione di stili di vita sani entrando nei luoghi di aggregazione: luoghi di culto ed associazioni. Sono stati prodotti numerosi materiali in lingua. Sono stati valutati i bisogni del dipartimento ed è stata costruita una procedura per l'attivazione della mediazione culturale. Popolazione anziana, carceraria, utenti SERT (dipendenze patologiche), disabili, sono le comunità target cui sistematicamente vengono rivolti interventi che oltre a prevedere momenti formativi, hanno previsto la creazione di procedure e percorsi condivisi per la profilassi delle malattie infettive, l'inserimento lavorativo, la tutela delle lavoratrici madri, l'adeguata alimentazione, le corrette pratiche igienico-sanitarie legate alla manipolazione degli alimenti. In collaborazione con il Centro Salute Famiglia Straniera dell'AUSL sono stati costruiti percorsi integrati per la profilassi delle malattie infettive per gli immigrati STP (Stranieri Temporaneamente Presenti).

Risultati

Le iniziative realizzate in questi anni hanno contribuito ad una promozione unitaria della salute intesa come benessere sociale. L'essere di anno in anno ricontattati dalle associazioni ha evidenziato l'efficacia della metodologia di intervento intrapresa.

Conclusioni

La progettazione di interventi di sanità pubblica in una società in continuo cambiamento, intende contribuire a ridurre il divario di salute fra i diversi gruppi socio economici così come indicato nella "mission" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Contatto: Stefania Mozzanica (mozzanicas@ausl.re.it)

Buone prassi per l'accessibilità dei migranti ai servizi sanitari (C)

NAPOLI M.T., TALARICO A.

Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro - Organismo Immigrazione

Obiettivi

Progetto CCM "Linee d'intervento transculturali nell'assistenza di base e nel materno infantile".

1. Semplificazione procedure di accesso ai servizi con percorsi di presa in carico globale del migrante. 2. Potenziamento servizi sanitari di base attraverso Centri di orientamento ed Informazione alla fruizione dei servizi sociosanitari e sanitari in raccordo con la rete territoriale di riferimento.

Metodi

Il progetto è stato finalizzato alla costruzione di un modello organizzativo basato sul Coordinamento funzionale aziendale delle attività per gli immigrati e l'attivazione dei Centri di orientamento ed informazione per l'utenza migrante non iscritta al SSN. La funzione di filtro dei Centri, dotati di personale sanitario/socio-sanitario e dei mediatori interculturali, è mirata alla presa in carico globale dell'utente e al soddisfacimento dei bisogni di salute, garantendo l'appropriatezza dei processi di cura. Il raccordo tra i servizi aziendali e la rete extra-aziendale favorisce processi uniformi per la tutela della salute. La decodifica della domanda e l'attivazione della rete territoriale in rapporto con gli ambulatori dedicati STP/ENI migliora la fruizione dei servizi e l'adesione ai percorsi di tutela, diagnosi e cura.

Risultati

Il modello colma un vuoto operativo relativo alla medicina di base per gli immigrati irregolari e all'iscrizione al SSN, in un'ottica di integrazione sociosanitaria. L'accesso ai servizi sanitari attraverso i Centri ha registrato nel 2011 n.43 accessi (Ott/Dic.), nel 2012 n. 305 acc. (+ 40,34%), 2013 n.408 acc. (+ 53,98%). Le patologie riscontrate negli utenti in condizione d'indigenza evidenziano una correlazione con un malessere organico ambientale. La richiesta di assistenza sanitaria è correlata ad una serie di fattori di rischio: disparità nell'accesso ai servizi sanitari, condizioni abitative, precarie condizioni igieniche, carenza e condizioni di lavoro, mancanza dei familiari, malessere psicologico, difficoltà di inserimento sociale. L'incremento costante delle prestazioni è stato determinato anche dall'educazione sanitaria per la tutela della salute materno-infantile. Dai dati si evidenzia: 2011 (ott./dic.)/n°96 prestazioni – 2012/n.327 prestazioni (+35,58%) – 2013/n.496 prestazioni (+53,58%) (dato 2013 su proiezione dato semestrale/anno).

Conclusioni

L'attività dei Centri confermata con la delibera DG n.828 del 23/10/2013 - CISS distrettuali con ambulatorio STP/ENI, ha dato attuazione al DPGR n. 69/2013 Regione Calabria per il recepimento dell'Accordo Stato – Regioni del 20 dicembre 2012. Il DPGR dispone che è "fatto obbligo alle AA.SS.PP. di individuare uno o più ambulatori quali punti di primo accesso" per i soggetti comunitari indigenti non iscrivibili al SSN e per i soggetti non comunitari, senza permesso di soggiorno. La cooperazione Aziende Sanitarie e Dipartimento Salute Regione Calabria, valutata la ricaduta dell'attività del progetto CCM nell'ASP di Catanzaro, ha determinato tale indicazione.

Contatto: Maria Teresa Napoli (matena@alice.it)

Coordinamento e sviluppo di competenze transculturali (P)

TALARICO A., NAPOLI M.T.

Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - Organismo Immigrazione

Obiettivi

Progetto CCM "linee d'intervento transculturali nell'assistenza di base e nel materno infantile" (2010-2013) - ASP Catanzaro capofila e Asl Cagliari, Asl Olbia, ASP Palermo, AO "G. Rummo" Benevento e A.O. "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro).

1. Aumento competenze operatori sanitari e sociosanitari nella medicina transculturale. 2. Diffusione del modello organizzativo "Coordinamento aziendale delle politiche sanitarie e socio-sanitarie dell'immigrazione". 3. Sviluppo modello operativo di rete territoriale integrata a sostegno dei percorsi sociosanitari di promozione della Salute.

Metodi

Gli obiettivi tesi a contrastare le disuguaglianze dei migranti nella tutela della salute: accesso al SSN e qualità delle prestazioni, sono stati caratterizzati nella loro implementazione operativa dalla diffusione del modello organizzativo "Coordinamento aziendale politiche sanitarie/ socio-sanitarie dell'immigrazione" finalizzato a formulare processi sanitari omogenei ed efficaci in raccordo con la direzione e le macroaree aziendali.

La condivisione delle buone pratiche delle aziende partners ha favorito gli esiti finali. La semplificazione dei processi e la progettazione di azioni sinergiche hanno promosso l'inclusione sociale e la tutela della salute psico-fisica. Sul piano formativo è stata utilizzata una metodologia transculturale in fasi propedeutiche:

1. Rilevazione bisogni formativi operatori ASL/AO
2. Progettazione e realizzazione Piano Formativo - n.2 corsi modulari per ASL/AO
3. Monitoraggio qualità educativa programmi formativi.

I bisogni formativi prevalenti sono stati: 1) Promozione comunicazione corretta ed efficace 2) Qualità assistenziale, relazionale e gestionale dei servizi 3) Miglioramento stili di vita. I moduli formativi hanno approfondito: 1. Caratteristiche quali-quantitative fenomeno migratorio 2. Integrazione socio-sanitaria e presa in carico 3. Metodologie organizzazione rete territoriale 4. Centralità mediazione transculturale nell'accoglienza e presa in carico 5. Comunicazione/relazione transculturale 6. Procedure d'accesso ai servizi sociosanitari 7. Assistenza sanitaria di base e materno-infantile, con particolare attenzione per l'obiettivo formativo (ECM) "multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria". I corsi modulari realizzati presso le ASL/AO partner e affidati all'INMP-Roma sono stati curati da docenti del settore e da esperti del territorio tenuto conto delle peculiarità specifiche.

Risultati

Il modello organizzativo "Coordinamento aziendale delle politiche sanitarie e socio-sanitarie dell'immigrazione" collegato ai "Centro di Orientamento" attivati e/o potenziati dal progetto CCM ha determinato un modello operativo di rete territoriale integrata capace di sostenere percorsi socio-sanitari uniformi ed una maggiore equità nell'offerta sanitaria.

Gli eventi formativi collegati al potenziamento dei servizi assistenziali per i migranti hanno favorito la congruenza tra contenuti e operatività, supportando gli operatori e sviluppando le competenze nella medicina transculturale.

Totale partecipanti formati n. 648 (I Modulo n. 200 Op. Sanitari - n. 78 Op. Non Sanitari - II Modulo

n. 281 Op. Sanitari - n. 89 Op. Non Sanitari). L'incremento da n. 194 operatori (fase rilevazione) a n. 278 (I modulo) sino a n. 370 (II modulo), mostra la correlazione tra l'implementazione delle attività assistenziali e l'aumento di interesse per l'aggiornamento professionale in materia. La partecipazione complessiva agli eventi, con certificazione ECM, ha determinato il conseguimento degli standard di risultato del progetto CCM: 1. Presenza minima 70% operatori selezionati in fase di rilevazione bisogni 2. Aumento livelli competenza operatori partecipanti (valutazione efficacia processo formativo).

Conclusioni

Il modello organizzativo "Coordinamento aziendale delle politiche sanitarie e socio-sanitarie dell'immigrazione" e l'aumento delle competenze degli operatori sanitari/sociosanitari nella medicina transculturale e dell'integrazione dei servizi hanno determinato lo sviluppo di relazioni e pratiche professionali a sostegno della rete territoriale integrata, utilizzando le risorse e i servizi disponibili. Sul piano dell'efficacia della relazione di cura e dell'assistenza ai migranti si evidenziano a livello organizzativo-assistenziale: 1. Integrazione professionale sociosanitaria 2. Relazionalità e comunicazione transculturale operatori-migranti. 3. Procedure d'accesso strutturate dei migranti ai servizi.

Contatto: Antonello Talarico (antonellotalarico@libero.it)

Immigrazione e soccorso pre-ospedaliero (118) sul territorio palermitano: analisi dei casi affrontati dall'ambulanza 118-07, criticità del sistema e proposte per un migliore soccorso al paziente immigrato (P)

AQUILINO E.

ASP Palermo Servizio Emergenza Sanitaria Territoriale

Obiettivi

Strutturare un sistema di emergenza-urgenza territoriale a misura d'immigrato, tenendo conto della diversità linguistiche e culturali, al fine di garantire pari dignità a tutti i cittadini nel momento in cui si trovano a fruire del servizio sanitario pubblico in emergenza, evitando ospedalizzazioni improprie.

Metodi

Analisi dei dati provenienti dalle schede d'intervento del servizio di urgenza- emergenza sanitaria 118, centrale Palermo-Trapani, postazione 07, relative all'anno 2013. Analisi dell'esperienza maturata nel soccorso al paziente immigrato.

Risultati

Dall'analisi delle schede d'intervento, si è estrapolata la provenienza per area geografica, la distribuzione dei casi per genere e per fasce di età, dei pazienti immigrati soccorsi, nonché le patologie per le quali è stato richiesto l'intervento. L'immigrato presente sul territorio palermitano è un soggetto prevalentemente giovane, spesso proveniente dal continente europeo. Non è stato riscontrato nessun caso di patologia da importazione. Si sono anche descritte, facendo ricorso all'esperienza maturata, le criticità dell'Emergenza Sanitaria Territoriale relative al soccorso al paziente immigrato, soprattutto linguistiche e culturali, nella relazione medico-paziente e con i familiari. Tali criticità, oltre a determinare difficoltà nella raccolta dell'anamnesi e nella corretta interpretazione della sintomatologia, con maggiore rischio di errore clinico, hanno talvolta obbligato il personale sanitario ad ospedalizzare il paziente per la difficoltà a concordare una terapia domiciliare.

Conclusioni

Al fine di migliorare le capacità del sistema della salute pubblica nel rispondere in maniera adeguata ed equa alle sfide della diversità culturale, risulta indispensabile che il servizio di emergenza-urgenza, in parallelo a ogni altro settore del sistema sanitario, riorienti la propria mission in modo da fornire un soccorso a misura di ogni cittadino superando le diversità linguistiche, culturali, sociali e sanitarie.

Contatto: Enza Aquilino (daniela.aquilino@libero.it)

La Formazione in Medicina delle Migrazioni: un'esperienza didattica innovativa presso il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale a Firenze, Regione Toscana (P)

CICOGNANI A.* , FABIANI TROPEANO F.** , FRANCIANI C.^ , MEREU A.** , SCARSELLI F.°

* Corso Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Marche; ** Corso Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Toscana; ^ Corso Medicina Generale, Regione Toscana; ° Migration Studies - Università degli Studi di Genova

Obiettivi

Obiettivo dello studio è indagare i bisogni formativi dei medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (MG), nell'ambito della Medicina delle Migrazioni. Analizzare le difficoltà che nascono dal rapporto tra il medico e il paziente migrante e le modalità di approccio a tali problematiche, a partire dalla loro propria esperienza. Individuare, inoltre, possibili spunti di riflessione sui quali poter impostare un modulo di insegnamento, rivolto ai medici in formazione, all'interno del loro Piano di Studi.

Metodi

È stata scelta una metodologia qualitativa, utilizzando come strumento il focus group, tecnica di valutazione molto utile nello studio della realtà sociale. Sono stati effettuati tre focus group con il coinvolgimento di 27 medici in formazione, in tre diverse regioni italiane. Ogni focus group è stato condotto da un moderatore, il cui compito è stato quello di stimolare la discussione sulle tematiche della Medicina delle Migrazioni e il confronto all'interno del gruppo, utilizzando una traccia preventivamente costruita, articolata in quattro punti principali (rapporto medico-paziente migrante, i bisogni di salute del paziente migrante, conoscenza della normativa vigente e da ultimo la tematica della formazione). A partire dai dati emersi è stato sviluppato il programma di un modulo formativo sulla tematica della Medicina delle Migrazioni, rivolto ai medici in formazione per la MG.

Risultati

Lo studio ha sottolineato una forte carenza all'interno della formazione medica per quanto riguarda l'insegnamento delle tematiche della Medicina delle Migrazione, sia durante il percorso universitario che post-laurea. I medici intervistati inoltre sono in possesso di informazioni, sia cliniche che extra-cliniche, che risultano spesso inesatte e parziali, derivate da un sapere sociale più che da una formazione specifica.

Conclusioni

Quanto emerso suggerisce la necessità di intervenire su queste tematiche, spesso sottovalutate nella formazione medica, al fine di fornire gli strumenti teorici e pratici per la gestione del paziente migrante. Un primo risultato è stato l'inserimento di un modulo formativo sulla tematica della Medicina delle Migrazioni, all'interno del Piano di Studi del Corso di Formazione in MG, nella sede di Firenze. Scopo principale della formazione è inquadrare la medicina delle migrazioni in una prospettiva di Salute Globale, intesa come approccio integrato allo stato di salute, fondamentale non solo nei confronti del paziente migrante, ma più in generale, nei confronti di ogni paziente, in particolare di quelli più fragili. Salute Globale intesa come approccio che mira a dare pieno significato e attuazione a una visione di salute come stato di benessere bio-psico-sociale e come diritto umano fondamentale.

Contatto: Alice Cicognani (alicecicognani@libero.it)

Casa Stenone: un'esperienza assistenziale Ospedale/domicilio per le persone non iscritte al SSN o sfd nel territorio della ASL 10 Firenze (P)

SANVITO L., CAPIZZI M., DELLI PAOLI L., MAGURSI T., BUSSOTTI A., MEREU A., SEVERI I.
Caritas Diocesana di Firenze, Azienda Ospedaliera Careggi

Obiettivi

Nel Settembre 2011 è stata aperta dalla Caritas Diocesana di Firenze una Casa Famiglia di 12 posti, grazie al finanziamento della Regione Toscana/Società della Salute e ASL 10 di Firenze, per accogliere le persone che, in dimissione dagli Ospedali fiorentini e dall'Azienda Ospedaliera Careggi necessitano, dopo la fase acuta, di continuare le cure.

Metodi

Costituito gruppo di lavoro integrato (1 Medico Ospedaliero ASL 10 Firenze, Responsabile delle "Dimissioni Complesse" AOU Careggi, 2 Ass. Sociali e 1 Fisioterapista della ASL, 1 Rappresentante del Comune di Firenze, 1 Rappresentante Direzione Caritas, la Responsabile di Casa Stenone).

Risultati

Garantire continuità assistenziale con attenzione all'aspetto Clinico/Riabilitativo; individuare percorsi di cura socio sanitari per prevenire ricoveri impropri affrontando anche problematiche sociali; diminuire costi per ricoveri impropri; organizzare percorsi concordati col paziente di rientro in patria attivando e sostenendo risorse in loco e accompagnamento al fine vita; informare la persona su percorsi di adeguamento documenti-conoscenza dei propri diritti-attivazione risorse familiari-sociali e di volontariato necessari al percorso di cura; percorsi personalizzati; implementare percorsi da proporre a referenti istituzionali; attivare e rafforzare rete formale ed informale per la diminuzione dei costi ospedalieri.

Conclusioni

Il coinvolgimento del territorio (Distretto Sanitario, Misericordia, Farmacia, Coop e Volontariato) e del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Toscana (specializzandi in Medicina Generale) apre nuovi scenari per una medicina di prossimità, che partendo dal diritto alla Cura, interroga il Servizio Sanitario e Sociale pubblico.

Contatto: Maria Luisa Sanvito (sanvito@caritasfirenze.it)

Colour-Care: un'App per supportare la comunicazione medico-paziente straniero (P)

BUONOMO V.

Medico di Medicina Generale

Obiettivi

La nostra attuale società è indubbiamente complessa e sempre più multietnica. D'altra parte, il medico spesso non ha gli strumenti comunicativi per riuscire a entrare in contatto con i pazienti di nazionalità diversa dalla propria. Si è ipotizzato di ovviare a questa difficoltà creando un'applicazione per smartphone e tablet, chiamata Colour-Care, che potesse essere uno strumento utile per migliorare la comunicazione tra il medico e il paziente straniero. Colour-Care si propone come strumento di supporto per condizioni di particolare carenza di altri mezzi comunicativi, come può accadere nei turni di continuità assistenziale, nei Pronto Soccorso, negli studi medici di villaggi turistici, nei Centri di Identificazione ed Espulsione e in tutte quelle situazioni in cui la necessità di curare si scontra con la difficoltà di comunicare.

Metodi

Il progetto di Colour-Care prevede la realizzazione di un'applicazione sviluppata su una serie di immagini corporee collegate a patologie divise per apparati e parti del corpo. Una volta avviata, mostrerà dei modelli corporei umani maschili e femminili. Mostrandola al paziente, egli potrà toccare la parte del corpo interessata dal disturbo. Si apriranno quindi delle icone con dei simboli rappresentanti dei sintomi (es. fiamma = dolore urente). La scelta dei simboli sarà guidata dal criterio analogico, capace di evocare una relazione tra un oggetto concreto e un'immagine mentale. Potrà essere associato un traduttore multilingue.

Risultati

La possibilità di utilizzare l'App per un primo approccio con il paziente straniero permetterà verosimilmente di migliorare la comunicazione e diminuire le possibilità di fraintendimento derivanti dalla differenza di lingua e cultura, aumentando l'appropriatezza degli interventi sanitari e riducendo i costi di gestione. Si potrà realizzare un database per raccogliere le patologie di cui sono più spesso affetti i pazienti utile per studi epidemiologici e di settore.

Conclusioni

Questa applicazione potrebbe essere un'ipotesi di risposta alla crescente domanda di integrazione e interazione tra differenti culture e potrebbe essere utile per un migliore e più proficuo utilizzo delle risorse sanitarie. Si creerà una comunicazione diretta tra i medici curanti e i pazienti, anche se di diversa nazionalità. L'utilizzo di una piattaforma per smartphone e tablet, accessibile da qualunque dispositivo, IOS o Android, permetterà un agevole ed immediato accesso all'applicazione.

Contatto: Valentina Buonuomo (valentina.buonuomo@gmail.com)

Frammenti di salute nell'incrocio tra domande e offerte di cura per i vulnerabili nella grande città (P)

RAVAZZINI M., JACCHETTI G.

Fondazione Casa della Carità

Obiettivi

Nell'analisi dell'incrocio tra domanda e offerta di cura per i vulnerabili della grande città, si intende raccogliere la visuale del paziente nel suo percorso alla cura, per sottolinearne i nodi e darne voce, in un'ottica di capacitazione e responsabilizzazione del paziente stesso.

Metodi

Metodo misto quanti - qualitativo, con somministrazione di questionario e colloquio in profondità attraverso la thick description di C.Geertz, approfondita dall'osservazione partecipata interagita, tecnica di studio elaborato nell'ambito dell'antropologia medica. Punto di osservazione è l'ambulatorio medico di Fondazione Casa della Carità, e lo scambio narrativo è successivo, in un ambiente della Casa indicato dal paziente. Il periodo di studio è stato di 8 settimane, primavera 2013.

Risultati

I pazienti inclusi nello studio sono stati 105: 66 uomini (63%) e 39 donne (37%), tutti adulti. Tre di questi hanno rifiutato l'intervista, e le narrative raccolte sono state 57. Gli stranieri rappresentavano il 92%, 60 uomini e 38 donne. Il 24% degli stranieri erano in Italia da un periodo inferiore a 3 anni, ma il 31% da più di 10 anni. Interessante il dato di conoscenza, capacità e comportamento all'interno del SSN: per il MMG e il PS: 22% non comprendeva la domanda, il 64% conosceva correttamente il diritto rispetto al MMG, il 66% rispetto al PS. Rispetto all'ultimo accesso presso un servizio medico, il 65% è stato aiutato da qualcuno, e di queste 50 persone il 28% lo ha ricevuto da figure educative, il 22% da amici. Nel raccogliere il dato qualitativo, sono emerse tre indicazioni: comportamento lineare/ non lineare, connettendo dati di conoscenza, posizione anagrafica e reale comportamento attuato, elementi di dipendenza/ accudimento esasperato, e atteggiamenti di strumentalità. L'approfondimento sulla dimensione di cura, infine, ha evidenziato: quantitativamente: 67% disease, 17% Illness e 16% sickness, contestualizzate qualitativamente nelle rispettive arene familiare, professionale e popolare. La visuale del paziente ha espresso: la volontà di vivere il rapporto di cura in un'ottica di ascolto reciproco (37%), il diritto ad aspirare ad una vita migliore, diventando attori del cambiamento (30%) e una logica dei bisogni che pone la salute in coda agli altri (25%) e la consapevolezza di sentire la malattia in una dimensione personale, spesso distante dall'apparato medico (24%).

Conclusioni

Nell'interazione tra le tre dimensioni, paziente, organizzazione sanitaria e politiche socio-sanitarie in atto si conclude: rispetto alle traiettorie e all'uso dei servizi di cura del SSN disponibili sul territorio, esistono comportamenti ambivalenti, che oscillano da una fatica iniziale ma spesso tanto costante da diventare difficoltà di fondo a muoversi in autonomia nel sistema, fino ad una lettura del percorso "passiva", non sentita né esperita, con capacità appresa e non elaborata. Emerge quindi la difficoltà a convertire i mezzi disponibili in capacità (più della metà ha dichiarato di essere in grado da sola di accedere ai servizi, ma quasi la stessa % ha chiesto aiuto nell'ultima volta); per il sistema organizzativo emerge una forte frammentazione sanitaria e socio-sanitaria, accentuata dal gradiente socioeconomico nei casi di comorbidità fisica e mentale dei vulnerabili; nel processo di cura si perde la visione unitaria del problema di salute, spesso traducendosi in un aggravio burocratico e nella frequente ripetizione di tratti del percorso stesso. La vulnerabilità influisce sull'essere paziente e sulla capacità di andare verso i servizi, nel legame imprescindibile tra le tre dimensioni presenti.

Contatto: Marzia Ravazzini (marzia.ravazzini@casadellacarita.org)

Accesso alle cure psicologiche. Analisi dei dati del Servizio di Psicologia del Policlinico di Palermo (P)

MONTI M.C., PACERA C.

Azienda universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Obiettivi

Il servizio di Psicologia per stranieri migranti si consolida all'interno dell'UOS di Medicina del Turismo, dei Viaggi e delle Migrazioni dell'Azienda universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo, a partire dal 2008, con l'obiettivo di rispondere alla sofferenza psichica attraverso un approccio multidisciplinare e transculturale. Il Servizio, inoltre, fa da snodo fra diverse organizzazioni e istituzioni del territorio (comunità di accoglienza, ambulatori dedicati, legali, privato sociale, enti religiosi, associazioni di stranieri...) che si occupano di migranti attraverso un lavoro di rete, con l'obiettivo di migliorare l'accesso degli stranieri alle cure psicologiche.

Metodi

La metodologia clinica utilizzata nella presa in carico dei pazienti è quella multidisciplinare; in particolare il livello psicologico e quello antropologico si interconnettono nella lettura dei fenomeni; inoltre, la metodologia si avvale dell'utilizzo delle lingue originali dei pazienti, veicolate dal mediatore linguistico-culturale, che assume un ruolo centrale nel dispositivo: nello specifico accade che la psicologa e il mediatore presenziano alla scena terapeutica dialogando con il paziente, e l'antropologo, come supervisore, interviene in un momento diverso dalla seduta, a sgranare e a dispiegare i dati culturali donandoli di senso e restituendoli all'equipe. I pazienti accedono al Servizio due volte a settimana per invio dall'ambulatorio, dai legali e dal territorio.

Risultati

Tra la fine del 2008 e gli inizi del 2014 sono transitati dal Servizio di Psicologia per stranieri 107 pazienti, di seguito classificati per: area geografica di provenienza, genere, minore età (suddivisi in MNA- Minori non accompagnati - e minori di seconda generazione -2G), migranti forzati, invio. Sulla base dell'origine dei pazienti, sono state individuate sette aree geografiche: la maggioranza dei pazienti inviati al Servizio proviene dall'area sub-sahariana del continente africano (50,47%), seguita dall'area del subcontinente indiano (18,69%) e dall'area mauriziana (9,34%); seguono l'area dell'Est Europa (7,48%), quella del Maghreb (5,60%), quella del Corno d'Africa (3,74%) e, infine, quella cinese (0,93%). All'interno di questa eterogenea classificazione geografica i dati rivelano una certa differenza anche tra il numero degli uomini, che conta 78 pazienti (72,90%), e quello delle donne, che ne conta invece 23 (21,49%). Gli uomini provengono per lo più dall'Africa sub-sahariana, dall'area del subcontinente indiano e dal Nord Africa; mentre la donne provengono dall'Est Europa, Mauritius e Corno d'Africa (Etiopia e Somalia). La presenza dei minori all'interno del Servizio (22,42%) si caratterizza anch'essa per una certa differenza tra il numero di MNA (15,89%) e quello dei minori 2G (6,54%). I migranti forzati interessano più del 40% dei pazienti del Servizio: 48 sono, infatti, i casi di migrazione forzata transitati dal Servizio. Per quanto riguarda il criterio classificatorio dell'invio, sono stati individuati tre canali: l'invio da parte dell'UOS di Medicina delle Migrazioni in cui è inserito il Servizio, che riguarda il 41,12% dei pazienti; quello di avvocati e giuristi, che interessa il 37,38% dei pazienti; e l'invio da parte del territorio (ambulatori dedicati, il privato sociale, le associazioni, le comunità di accoglienza...) che interessa il 19,6% dei pazienti.

Conclusioni

Analizzando i dati si può osservare il buon livello di accesso annuo al Servizio se si pensa all'innovatività della metodologia di presa in carico (il dispositivo gruppale a mediazione) e si valutano i primi due anni di avvio dell'attività quale periodo durante il quale il lavoro si è concentrato più sul-

l'analisi istituzionale che sulla clinica. Infatti, la clinica vera e propria inizia all'incirca nel 2010, quando aumenta l'accesso dei pazienti al Servizio in modo esponenziale. Inoltre, i dati dimostrano che il target è piuttosto eterogeneo per provenienza, anche se la più alta percentuale si riscontra nell'area dell'Africa sub-sahariana e che accedono maggiormente gli uomini; riguardo ai minori, transitano di più i MNA che le 2G. In ultima analisi si deduce che il Servizio accoglie primariamente le situazioni a maggiore vulnerabilità: migranti forzati uomini e MNA. Il basso livello di accesso delle donne, però, rimane una criticità.

Contatto: Maria Chiara Monti (mkmonti@hotmail.com)

Il Care-Giving a Lampedusa e nel Centro di accoglienza (P)

CALLARI A.M., LATTUCA G., VALASTRO R.
Associazione A.T.O.S

Obiettivi

Alla luce delle personali esperienze all'interno del Centro di Accoglienza di Lampedusa e delle affermazioni di C. Makaremi sulla "messa in sicurezza" e sulle differenze motivazionali e strutturali che essa comporta, abbiamo voluto riflettere e interpretare quello che succede a Lampedusa e il senso che questi eventi hanno assunto negli anni.

Metodi

La catastrofizzazione è un bias cognitivo in cui alcuni eventi, in realtà meri inconvenienti o eventi spiacevoli e scomodi, vengono magnificati in terribili, angosianti e inimmaginabili. È ovvio e chiaro quando e da quanto tempo la politica oggi intervenga nei processi di produzione, distribuzione e mitigazione dei processi catastrofici, giocando con le nostre percezioni che non possono essere suffragate dalla nostra personale esperienza. Ma negli ultimi 20 anni, una cornice normativa è emersa che determina l'approccio a situazioni di fallimento o difficoltà statali e che dà nuove priorità all'intervento: una nuova visione non militare di sicurezza che "piazza" i processi di "sicurizzazione", nell'ambito economico sociale e fisico, in pattern della vita quotidiana. Nell'arco degli anni, nel centro di accoglienza, noi medici abbiamo osservato, partecipando, a ciò che si svolgeva all'interno: il medico ha un ruolo primario, e instaura relazioni attraverso l'ascolto dell'altro incarnato non solo nel migrante, ma anche negli operatori del centro e nella popolazione Lampedusana. Si riesce così a conoscere l'altro e a raggiungere una "consapevolezza di sintesi" vissuta assieme, "incarnata", e nei fatti condivisa, di far parte di un meccanismo che ha alla base la necessità di praticare un sistema di messa in sicurezza. Esso pur rispecchiando leggi italiane ed europee si scontra culturalmente con le priorità esistenziali, ma trova nella transculturalità la metodologia più idonea ad una vera accoglienza e nella condivisione il suo Senso più alto.

Risultati

La cura dei corpi e le problematiche politico amministrative come l'identificazione e la destinazione sono gli obiettivi: tutto avviene contestualmente, in quanto la sicurezza dell'ospitante italiano, è prioritariamente di ordine sanitario ma diversamente intesa e vissuta dai migranti. Va da sé che tutto il nostro mondo, legato alla sicurezza per esempio della gravidanza, dell'infanzia, del malato cronico diventano motivi di esclusione (discriminazione) e di differente trattamento. Nell'affrontare tali problematiche si è osservato come gli operatori non si limitano al loro ruolo contrattuale: sono dei veri e propri care-givers, cioè una felice sintesi dei nostri bisogni in confronto ai bisogni dell'altro che non è altro da noi. In condizioni di emergenza continua si accede al proprio patrimonio culturale, della sofferenza personale e di popolo, prima che al proprio interesse personale e di sicurezza civica.

Conclusioni

Lo stato di emergenza è uno stato "desiderabile" del potere, evenienza in cui la vita politica è sospesa. È la maniera più alta per evitare l'opposizione e trovare spazi di immagine. Notiziare che a Lampedusa è successo una tragedia, obbedisce ai concetti sottesi a quegli eventi "imminenti" ma non ancora avvenuti che alludono e non escludono il concetto più popolare di "invasione territoriale". Sospendere il momento della catastrofe inviando gli aiuti "umanitari" è l'intervallo che rende possibili e praticabili le urgenze "moralì" e le manipolazioni politiche dei signficati.

Contatto: Angela Maria Callari (amcallari@tin.it)

Organizzazione e gestione di un punto di assistenza sanitaria: il CARA di Mineo (P)

DIODATI A., FABIANO A., GRASSO S.
Croce Rossa Italiana

Obiettivi

Il Centro Accoglienza Richiedenti Asilo di Mineo (CT), posto in un territorio di circa 5.000 residenti, ha accolto nel 2013 più di 3.000 persone al giorno di media. L'obiettivo della Croce Rossa Italiana, è stato assicurare l'assistenza sanitaria e la gestione delle urgenze in stretta integrazione con la ASP, senza sovraccaricare i servizi sanitari del territorio, assicurando la sorveglianza sanitaria con l'effettuazione delle visite mediche all'ingresso al Centro con valutazione dello stato di salute.

Metodi

Nel CARA operano un ambulatorio adulti e un servizio pediatrico; per gli adulti sono presenti due medici 8-20 e un medico durante la notte, l'ambulatorio assicura le urgenze h 24, le visite 9-13 e 14.30-19; il pediatra assicura 6 ore al giorno per sei giorni; nel Presidio operano 5 unità infermieristiche, un mediatore culturale; 2 equipaggi di ambulanza nelle ore diurne e 1 equipaggio durante la notte per le urgenze; un'auto e un pulmino con autista sono disponibili per il trasporto per le visite fuori dal Centro. Settimanalmente sono presenti per le visite nel Centro un ginecologo e uno psichiatra; le terapie sono somministrate presso l'ambulatorio o a domicilio se necessario. Vengono effettuati nel CARA i prelievi ematici e le vaccinazioni. Il presidio assicura la prima visita all'ingresso nel CARA con la valutazione dello stato di salute; i dati sono registrati su supporto informatico; la scheda è consegnata in cartaceo all'ospite all'uscita dal Centro. L'ambulatorio pediatrico, in collaborazione con il servizio sociale, cura la preparazione al parto, allattamento, lo svezzamento, l'alimentazione dei bambini. Sono attivi programmi di gestione diagnostica e terapeutica per la TBC in collaborazione con l'Osp. di Caltagirone e per l'assistenza ostetrica ginecologica con l'Università di Catania.

Risultati

Nel 2013 sono state registrate 1.171.392 giornate di presenza con una media di 3.205 persone/giorno. Sono state accolte 30 etnie diverse con età media di 24,29 anni e sono nati 59 bambini. Le prestazioni (viste mediche, terapie, ricoveri, visite ingresso, visite specialistiche, invii in pronto soccorso) assicurate o gestite mensilmente dal presidio medico sono state 12.216 (media). Sono stati diagnosticati e posti in trattamento 8 casi di TBC attiva e controllati i loro contatti.

Conclusioni

L'individuazione nel 2011 del Residence degli aranci come Centro di Accoglienza Migranti ha determinato un forte stress nel territorio, che ha visto quasi raddoppiare la popolazione con importanti ricadute sui servizi di emergenza, i consultori e i servizi dedicati ai migranti, previsti per un numero molto inferiore di utenti. In stretta collaborazione con la ASP del territorio, si è deciso quindi per una integrazione tra i servizi offerti all'interno del Centro e la realtà territoriale assicurando all'interno del CARA le prestazioni che avrebbero impattato maggiormente sui servizi e più richieste dai migranti, creato un filtro per le urgenze e assicurando la sorveglianza sindromica. La ASP ha assicurato la presenza del pediatria di base e la disponibilità di un medico prescrittore. La concentrazione di un grande numero di migranti crea uno stress nelle strutture sanitarie; per garantire l'assistenza sanitaria è necessaria una stretta interazione tra la ASP e l'Ente Gestore.

Contatto: Antonella Fabiano (antonella.fabiano@cri.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Tra i fili dell'intercultura (P)

INFANTE A., ALCINI F.R., BATTAGLIA A., FERRARA C., LORIA M.R., RAPONE F.

Fondazione PTV - Policlinico Tor Vergata Roma

Obiettivi

Il progetto è il frutto di anni di esperienza nel campo della formazione e dell'educazione interculturale e si avvale di competenze e modalità sperimentali già percorse in altre occasioni. La peculiarità di questo laboratorio, denominato Laboratorio Artistico Esperienziale Riflessivo Tematico, è l'aver sostituito la componente teorica accademica con una componente teorica veicolata da strumenti comunicativi adottati "ad hoc", per raggiungere persone usualmente estranee al tema dell'Intercultura, superando così le barriere linguistiche e culturali che relegano spesso questo tema ad un ristretto circolo di addetti ai lavori. È importante sottolineare come gli argomenti trattati sono stati elaborati e personalizzati dalla coordinatrice, con un'attiva e preziosa collaborazione del gruppo di lavoro, con l'intento di facilitare il dialogo tra la ricchezza espressiva della nostra cultura e il nostro vivere quotidiano, oramai denso di una varietà di culture. L'obiettivo complessivo, auspicabile è promuovere una riflessione sul buon modo di comunicare usando la differenza come ricchezza, con l'ambizione di annullare le distanze culturali.

Metodi

Si è scelto di articolare il laboratorio in tre incontri. Nel primo incontro "Collage di fiabe attraverso il filo rosso dell'Intercultura" sono state lette fiabe provenienti da aree geografiche differenti e in lingue diverse, sottolineando il significato di "fiaba", cercando l'archetipo comune oltre "i mari e oltre i monti". I partecipanti hanno, quindi, composto con la tecnica del collage una storia personale, scegliendo tra svariate immagini appositamente selezionate per loro. Nel secondo incontro "Parole in chiaroscuro con il filo narrante dell'intercultura" sono stati letti a voce alta brani storici significativi, per condurre al concetto di stereotipo e brani dal contenuto di rilevante apertura per contrastarlo, sottolineando con parole chiare e parole scure "etnia e etnicità" "ghetto e ghettizzazione" intorno ai concetti di popolo, territorio, nazione. I partecipanti hanno, quindi, composto con la tecnica del collage una lettera personale, scegliendo tra molteplici frasi appositamente selezionate per loro. Nel terzo incontro "Ri-comincio da me con il filo armonico dell'intercultura" sono state "danzate" letture scelte che esprimono il dinamismo delle relazioni, proiettati ritratti fotografici, sottolineando la ricerca sia del comune intendere di Identità che di quello antropologico nei vari contesti. I partecipanti, in seguito, hanno composto, con la tecnica del fotocollage, utilizzando una propria fotografia e immagini di ambienti diversi, un collage che racconta un luogo nuovo dove poter vivere insieme.

Risultati

Il risultato più gratificante per il gruppo di lavoro è stato riscontrare di aver scosso la dimensione partecipativa, ottenendo un intenso coinvolgimento, come si evince dall'intervista finale somministrata a tutti i partecipanti. Questa ultima è ricca di "momenti di sintonia", aggettivi per descrivere la partecipazione, riflessioni e parole che accompagnano, inequivocabili indicatori di interesse e di "estraneità abbandonata". Un'altra riflessione è dovuta al forte segnale di bisogno inespresso di cultura, da noi formatori ed educatori, ahimè, non sempre colta e conseguente, invece, ora espressa richiesta di proseguire su questo cammino.

Conclusioni

Si sta valutando la possibilità di ripetere, in un prossimo futuro, questa esperienza con operatori di diverse aree. Inoltre è nostra intenzione condividere questo nostro cammino con altre realtà lavorative e aprire un confronto che ci permetta di arricchire e completare con nuovi spunti il Laboratorio Artistico Esperienziale Riflessivo Tematico, che per sua natura deve restare aperto dinamico ed innovativo. Infine ci auguriamo di trovare le risorse per poter comunicare in modo formale questo nostro lavoro, chissà una pubblicazione su carta e un inserimento online.

Contatto: Angela Infante (angela.infante@ptvonline.it)

TBC, trovare buone collaborazioni. Valutazione di risultato dello screening tubercolare e rete dei professionisti nel territorio di Reggio Emilia (P)

FORNACIARI R.^{*}, BONVICINI F.^{**}, CANALI L.[^], NASI E.I.^{^^}

* I.P. Cure primarie; ** Medico Salute Pubblica; ^ I.P. Salute pubblica; ^^ I.P. Salute infanzia

Obiettivi

Nel corso degli anni nella Provincia di Reggio Emilia sono state apportate modifiche organizzative ai percorsi dedicati alla tubercolosi, al fine di sviluppare una rete costante di collaborazioni tra professionisti sanitari, di aumentare l'accessibilità per gli utenti agli esami diagnostici, di monitorare attivamente l'adesione alla profilassi per l'infezione tubercolare. Il team provinciale per la gestione e il controllo della malattia tubercolare elabora periodicamente i dati sull'adesione ai percorsi a 12 mesi al fine di monitorare l'efficacia dell'organizzazione secondo il modello del Dispensario Funzionale.

Metodi

Dal 2008 il gruppo provinciale per la gestione e il controllo della malattia tubercolare, che include operatori ospedalieri e territoriali di vari Servizi ha iniziato a organizzare a livello locale il Dispensario Funzionale, come da indicazioni ministeriali contenute nel "Documento di linee-guida per il controllo della Malattia Tubercolare" del 17/12/1998. Il dispensario funzionale è luogo immaginario ma concreto, abitato virtualmente da operatori sanitari che lavorano tra loro in continua collaborazione, creando una rete di percorsi dedicati ai pazienti con tubercolosi, ai loro contatti (famiglia, collettività scolastiche e lavorative) e ai soggetti a rischio (immigrati, operatori sanitari, immunodepressi ecc.). Sulla base delle indicazioni ministeriali e della conferenza di consenso del 2008 "politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare", i Servizi territoriali sottopongono inoltre a screening con test Mantoux gli immigrati provenienti da paesi ad alta endemia. Gli utenti che risultano positivi per infezione tubercolare latente (mantoux, Rx e quantiferon) vengono sottoposti, su indicazione pneumologica, a profilassi con Isoniazide per almeno 6 mesi, con controlli della funzionalità epatica e visite mensili fino al termine del trattamento. Tutti gli esami prescritti sono esenti ticket per motivi di sanità pubblica. I farmaci sono gratuiti e vengono consegnati al momento della visita in ambulatori dedicati. Per considerare efficace il programma di sorveglianza e per mantenere il controllo dell'infezione tubercolare nella popolazione generale, è necessario che almeno il 75% dei soggetti con infezione tubercolare latente che iniziano la profilassi porti a termine correttamente il trattamento (indicatore di risultato fornito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità). Importante ricordare che il coinvolgimento e la centralità della persona in cura rimane l'asse portante del risultato positivo.

Risultati

Nella nostra provincia negli ultimi 3 anni sono stati sottoposti a profilassi 256 soggetti. Negli anni 2010-2011-2012 la percentuale di utenti che ha concluso la profilassi è stata rispettivamente del 90% 92% e 80%. L'obiettivo è sempre stato raggiunto; nella maggior parte dei casi la profilassi è stata interrotta su indicazione medica per effetti collaterali. Nello stesso periodo nei restanti servizi dell'Ausl sono stati sottoposti a screening 2.451 immigrati, con adesione ai percorsi, del 91%.

Conclusioni

Per ottenere un programma di sorveglianza dell'infezione tubercolare efficace sono raccomandabili le seguenti strategie: • Pianificazione delle modalità di follow-up del paziente attraverso l'integrazione tra tutte le figure e servizi interessati, ospedalieri e territoriali • Definizione delle azioni da intraprendere in caso di mancata adesione. • Offerta di una azione di counseling. • Promozione della gestione di un diario da parte del paziente. • Prescrizione in regime di gratuità degli accertamenti e dei farmaci. • Utilizzo di sistemi di monitoraggio dell'assunzione dei farmaci.

Contatto: Rossano Fornaciari (rossano.fornaciari@ausl.re.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Progetto Praesidium - Monitoraggio dei Centri per Migranti (P)

DIODATI A., FABIANO A., MOLESE A., TARAS M.

Croce Rossa Italiana

Obiettivi

La Croce Rossa Italiana, nell'ambito del progetto Praesidium, ha partecipato al monitoraggio congiunto con OIM, UNHCR e Save the Children, delle strutture governative di accoglienza ai migranti concordato con il Ministero dell'Interno. Ogni agenzia ha approfondito l'aspetto di competenza per una valutazione globale integrata della situazione. L'obiettivo era di valutare il rispetto di quanto previsto nel capitolato per la gestione dei centri approvato con DM 21 Novembre 2008, e specificatamente per gli aspetti sanitari, analisi delle procedure previste per l'assistenza sanitaria, l'organizzazione complessiva della stessa nel centro e nelle relazioni con il territorio, segnalazione di criticità e diffusione di buone prassi, con il riscontro di eventuali modifiche nella rilevazione tra il primo e il secondo monitoraggio

Metodi

Tutte le strutture governative sono state visitate da una commissione congiunta orientata all'ascolto e all'incontro con i migranti; inoltre la visita prevedeva un colloquio con il responsabile del centro, con il responsabile sanitario e il sopralluogo della struttura; la rilevazione è stata effettuata utilizzando una scheda predefinita, diversa per CIE e strutture di Accoglienza, per assicurare la riproducibilità della visita. I colloqui erano indirizzati alla valutazione di una serie di item individuati per valutare: capacità di interazione con il territorio, capacità di assistenza per fasce vulnerabili, capacità di gestione delle emergenze. Per ogni visita è stata redatta una relazione congiunta individuando criticità e buone prassi relativamente alla struttura, alle procedure e alla gestione; nelle visite successive sono stati verificati le modifiche/miglioramenti rispetto alle criticità riscontrate in precedenza.

Risultati

Nel corso del 2013 sono stati visitati due volte tutti i Centri Governativi (11 CARA/CPSA e 9 CIE). Per ogni CARA/CdA sono state registrate per l'aspetto relativo all'assistenza sanitaria: iscrizione al SSN/rilascio STP, possibilità di isolamento e breve osservazione, attrezzature per l'emergenza, l'esistenza di accordi con ASL e prestazioni sanitarie nel territorio, visite mediche all'ingresso e registrazione dei dati sanitari, assistenza pediatrica e vaccinale, esistenza e aderenza ai protocolli in caso di malattie infettive. Per i CIE: idoneità al trattenimento e motivi di non idoneità, rilascio STP, contatti con il Carcere e accordi con le ASL, accesso all'ambulatorio, attrezzature per l'emergenza, Esami/ routine all'ingresso. Queste visite non hanno avuto lo scopo di valutare qualitativamente l'assistenza prestata, ma di tracciare un quadro delle buone prassi e delle criticità propedeutico ad un intervento sul capitolato e alla stesura di linee guida e procedure condivise.

Conclusioni

Il monitoraggio ha avuto al centro il migrante e ha esaminato tutti gli aspetti dell'accoglienza per il loro miglioramento. Il rispetto del capitolato d'appalto è stato considerato lo standard minimo di riferimento ma si è rivelato insufficiente a definire o descrivere le modalità di assistenza specie quella sanitaria. Prima di individuare gli standard di valutazione qualitativa occorre rivedere il capitolato, assicurare un adeguamento strutturale e uniformità nei criteri di gestione. Nell'ambito sanitario occorre maggiore interazione e coinvolgimento delle ASP, la definizione di protocolli assistenziali e il mantenimento e la diffusione di buone prassi già individuate

Contatto: Alessandra Diodati (alessandra.diodati@cri.it)

Presa in carico del paziente straniero: determinanti e ruolo dell'operatore sanitario (P)

DI GIROLAMO C., CACCIATORE F., CIANNAMEO A., MARTA B.L., PARISOTTO M., STEFANINI A., TORTORETO B.
Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

Obiettivi

Il presente contributo, che si sviluppa all'interno di un progetto più ampio finalizzato a rilevare la presenza di infezioni neglette tra la popolazione straniera in 5 regioni italiane, riporta i principali risultati di un percorso volto a indagare, attraverso la prospettiva degli operatori, i determinanti che intervengono nell'accesso, presa in carico e relazione con il paziente straniero, e a innescare una riflessione sul possibile ruolo dei professionisti sanitari.

Metodi

In un approccio multidisciplinare di ricerca-azione, gli strumenti metodologici impiegati per ricostruire, attraverso la prospettiva degli operatori sia le principali barriere di accesso e di fruizione del servizio da parte dei pazienti sia quelle dimensioni strutturali e organizzative che nei servizi ostacolano un efficace percorso di cura, sono stati: l'osservazione etnografica all'interno di un reparto ospedaliero, la somministrazione di questionari semi-strutturati, l'organizzazione di gruppi di discussione e un momento seminariale in cui piccoli gruppi di professionisti sanitari hanno lavorato su un caso di studio paradigmatico.

Risultati

I diversi momenti di raccolta, elaborazione e problematizzazione delle esperienze hanno restituito un quadro complesso rispetto alla presa in carico e ai bisogni rilevati. La crisi economica, allargando la forbice tra i bisogni di salute dell'utenza e la possibilità di risposta del servizio, sembra spingere gli operatori ad operare delle costanti scelte di inclusione/esclusione generando spesso un senso di frustrazione, impotenza e intolleranza che si ripercuote sulla relazione con il paziente. Parallelamente, la difficile articolazione con i servizi territoriali istituzionali o del terzo settore, la concomitante burocrazia che regola tale connessione, il ruolo critico del medico di medicina generale e la complessità delle problematiche socio-sanitarie spesso riportate dai pazienti più vulnerabili, sembrano ostacolare la costruzione di itinerari efficaci. Allo stesso tempo, le difficoltà comunicative e linguistiche unitamente alle complessità di quelle interazioni in cui la cultura sembra giocare un ruolo fondamentale hanno fatto riflettere sulla capacità/necessità del servizio di saper leggere la molteplicità dei bisogni e accogliere le "differenze" al fine di costruire un'alleanza più forte con il paziente che sia funzionale ad una presa in carico efficace. Infine è emerso come l'ambiguità della normativa in materia di immigrazione si concretizzi spesso in una presa in carico spesso molto eterogenea e frammentata, generi confusione sulle possibili strategie di azione e sveli lacune nei percorsi formativi che spesso non includono tematiche tanto complesse quanto cruciali per la pratica quotidiana dell'operatore.

Conclusioni

Le riflessioni prodotte hanno portato a ripensare al ruolo e alle potenzialità del professionista sanitario come nodo di una rete, capacitato non tanto ad essere risolutivo nei confronti delle molteplici e complesse problematiche del paziente, quanto ad intercettarle, risolvere quelle di sua competenza e sapere reindirizzare le altre verso quei servizi che possono costituirsi come attori di un medesimo percorso terapeutico. Parallelamente, è emerso come sia fondamentale costruire la formazione degli operatori sulla base dei bisogni formativi rilevati che, nel caso presentato, si sono concentrati sulla necessità di migliorare le competenze rispetto alla legislazione e ai suoi risvolti applicativi.

Contatto: Chiara Di Girolamo (chiara.digirolamo@unibo.it)

Malaria da importazione negli immigrati "Visiting Friends and Relatives" (VFRs) di prima e seconda generazione nella provincia di Palermo: un iceberg emergente? (P)

IMMORDINO P., CASUCCIO A., DI CARLO P., CASUCCIO N., D'ANGELO C., VITALE F.

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro"

Obiettivi

Gli obiettivi dello studio erano quelli di valutare la prevalenza dei casi di malaria importata verificatisi negli ultimi 15 anni nel territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e di identificare, all'interno della popolazione, le categorie a maggiore rischio.

Metodi

Sono stati raccolti i dati riportati nei registri relativi alle notifiche dei casi di malaria riscontrati nella provincia di Palermo, durante il periodo 1998-2013, analizzando le schede di notifica di malattia infettiva di classe III. In particolare, sono stati raccolti dati relativi a: caratteristiche demografiche dei pazienti, motivo e durata del soggiorno nel paese endemico visitato, diagnosi parassitologica, trattamento ed eventuale chemioprolassi, evoluzione della malattia.

Risultati

Nei quindici anni presi in considerazione nello studio abbiamo riscontrato 67 casi di malaria. Per quanto riguarda i motivi del viaggio, il più numeroso gruppo di pazienti è stato quello degli immigrati che, una volta stabilitisi in Italia, decidono di tornare temporaneamente nei loro paesi d'origine per ritrovare i loro familiari e amici (VFRs)(77,6%). Il 16,4% viaggiava per lavoro, e un gruppo minore per turismo (6%). La chemioprolassi anti-malarica era virtualmente assente.

Conclusioni

Il nostro studio conferma i dati raccolti a livello internazionale, con la più alta percentuale a contrarre la malattia tra coloro che tornano periodicamente nei paesi dove vivono le famiglie d'origine. Una sfida per i servizi sanitari è dunque quella di assicurare un'omogeneità dell'offerta di prevenzione della malaria a gruppi che sono ad alto rischio ma che sono altresì difficilmente raggiungibili dai messaggi di promozione della salute rivolti alla popolazione generale.

Contatto: Palmira Immordino (palmira.immordino@gmail.com)

Per un approccio transculturale: l'esperienza del CSM Messina sud (P)

GULLOTTO M., CELI C., FIORENTINO R., NIOSI M., ORITI R.

Dipartimento Salute Mentale Messina Sud

Obiettivi

L'esperienza di cui riferiamo va compresa nel periodo di tempo tra gennaio 2002 e febbraio 2010, epoca in cui si è attivato un servizio di Psichiatria transculturale. Lo studio proposto parte da un'indagine svolta presso l'SPDC dell'Ospedale Piemonte e presso il C.S.M. Messina sud, dove si sono presi in rassegna rispettivamente i ricoveri e gli ingressi in ambulatorio di soggetti stranieri, con l'obiettivo di individuare strumenti per la valutazione delle diverse espressioni di sofferenza mentale e per la pianificazione e realizzazione di appropriati ed efficaci percorsi di cura.

Metodi

I parametri adottati sono stati: variabili socio demografiche (età, sesso, stato civile, livello di istruzione e di occupazione, area di provenienza) e variabili diagnostiche (il sistema diagnostico utilizzato è quello del ICD 10).

Risultati

Il numero complessivo dei ricoveri è stato di 89 di cui 41 volontari e 48 in regime di TSO, con una netta prevalenza del genere maschile. L'età è compresa tra 35 e 60 anni, la scolarità media è elevata, il livello occupazionale si presentava basso. Le prestazioni hanno avuto caratteri d'urgenza, e le diagnosi hanno segnalato il carattere di acuzie e spesso la gravità delle patologie. Le più frequenti sono state: stato confusionale, agitazione psicomotoria, etilismo acuto, scompenso psicotico. Il numero complessivo di accessi presso il C.S.M. è stato di 62 soggetti. Si è registrata la prevalenza del genere femminile. L'età media è intorno ai 38 anni. La scolarizzazione è elevata, così come il livello occupazionale. Le diagnosi più frequenti sono state: disturbo depressivo, disturbo ansioso con attacchi di panico; disturbo somatiforme, psicosi. La nazionalità, che vira dai paesi Europei a quelli Asiatici ed Africani è compatibile con i flussi migratori in Italia e conferma come la malattia mentale è presente in tutte le etnie, mentre è diverso e più aderente al modello culturale di provenienza. Nello studio, i dati rilevati dimostrano una elevata disomogeneità del gruppo dei migranti, a conferma che i fattori in gioco sono molteplici e che gli immigrati non possono essere considerati una variabile omogenea rispetto sia all'accesso che alla diagnosi e alle variabili socio demografiche. Si evidenzia che le modalità prevalenti del contatto con i servizi sono legate all'acuzie mentre i trattamenti territoriali tendono a concludersi in breve tempo. Inoltre spesso risultano basse la compliance, l'aderenza terapeutica e l'affidabilità al progetto di cura. Queste difficoltà sembrano derivare da articolate varianti. In particolare le difficoltà burocratiche, il differente codice linguistico e d'informazione sembrano disorientare e scoraggiare i cittadini stranieri che, in casi di gravità, usufruiscono dei sistemi di emergenza ma rimanendo ai margini degli appropriati percorsi di diagnosi, cura e terapia. La rappresentazione della malattia che è specifica di una data cultura, il significato latente dei sintomi, la reattività soggettiva ai farmaci, la diversa esperienza del tempo, la situazione psicosociale sottesa all'espressione sintomatologica, rendono ulteriormente problematico l'approccio diagnostico ed il processo di cura.

Conclusioni

Le problematiche da noi affrontate nell'esperienza clinica ci hanno portato a considerare costituitiva nel progetto di cura "la dimensione antropologica" ovvero la necessità di sviluppare e predisporre strumenti capaci di cogliere e valutare le diverse espressioni di sofferenza mentale con le loro peculiarità socio-culturale e di costruire un "luogo comune" che metta in gioco la negoziazione del proprio ruolo e competenza professionale.

Contatto: Maria Gullotto (orazio62005@libero.it)

Un'esperienza di assistenza transculturale in Sierra Leone (P)

ABATE G., CHIESI I., MECUGNI D., GRADELLINI C.

Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Obiettivi

Analisi dei concetti di salute, morte, malattia e assistenza infermieristica nella cultura sierraleonese.

Metodi

La metodologia utilizzata è la ricerca etnografica, con una prima fase di analisi del contesto e la successiva ricerca sul campo con interviste semi-strutturate che fanno riferimento al Modello del Sole Nascente di Madeleine Leininger. Il campione di riferimento (ottantanove persone) è composto da pazienti in accesso a una clinica, studenti di infermieristica, infermiere, un medico, quattro laureati in discipline legate alla salute.

Risultati

La Sierra Leone ha indicatori di salute tra i più bassi del mondo, con aspettativa di vita media di quarantotto anni. Le cause prevalenti di malattia sono le carenze nutrizionali, insieme a polmonite, anemia, TBC e HIV/AIDS. La malaria è la principale causa di malattia (40%) e morte. Diarrea e infezioni respiratorie risultano prima causa di accesso ai servizi (la metà della popolazione non ha accesso all'acqua potabile). La maggior parte degli intervistati riferisce salute e morte come volontà divina. Malattia e morte sono prevalentemente associata a maledizione, con riferimenti a punizione divina e, in minor numero, a malnutrizione e scarse condizioni igieniche. La salute è sempre associata al concetto di vita e considerata nel potersi muovere, respirare, fare figli. Analizzando l'assistenza, la medicina tradizionale emerge in modo preponderante: quasi la totalità degli intervistati riferisce di rivolgersi in prima istanza al guaritore. Ragione principale di questo è la difficoltà di accesso ai servizi convenzionali (fino a pochi anni fa rappresentava l'unica possibilità di cura e resta, tuttora, la più economica). Il sistema sanitario è a pagamento (0.5 accessi per persona/anno). Le distanze dalle strutture, la mancanza di mezzi di trasporto e il relativo costo complicano gli accessi. Oltre a ciò, la medicina tradizionale ottiene buoni risultati ed è considerata unica opzione possibile per alcune malattie. Emerge, inoltre, diffidenza negli operatori stranieri e nei farmaci convenzionali, poiché richiedono lunghi periodi di trattamento prima che diano beneficio. Valori aggiunti al guaritore sono il fatto che è un membro del villaggio e che si reca a casa della persona, con un approccio di cura che considera la dimensione spirituale.

Conclusioni

L'approccio transculturale, proposto da Madeleine Leininger, suggerisce tra gli elementi di accertamento: la visione del mondo, il contesto socioculturale e di vita/lavoro, la storia etnica, la religione, i valori, le credenze, i fattori economici e politici. La conoscenza degli elementi analizzati risulta determinante per la presa in carico della persona, poiché dà indicazioni essenziali sull'approccio assistenziale necessario, sia in termini di mantenimento e promozione della salute, sia in termini di promozione della compliance o accompagnamento alla morte. Allo stesso modo le azioni che Leininger considera di rimodellamento, ovvero la modifica del proprio stile di vita risultano profondamente legate al significato che la persona dà ai termini oggetto di ricerca. La competenza infermieristica transculturale implica, dunque richiede, la conoscenza culturale dell'altro e la consapevolezza che tale conoscenza modifica le proprie scelte assistenziali, per una presa in carico che considera le differenze.

Contatto: Cinzia Gradellini (cinzia.gradellini@unimore.it)

Trend temporale e diseguglianze nella prevalenza e incidenza della patologia cardiovascolare in una coorte di pazienti migranti in condizioni di fragilità sociale (P)

SILVESTRINI G.*°, SMERILLI P.***, MORUCCI L.*, GERACI S.°, FEDERICO B. ^, DI NICOLA A.^^°, BRUNO S.*, RICCIARDI W.*, EGIDI V.***, DAMIANI G.*

* UCSC Istituto di sanità pubblica, sezione igiene; ** Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Scienze Statistiche; ° Caritas di Roma, Area sanitaria; ^ Università degli Studi di Cassino e Lazio Meridionale, Dipartimento di scienze motorie e della salute; ^^ Sapienza Università di Roma, Dipartimento di sanità pubblica e malattie infettive

Obiettivi

Le malattie cardiovascolari (MCV) costituiscono la prima causa di morte a livello globale. Negli ultimi anni si è registrato un incremento della patologia nei soggetti più svantaggiati e che maggiormente risentono dell'esposizione ai determinanti che le provocano. La migrazione, intesa come esposizione complessiva a fattori di rischio ambientali, sociali, e in parte genetici, potrebbe favorire l'insorgenza della patologia. L'obiettivo dello studio è stato studiare l'andamento temporale di prevalenza e incidenza delle MCV e i predittori, nella popolazione di pazienti migranti in condizioni di disagio socio-economico afferente al Poliambulatorio Caritas di Roma.

Metodi

Sono stati utilizzati i dati relativi ai pazienti, entrati in Italia con un'età maggiore di sei anni a partire dal 1997, che hanno effettuato la prima visita dal 1 gennaio 1997 al 31 dicembre 2012 presso il Poliambulatorio. Sono stati considerati affetti da MCV i pazienti con almeno una diagnosi di tali patologie (codici ICD-9-CM da 390 a 439). È stata condotta una analisi descrittiva della popolazione ed è stata calcolata la prevalenza per anno di MCV nel campione in esame. Date le caratteristiche della popolazione, sono state calcolate due misure di prevalenza: prevalenza effettiva che considera i pazienti assistiti in un determinato anno e prevalenza potenziale, considera anche i pazienti assistiti negli anni precedenti purché siano disponibili segnali della loro esistenza in vita (in particolare, siano tornati almeno una volta negli anni successivi). Considerando i pazienti diagnosticati successivamente alla prima visita, è stata calcolato il tasso di incidenza. Infine sono state condotte regressioni logistiche multivariate per individuare i principali predittori di prevalenza ed incidenza di MCV. I risultati sono presentati utilizzando l'Odds Ratio (OR) con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%).

Risultati

Su 30.275 pazienti inclusi nello studio, 1.568 (5.2%) sono risultati affetti da MCV, di cui il 40,6% cittadini EU. L'età media alla prima visita è risultata di 34,8 (SD 55,7) e 51,4 (SD 17,3), rispettivamente per la popolazione complessiva e per soggetti affetti da MCV. La prevalenza effettiva e potenziale hanno presentato entrambe un trend temporale in aumento. Il tasso di incidenza presenta andamento irregolare ma anch'esso in aumento. Predittori dell'incidenza di MCV sono l'età avanzata e l'essere sprovvisti di permesso di soggiorno (OR 1,58 IC95% 1,13-2,21). Per quanto riguarda la prevalenza, i predittori sono risultati sovrapponibili ad eccezione della non significatività dell'essere sprovvisti di permesso di soggiorno.

Conclusioni

Un ambulatorio a bassa soglia d'accesso può intercettare un bisogno di salute spesso nascosto per una popolazione fragile più esposta a fattori di rischio sociale. Data l'eterogeneità della popolazione, studiare la prevalenza ed individuarne i predittori può suggerire interventi macro (politiche di accoglienza ed inclusione) e micro (organizzazione sanitaria e formazione) dove il rischio appare più evidente. Lo studio individua maggiore vulnerabilità alla MCV per i pazienti più anziani, i quali sperimentano maggiore vulnerabilità qualora vivano in condizioni di particolare svantaggio e per gli uomini senza permesso di soggiorno, condizione in cui gli interventi possibili sono solo macro (ad esempio ingresso legale ed emersione dalla irregolarità).

Contatto: Silvestrini Giulia (silvestrinigiulia@gmail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Immigrati e Screening presso l'Istituto Villa Marelli, AO Niguarda Cà Granda, Milano (P)

CHIANURA L., VIGO B.P., ERRANTE I., PUOTI M.

SC Malattie Infettive, AO Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano

Obiettivi

Nell'intento di dare una risposta istituzionale sul tema "Immigrazione e salute" è stato avviato da febbraio 2013 presso l'Istituto Villa Marelli, sede del Centro di Riferimento Regionale per la Tuberculosis, un Ambulatorio per Migranti e Viaggiatori. I pazienti sono stati sottoposti, oltre alla visita medica, a: 1) screening dell'infezione tubercolare latente (LTB) 2) screening delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MTS); 3) ricerca di patologie d'importazione seguendo un "approccio geografico" (con particolare riferimento alla Schistosomiasi ed alla Malattia di Chagas); 4) esami ematochimici ritenuti utili per a) eventuale somministrazione della chemioterapia preventiva nei soggetti con LTB; b) ricerca di ipereosinofilia; c) screening di malattie sistemiche rilevanti (diabete, epatopatia, nefropatia, etc.)

Metodi

Per eseguire tutte le prestazioni ambulatoriali nella stessa giornata per la diagnosi di LTB è stato utilizzato il test Quantiferon (QFT) senza controllo mitogeno. Ai pazienti con QFT positivo è stato eseguito esame radiografico del torace per escludere una diagnosi di tubercolosi polmonare. Le visite mediche e gli esami ematochimici sono stati eseguiti per la quasi totalità utilizzando le condizioni di esenzioni della Regione Lombardia: (esenzioni per stato di gravidanza, MTS (B01), tutela della salute collettiva (P01), pratica vaccinale (P03) e prestazioni urgenti o essenziali ai cittadini extracomunitari irregolari (X01). La visita medica per i soggetti di lingua cinese è stata eseguita con la presenza costante del mediatore culturale.

Risultati

Nel corso del 2013 abbiamo esaminato 301 soggetti. Il riscontro di 19 casi con HBsAg, di 5 casi con HCV-Ab, di 96 casi con LTB, di 4 casi con sierologia positiva per lue e di 53 casi con schistosomiasi sottolineano l'utilità dell'iniziativa nel prendersi cura dei migranti. Inoltre lo screening eseguito ha consentito di poter indirizzare i pazienti ai Centri Vaccinali 1) per la vaccinazione contro l'epatite B (97 soggetti, di cui 10 in età di gravidanza e 32 minori non accompagnati); 2) per le vaccinazioni previste per i viaggiatori internazionali (17 contro l'epatite A) e 3) per l'accesso dei minori alle vaccinazioni obbligatorie dopo aver eseguito la misurazione dei titoli anticorpali.

Conclusioni

Problematiche aperte: 1) la presenza del mediatore culturale di lingua cinese durante la visita medica non dissolve la barriera linguistica-culturale di questa etnia; nell'accompagnare i pazienti con percorsi clinico-diagnostici particolari sarebbe necessaria la collaborazione attiva delle associazioni di volontariato presenti sul territorio; 2) occorrono convenzioni mirate con l'ASL in modo che la visita specialistica sia "aperta" alle esigenze dei migranti, in particolare per i soggetti con elevata barriera linguistica e culturale; 3) necessità di esenzione totale dal pagamento del ticket per i primi tre mesi dell'iscrizione al SSR (perlomeno) per i minori non accompagnati affidati al Comune, al fine di facilitare la piena tutela della salute del minore e della comunità di accoglienza.

Contatto: *Leonardo Gerolamo Chianura (leonardo.chianura@libero.it)*

Screening per diabete gestazionale nelle donne immigrate di prima generazione: studio di popolazione nella Regione Lombardia (P)

MOLINARI C.*, NICOTRA F.***, PINTO S.*, DOZIO N.*, CASTIGLIONI M.T.[^], ZAMBON A.***, CORRAO G.***, SCAVINI M.^{^^}
* Unità Operativa di Diabetologia ed Endocrinologia, Dipartimento di Medicina Interna, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; ** Dipartimento di statistica e metodi quantitativi, sezione di biostatistica, epidemiologia e salute pubblica, Università di Milano-Bicocca, Milano; [^] Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; ^{^^} Diabetes Research Institute, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

Obiettivi

Il diabete gestazionale (DG) definisce qualunque intolleranza al glucosio con insorgenza o primo riscontro durante la gravidanza. Il DG è associato a complicanze ostetriche e neonatali, ad un aumentato rischio di diabete mellito di tipo 2 (DMT2) nelle donne e di obesità e DMT2 nella prole. Il DG è generalmente asintomatico e quindi può solo essere diagnosticato mediante screening che, negli anni considerati da questo studio, consisteva in un challenge test con 50 grammi di glucosio orale da eseguire in pazienti a rischio medio o elevato per DG, seguito, se positivo, da un carico orale di glucosio con 100 grammi. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di stimare la percentuale di gravidanze sottoposte a screening per DG nelle donne residenti in Lombardia e nate in Italia o all'estero (i.e., immigrate di prima generazione).

Metodi

Utilizzando i database amministrativi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) della Lombardia (demografica, esenzioni, schede di dimissione ospedaliera, prestazioni di laboratorio, prescrizione di farmaci e certificati di assistenza al parto) abbiamo identificato tutte le donne residenti che hanno partorito negli anni 2007-2010. Dopo aver escluso le donne con una diagnosi di diabete precedente la gravidanza abbiamo stimato la proporzione di gravidanze sottoposte a screening per DG e la settimana gestazionale dello screening.

Risultati

Sono state analizzate 345.210 gravidanze, di cui il 26,5% in donne nate all'estero ($n = 91.425$). La percentuale di gravidanze sottoposte a screening per DG era maggiore nelle donne nate all'estero rispetto alle donne nate in Italia (31,6% vs 29,9%, $p < 0,0001$). Dal 2007 al 2010 la proporzione di gravidanza sottoposte a screening per DG è aumentata maggiormente nelle donne immigrate che nelle donne nate in Italia (rispettivamente +9% vs +3,8%, $p < 0,0001$ for trend). La proporzione di gravidanze sottoposte a screening per DG aumentava con l'età materna: nella fascia di età > 35 anni, la proporzione di gravidanze sottoposte a screening era maggiore nelle donne immigrate che nelle donne nate in Italia (rispettivamente 35,6% vs 30,8%, $p < 0,0001$ for trend). La proporzione delle gravidanze sottoposte a screening per DG era molto eterogenea nelle diverse province lombarde di residenza delle gestanti. Le donne immigrate erano sottoposte a screening per DG più tardi rispetto alle donne italiane (rispettivamente 25,4 vs 24,8 settimane di gestazione, $p < 0,0001$) con una maggiore percentuale di screening tardivo (> 32 settimana di gestazione) (6,7% vs 3,3% nelle donne nate in Italia, $p < 0,001$).

Conclusioni

Alle donne immigrate viene riconosciuto un aumentato rischio di DG, che si traduce in una maggiore proporzione di gravidanze sottoposte a screening. L'eterogeneità nella proporzione di gravidanze sottoposte a screening per DG nelle diverse province della Lombardia, la bassa percentuale di gravidanze sottoposte a screening nelle donne di età ≥ 35 anni indipendentemente dal luogo di nascita e la maggiore proporzione di donne nate all'estero con screening tardivo supportano la necessità di programmi per la formazione degli operatori sanitari, per aumentare la consapevolezza dei rischi associati al DG e per eliminare le barriere per lo screening del DG.

Contatto: Molinari Chiara (molinari.chiara@hsr.it)

Immigrati non regolari e accesso alle cure: l'esperienza dell'Ambulatorio di Medicina per Migranti dell'Ospedale San Paolo di Milano (P)

PIRODDI S., COLOMBO L., POTENZA S., GALLUCCIO I., BATTEZZATI P.M.

Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo, Milano

Obiettivi

Presso l'Ospedale San Paolo di Milano è attivo, dal gennaio 2007, un Ambulatorio di Medicina di Base, con accesso gratuito, per migranti adulti non regolari. Gli operatori, su base volontaria, sono medici, specialisti, una sociologa ed una mediatrice culturale di lingua araba. Dall'anno accademico 2010-2011 è stato attivato un corso elettivo del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia denominato Formazione internistica in Ambulatorio clinico per migranti, che basa la sua proposta formativa sulle attività dell'Ambulatorio. Scopo del presente studio, oggetto di tesi universitaria, è quello di definire un quadro complessivo dell'attività svolta presso l'Ambulatorio.

Metodi

È stata messa a punto una scheda di rilevazione sistematica dei dati anagrafici, socio-demografici e clinici dei pazienti il cui impiego è stato esteso sperimentalmente all'Ambulatorio del Centre for Rural Health, attivo presso l'Ospedale San Paolo (Prof. C. Colosio). I dati sono stati raccolti su supporto cartaceo, riportati poi in un archivio informatico (Office 2010, Excel) appositamente creato. Per l'elaborazione statistica è stato utilizzato il programma STATA 11.0 (STATA Statistical Software, College Station: Texas, USA).

Risultati

Tra l'1 gennaio e il 31 dicembre 2012 sono state eseguite 1.239 visite, di cui 295 primi accessi (204 maschi, 91 femmine), oggetto della presente analisi. Si è evidenziata una maggior numerosità per le aree di Est Europa (n=81) e Nord Africa (n=83), in questo secondo caso con una significativa ($p<0.001$) differenza di genere a favore dei maschi. Complessivamente, l'età media (\pm DS) era inferiore nei maschi rispetto alle femmine (39 ± 14 vs. 42 ± 17 anni; $p=0.047$). Riguardo al motivo di accesso si è osservata un'elevata prevalenza di patologie nefro-cardiovascolari, endocrino-metaboliche e infettive. Considerando infine il numero di visite successive alla prima effettuate nel 2012, la maggior parte dei pazienti (n=134) ha effettuato una sola visita, ma era presente una notevole eterogeneità nel numero di visite successive che variavano da 2 (n=52) o 3 (n=21) fino a 4-15 visite (n=18 pazienti).

Conclusioni

La collocazione di un servizio Ambulatoriale di questo tipo all'interno di un Ospedale Universitario garantisce indubbi vantaggi al paziente (erogazione di un codice STP - Straniero Temporaneamente Presente, agilità nell'invio alle strutture specialistiche, riduzione degli accessi inappropriati alle strutture di Emergenza-Urgenza). Inoltre, come segnalato dalla letteratura medica più qualificata, l'arricchimento dell'offerta formativa garantito agli studenti dalla frequenza a questo tipo di Ambulatori rappresenta una risorsa preziosa per la completezza delle competenze professionali che un Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia si prefigge. Considerata la numerosità della popolazione straniera non regolare e il suo carico di malattia, le strutture esistenti per l'accesso alle cure sono largamente insufficienti. I risultati della presente ricerca rappresentano una chiara evidenza a favore dell'attivazione di servizi simili al nostro sul territorio lombardo.

Contatto: Livio Colombo (livio.colombo@ao-sanpaolo.it)

L'attività sanitaria della Camminare Insieme Onlus di Torino (P)

FOSSARELLO L., SACCHI L., BRUNELLI L., QUAGLIA G., FERRO F.
Camminare Insieme ONLUS, Torino

Obiettivi

L'associazione Camminare Insieme Onlus di Torino è stata fondata nel 1994, fornisce servizi socio sanitari a persone che hanno difficoltà ad accedere alle cure, prevalentemente immigrati, ma non solo. Le attività svolte sono sia di natura sanitaria che di natura integrata socio sanitaria. Le prestazioni sanitarie fornite sono di natura prettamente ambulatoriale, di medicina di base e medicina specialistica, principalmente odontoiatria, dermatologia, ginecologia, cardiologia, oculistica e chirurgia ambulatoriale. Quando necessario, vengono anche forniti i farmaci. Il servizio sanitario viene svolto da medici e infermieri volontari, con la collaborazione di alcuni dipendenti, impiegati essenzialmente nella mediazione linguistico culturale.

Metodi

Dal 1994 vengono registrati i dati dei pazienti che accedono ai servizi sanitari; la natura dei dati è sia socio demografica, che nosologica. Dal 1998 i registri sono informatizzati, e si è provveduto a inserire i dati degli anni precedenti.

Risultati

I pazienti che sono stati accolti dal 1994 al dicembre 2013 risultano essere circa 39.000, prevalentemente donne (54% vs 46% uomini); i cinque Paesi più rappresentati sono Romania (40%), Marocco (35%), Perù (7%), Albania e Nigeria (5%). I minori rappresentano complessivamente il 9% dei pazienti totali. Le prestazioni erogate sono state in tutto 152.000 circa. Nel 2013 sono state erogate complessivamente oltre 9.800 prestazioni, per lo più riguardanti medicina generale (57,8%), odontoiatria (15,3%) e ginecologia (5,3%).

Conclusioni

Nonostante la legge garantisca l'assistenza sanitaria attraverso la capillare rete di strutture del Servizio Sanitario Nazionale (Centri ISI, Consultori Pubblici, ospedali) e nonostante la presenza di altri ambulatori del Terzo Settore (Sermig, Croce rossa) presenti a Torino, il numero delle persone che vengono visitate a Camminare Insieme continua a rimanere rilevante (1.692 solo nel 2013), a testimonianza delle difficoltà di accesso degli immigrati ai servizi sanitari (barriere burocratiche, linguistiche, culturali, economiche). Nell'ultimo anno sono state attivate, o sono in via di attivazione, diverse collaborazioni con Enti Pubblici e del Terzo Settore per diminuire la distanza tra le fasce di popolazione fragile e il SSN. Camminare Insieme aderisce al Gris Piemonte.

Contatto: Luca Fossarello (luca.fossarello@gmail.com)

Migranti cinesi in gravidanza: siero-prevalenza delle principali malattie infettive ed outcome di gravidanza (P)

DI MECO E.*^o, KING J.J.*^{*}, SILVESTRINI G.**^o, FEDERICO B.[^], DI NICOLA A.^{^^}^o, GERACI S.^o, TAMBURRINI E.*

* UCSC, Istituto Clinica di Malattie Infettive, Roma; ** UCSC Istituto di Sanità Pubblica, Sezione Igiene; [^] Università degli Studi di Cassino e Lazio Meridionale, Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute; ^{^^} Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ^o Caritas di Roma, Area Sanitaria

Obiettivi

Lo studio è stato condotto con l'obiettivo generale di ampliare la conoscenza dei possibili ambiti primari di intervento in materia di protezione della salute riproduttiva delle migranti mediante l'analisi della sieroprevalenza delle infezioni più rilevanti in gravidanza in un campione di donne cinesi presenti a Roma. La scelta di focalizzare lo studio sulle migranti di nazionalità cinese è stata dettata dalla numerosità della comunità e dalle sue peculiari caratteristiche integrative, chiusa socialmente in "enclavi etniche" e tipicamente "invisibile" in ambito sanitario.

Metodi

Sono stati analizzati in maniera retrospettiva i dati sierologici, riferiti al periodo 2001 al 2013, relativi a 1.259 gravidanze e, laddove disponibili, sono stati raccolti i dati relativi agli outcome di gravidanza. I risultati sono stati confrontati con i dati di letteratura riguardanti sia la popolazione italiana che quella residente in Cina. I dati sono stati raccolti presso lo studio privato di una ginecologa cinese.

Risultati

L'età media delle donne del campione è risultata di 27,7 anni. Dalle 1.123 indagini disponibili per la toxoplasmosi è risultato un basso livello di immunoprotezione, pari al 3.12% (contro il 20-40% registrato in Italia nelle donne in gravidanza, tra il 5 ed il 10% nella popolazione Cinese). Bassa immunoprotezione è emersa anche nei confronti del virus della Rosolia, pari all'81.01% su 991 gravidanze di cui erano disponibili i risultati (in Italia > 95%, in Cina 78%). Elevata la sieroprevalenza per infezione da CMV, risultata del 99,9% su 1.145 gravidanze (in Italia 81%, in Cina 96.4%). Il 13.9% su 685 gravidanze è risultato positivo alla ricerca per HBsAg (in Italia il tasso di positività per infezione cronica da HBV nelle donne gravide è dello 0.4%) e di queste il 16% ha riportato una positività per HbeAg, marker sierologico di elevata replicazione virale ed elevato rischio di trasmissione al nascituro. Non si è invece riscontrata alcuna positività per HIV, ma avevamo disponibilità di dati solo su terzo delle gravidanze in esame. In riferimento agli outcome di gravidanza 192 pazienti risultano perse al follow-up, 25 IVG, 30 aborti spontanei, 28 gravidanze proseguite in Cina, 575 parti avvenuti a Roma e 59 in altre città italiane o europee.

Conclusioni

Il confronto dei dati sierologici riscontrati in questo campione con quelli della popolazione in Italia e in Cina mostra che il profilo epidemiologico delle donne cinesi migranti è del tutto sovrapponibile a quello del paese d'origine, con il dato preoccupante dell'infezione cronica da HBV che riflette la condizione di elevata endemia già nota in Cina. Sulla base di questi dati appare necessario approfondire le peculiarità epidemiologiche di questo gruppo di migranti e, coerentemente, potenziare i programmi vaccinali sia nell'adulto che nei neonati, di screening e di appropriato counselling in gravidanza, anche dotando i servizi sanitari di strumenti idonei a dare risposta alle specifiche esigenze di questa popolazione.

Contatto: Eugenia Di Meco (edm1984@gmail.com)

West Nile Fever: risultati di uno screening in Sicilia (Italia Meridionale) (P)

POLLACCIA E.°, AFFRONTI A.°, MANSUETO P.°, ROZZA T.°, ABBATE M.°, ROTOLO G.°, NAPOLI C.*

°UOS di Medicina delle Migrazioni; UOS di Diagnostica Specialistica per le Patologie Diffusive dell'Azienda Policlinico "P. Giaccone" di Palermo; *Istituto Superiore di Sanità, Roma

Obiettivi

Il West Nile Virus (WNV) è un flavivirus la cui ecologia coinvolge zanzare, uccelli, cavalli ed esseri umani. Nell'uomo, oltre l'80 % del totale delle infezioni è asintomatica. Le forme sintomatiche vanno dalla sola febbre (VNF), alle forme gravi neuro-invasive (WNND). Le forme neuro-invasive (encefalite, meningite, meningoencefalite, paralisi flaccida acuta, etc.) rappresentano meno dell'1% dei casi.

Dal 2010, l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) controlla la diffusione delle infezioni da virus West Nile umana nell'UE e nei paesi limitrofi. In Italia, i primi casi umani di WNND sono stati rilevati nel 2008 in Emilia Romagna e Veneto. Nel 2010 il Ministero della Sanità ha pubblicato il primo piano nazionale per la sorveglianza umana WNND a livello nazionale, che è stata aggiornato negli anni successivi. Dall'inizio della sorveglianza nazionale, più di un centinaio di casi sono stati segnalati in Italia da sette regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Basilicata, Sardegna, Veneto). La Sicilia non ha mai riportato casi umani di WNNV né WNV-positività (in umani, animali o vettori), ma nel 2013, dopo la segnalazione da parte del Centro di Riferimento Nazionale per lo Studio delle Malattie Estere (CESME) di due casi equini di WNND in Sicilia, anche in questa regione è stata realizzata la sorveglianza umana di WNND. A parte la sorveglianza delle WNND da parte della Regione Sicilia, in provincia di Palermo si è svolta una sorveglianza speciale di WNV. Il presente lavoro riporta i risultati di questa esperienza.

Metodi

Nel 2013, dopo che due gruppi di WNND nei cavalli sono stati notificati in provincia di Catania, in Sicilia sono iniziate le attività WNND sull'uomo, in conformità al piano nazionale promosso dal Ministero della Sanità. Collateralmente a questa attività istituzionale, le Unità Operative di Medicina delle Migrazioni e di Diagnostica Specialistica per le Patologie Diffusive dell'Azienda Policlinico di Palermo hanno attivato tutte le misure di prevenzione, tra le quali lo screening di sorveglianza locale dei casi WNF autoctoni. Secondo il protocollo, tutti i casi ammessi con febbre $\geq 38,5$ °C ed in assenza di altre malattie che potrebbero spiegarne la causa, sono stati sottoposti a test di laboratorio WNV con metodica ELISA della ditta Focus, che utilizza antigeni ricombinanti autorizzati da CDC Atlanta, per la rilevazione della risposta anticorpale specifica. Sono stati considerati positivi i campioni che presentavano anticorpi IgG West-Nile $>$ o uguale 1.5; IgM $>$ o uguale 1.2. I sieri positivi sono stati inviati al Centro di Riferimento Nazionale (ISS) per essere confermati mediante test di neutralizzazione e PCR. Per quanto riguarda l'indagine sierologica per il virus in studio sono stati esaminati 115 campioni appartenenti a pazienti scelti a random, nel periodo compreso tra maggio 2012 e ottobre 2013. Tutti i pazienti al momento del prelievo presentavano febbre di natura ndd.

Risultati

Le indagini sierologiche hanno dato esito al riscontro di positività per West-Nile IgG, con IgM negative, solo in un caso. Trattasi di un uomo di anni 61, palermitano con storia di numerosi viaggi in all'estero (Egitto, Mar Rosso, Tunisia, Nigeria, Mali, Mauritania, Senegal, Kenya, Tanzania, Cambogia, Vietnam, Messico, Guatemala, Ecuador, Bolivia, Perù, Colombia) dall'età di 18 anni. Ultimo viaggio ai Caraibi, durante il quale ha visitato quasi tutte le isole spostandosi in barca a vela. Nega la comparsa di febbre o febricola o altri sintomi durante tutto il soggiorno. Al rientro, dopo circa 30 gior-

ni, comparsa di febbre con brividi e disuria. Gli esami di routine mostravano una sepsi delle vie urinarie trattata con beneficio con antibiotico terapia empirica. Attribuendo l'episodio di febbre alla sepsi delle vie urinarie, ed in considerazione della negatività delle IgM per WNV, si tratterebbe di una infezione pregressa, trascorsa in maniera asintomatica, verosimilmente non autoctona ma contratta durante un precedente viaggio. Il paziente infatti nega contatti con possibili fonti di contagio, e non ricorda episodi di febbre durante o dopo i precedenti viaggi.

Contatto: Elisa Polaccia (ela_bra@hotmail.it)

Rischio cardiovascolare nella popolazione migrante: prevenzione primaria sul campo e screening nella comunità ghanese a Palermo (P)

ROZZA T., ABBATE M., AFFRONTI M., ROTOLO G., POLLACCIA E.
UOS di Medicina delle Migrazioni dell'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo

Obiettivi

Le variazioni del rischio cardiovascolare (CV) sono associate a fattori genetici e ambientali. L'incidenza di eventi CV gravi aumenta considerevolmente nella popolazione migrante africana all'aumentare della loro permanenza in Europa. Il lavoro intende indagare la presenza di ipertensione e aumento della circonferenza addominale (CA) nella comunità ghanese a Palermo.

Metodi

I pazienti sono stati selezionati con una tecnica di campionamento per quote durante le giornate di prevenzione sul campo. I criteri antropometrici ricercati sono la pressione arteriosa (PA) periferica misurata con sfigmomanometro manuale da personale sanitario e la CA misurata con un metro a nastro.

Risultati

Sui dati raccolti è stata svolta un'analisi statistica per valutare l'esistenza di differenze significative con la popolazione residente in Ghana. Il campione è costituito da 53 pazienti: 27 uomini (50,9%) e 26 donne (49,0%) di età media $45,1 \pm 8,8$ anni. Sono stati riscontrati valori pressori sistolici e diastolici (espressi in mmHg) pari a $140,4 \pm 22,8$ e a $84,9 \pm 11,7$ rispettivamente. Nelle donne i valori di pressione si assestano intorno a $145,2 \pm 20,8$ e $86,4 \pm 10,5$. Negli uomini si individuano valori di pressione sistolica e diastolica pari a $135,2 \pm 22,4$ e $83,0 \pm 10,9$ rispettivamente. La CA media in centimetri è di $85,8 \pm 37,7$, nelle donne $100,4 \pm 30,8$ e negli uomini $57,2 \pm 44,1$. Tali valori sono calcolati solo su 29 pazienti.

Conclusioni

Rispetto alla popolazione residente in Ghana, sono state evidenziate significative differenze tra i valori medi di PA ($p=0,0007$ per la sistolica e $p=0,0000$ per la diastolica). A causa della scarsa numerosità del campione le differenze di CA non sono significative, ma meritevoli comunque di ulteriori studi.

Autore di riferimento: Elisa Polaccia (ela_bra@hotmail.it)

Andamento dei suicidi tra la popolazione straniera nella provincia di Catania. 2010-2012 (P)

PAPPALARDO R.*, FURNARI R.*, ACERBI G.*, TORRE I.[^], CUCCIA M.[^]

* Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Catania

[^] Servizio di Epidemiologia e Prevenzione – ASP 3 - Catania

Obiettivi

La crisi economica, avviatasi nel 2008, ha riflessi sulle condizioni sociali e sanitarie delle popolazioni colpite. Tra gli eventi che hanno destato maggiore attenzione vi è l'incremento dei suicidi che interesserebbe in misura maggiore quegli strati della popolazione socialmente più deboli. Un precedente studio del Servizio di Epidemiologia dell'ASP di Catania aveva osservato, dopo un andamento sostanzialmente stabile nel periodo 2000-2010, un incremento del tasso dei suicidi che, da 3,9x100.000 (tasso medio annuo 2000-2010) è salito al 6,05 nel 2011 ed al 7,52 nel 2012. Un'ulteriore analisi dei dati relativi agli anni 2010-2012 ha riguardato la distribuzione dei suicidi per nazionalità

Metodi

È stato effettuato uno studio retrospettivo osservazionale sulle schede del ReNCaM (Registro Nominativo delle Cause di Morte) della Regione Sicilia riportanti i codici ICD-9 da E950 a E959 (suicidi con diverse modalità di esecuzione). Le schede sono state disaggregate per nazionalità; successivamente le schede dei soggetti non italiani sono state ulteriormente disaggregate per: sesso, fascia di età (≤ 24 ; 25-44; 45-64; ≥ 65) e specifica nazionalità. Infine, sono stati confrontati i tassi annui di mortalità per suicidio tra la popolazione residente italiana (1.055.992 nel 2012) e quella residente straniera (21.121 nel 2012).

Risultati

Nella provincia di Catania nel periodo 2010-2012, si sono registrati 194 suicidi di cui 14 (7,2%) tra i cittadini stranieri che costituiscono circa il 2% della popolazione complessiva residente. La distribuzione per sesso vede prevalere quello maschile (10 casi). La distribuzione dei casi per fasce d'età è: ≤ 24 (1); 25-44 (9); 45-64 (3); ≥ 65 (1). La distribuzione dei casi per nazionalità è: Romania (6), Sri Lanka (2), Bulgaria (1), Inghilterra (1), Stati Uniti (1), Germania (1), Svizzera (1), Marocco (1). Il tasso di mortalità per suicidio registrato nel 2010 nella popolazione straniera è 17,09 x100.000 più di 4 volte quello registrato nella popolazione italiana (4,04). In analogia a quanto registrato nella popolazione italiana, il tasso nella popolazione straniera registra un incremento nel 2011 (19,30) e nel 2012 (23,67). Negli stessi anni i tassi registrati nella popolazione italiana sono 5,73 nel 2011 e 7,20 nel 2012.

Conclusioni

Lo studio evidenzia che nell'aumento della frequenza dei suicidi osservata tra il 2010 e il 2012, un contributo non trascurabile è fornito dagli stranieri, pur nella limitata consistenza di questa popolazione nella provincia di Catania. L'analisi delle schede di morte ISTAT rileva che il fenomeno suicidio è prevalentemente concentrato nella fascia 25-44 a differenza di quanto si registra nella popolazione italiana dove l'evento riguarda innanzitutto la popolazione anziana. In analogia allo studio precedentemente condotto su tutta la popolazione residente nella provincia di Catania, è ipotizzabile un collegamento con la crisi economica in corso. Tale ipotesi, però, necessita di un ulteriore approfondimento che includa sia l'allargamento della popolazione da osservare (estensione dello studio alla intera Regione), sia l'acquisizione di maggiori informazioni sullo stato socio-economico dei suicidi, poiché le schede di morte risultano spesso incomplete nella parte B (a cura dell'ufficiale dello Stato civile) in cui sono inclusi i seguenti campi: grado di istruzione, professione, condizione professionale, posizione nella professione.

Contatto: Roberto Pappalardo (pappalardo84@gmail.com)

Limiti della sorveglianza sindromica: la TBC nel CARA di Mineo. 2011-2014 (P)

FURNARI R.^{*}, PAPPALARDO R.^{*}, ACERBI G.^{*}, RINNONE S.[^], CUCCIA M.[^]

^{*} Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Catania; [^] Servizio di Epidemiologia e Prevenzione, ASP 3 Catania

Obiettivi

Nella Provincia di Catania è attivo dal febbraio 2011 uno dei principali Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA) ubicato nel territorio del comune di Mineo, in un villaggio costituito da 403 case, per un totale di circa 2000 posti, in precedenza utilizzato per accogliere personale dell'USAF della vicina base americana di Sigonella. Nel corso dei 3 anni di esistenza del centro sono transitati circa 12.150 stranieri, arrivati sul territorio italiano a seguito della cosiddetta "emergenza Nord-Africa". A seguito di questo enorme afflusso di migranti il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS), con la collaborazione delle Regioni, hanno attivato un protocollo operativo per la sorveglianza sindromica al fine di rilevare precocemente qualsiasi evento di natura infettiva che potesse rappresentare un'emergenza di salute pubblica. Questo sistema, che si affianca senza sovrapporsi al sistema di notifica obbligatoria creato col DM 15 dicembre 1990, inquadra 13 sindromi ad eziologia infettiva tra cui è compresa la "Sospetta Tuberculosis polmonare". Nel corso dei 3 anni il flusso della sorveglianza sindromica, originato dai responsabili sanitari del centro, ha registrato solo 3 casi di TBC. Scopo di questo studio, condotto dal Servizio di Epidemiologia dell'ASP di Catania, è di ricattare i casi di TBC registrati tra i richiedenti asilo tramite il flusso di notifica obbligatoria delle malattie infettive previsto dal DM 15 dicembre 1990 ed originato dai reparti ospedalieri presso i quali sono stati assistiti soggetti provenienti dal CARA.

Metodi

Sono state selezionate le notifiche di TBC polmonare ed extra-polmonare a partire dal febbraio 2011, relative a soggetti provenienti dal CARA. Le notifiche sono state distribuite per anno di notifica, sesso, fasce d'età quinquennali (15-19, 20-24, 25-29, 30-35) e nazionalità.

Risultati

Sono stati recuperate 22 notifiche di TBC (7 extra-polmonari e 17 polmonari: 2 soggetti con notifica doppia). Distribuzione per anno: 2011 (2), 2012 (4), 2013 (15), 2014 (1). Il sesso prevalente è risultato quello maschile con 16 casi (72.7%). Distribuzione per età: 15-19 (10), 20-24 (5), 25-29 (5), 30-35 (2). Distribuzione per nazionalità: Somalia (16), Afghanistan (1), Ciad (1), Etiopia (1), Gambia (1), Mali (1), Senegal (1). Non si ritiene possibile stimare il tasso di incidenza nella popolazione transitata presso il CARA di Mineo per assenza di informazioni sul tempo di permanenza dei migranti nella struttura.

Conclusioni

La ricattura dei casi di TBC tramite il sistema di notifica obbligatoria del DM del 1990 mette in luce una notevole discrepanza con quelli registrati mediante il sistema della sorveglianza sindromica. I limiti di questo sistema meriterebbero un'analisi specifica ed, in particolare, andrebbero verificati i protocolli previsti dalle normative vigenti per lo screening della TBC nelle popolazioni straniere. Il numero dei casi registrati sul flusso delle notifiche obbligatorie evidenzia un contributo notevole da parte della comunità proveniente dalla Somalia che costituiscono il 72.7% del totale. La comunità somala che è transitata dal CARA ammonta a 1968 soggetti, pertanto i casi hanno riguardato lo 0.8% circa. Inoltre, il numero dei casi è plausibilmente sottostimato vista l'assenza di una procedura di screening specifica. Pertanto, si ritiene che questa comunità meriterebbe una particolare attenzione per lo screening sia della TBC che di altre malattie infettive e parassitarie.

Contatto: Roberto Furnari (robertofurnari80@gmail.com)

Barriere e criticità del paziente immigrato nella gestione del Diabete tipo 2: allestimento di uno strumento conoscitivo volto al miglioramento del self management della malattia, all'orientamento del paziente e al potenziamento del raccordo tra i servizi coinvolti nei percorsi diagnostico-terapeutici (P)

BRUNO S.*, SILVESTRINI G.**°, DI MECO E.°, CAROVILLANO S.*, MAISANO B.°, DI NICOLA A.**°, FEDERICO B. ^, GERACI S.°, RICCIARDI W.*, DAMIANI G.*

*UCSC Istituto di sanità pubblica, sezione igiene; ° Caritas di Roma, Area sanitaria; ** Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ^ Università degli Studi di Cassino e Lazio Meridionale, Dipartimento di scienze motorie e della salute

Obiettivi

Il Diabete Mellito di tipo 2 è una patologia cronica con elevata incidenza e prevalenza: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dei circa 347 milioni, più dell'80% di questi vive in paesi a medio e basso reddito. La gestione della malattia richiede una sinergia clinico-organizzativa tra servizi di assistenza primaria-specialistica e paziente (management della malattia e compliance alle cure). Il Poliambulatorio Caritas di Roma rappresenta un setting preposto all'assistenza di primo livello di pazienti vulnerabili, soprattutto migranti. Negli ultimi anni i pazienti affetti da patologia cronica, in particolare diabetica sono aumentati: per alcuni l'ambulatorio eroga assistenza sanitaria anche specialistica, per altri orienta ai Servizi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Con l'obiettivo di individuare barriere e criticità che il paziente immigrato incontra nel management della patologia, al fine di elaborare strategie di intervento, potenziare counseling e promozione della salute, e definire modalità di raccordo tra i servizi coinvolti nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, è nata l'esigenza di strutturare un questionario da somministrare a tali pazienti.

Metodi

Attraverso una revisione della letteratura internazionale su fattori di rischio, autoconsapevolezza e self management della malattia, Standards Italiani per la cura del Diabete Mellito di tipo 2 e Standards of Medical care in Diabetes, attraverso una disamina di norme e regolamenti per la gestione del Diabete tipo 2 negli stranieri titolari di tessera STP/ENI è stato strutturato il questionario da somministrare a tutti i pazienti seguiti presso il Poliambulatorio con diagnosi di Diabete Mellito di tipo 2 e che effettuano una visita nel periodo di studio. Il questionario è stato validato attraverso uno studio pilota svolto in due giornate di interviste.

Risultati

Il questionario consta di una parte anagrafica che raccoglie dati su: genere, età, scolarità, stato civile, provenienza, data arrivo in Italia, abitazione, lavoro, conoscenza lingua italiana, iscrizione SSN e di 25 domande suddivise in tre aree di indagine:

- Area della conoscenza della patologia (4 domande): indaga la consapevolezza, la conoscenza sul tempo di insorgenza e sulle complicanze.
- Area della valutazione delle barriere d'accesso ai servizi (8 domande): indaga sui centri di riferimento per la cura della patologia, sulle motivazioni delle mancate cure, sulle visite periodiche e controlli glicemia (frequenza/anno) e sulle motivazioni del loro mancato svolgimento, sulla sede di approvvigionamento dei farmaci.
- Area della capacità di self management e stili di vita (13 domande): indaga sui controlli al fine di evitare le complicanze, sui fattori di rischio e protettivi (fumo, alimentazione, peso, attività fisica). L'ultima parte a cura del medico riporta: terapia, piano terapeutico, frequenza/anno HbA1c e controlli ematochimici, oculistici, piede, vaccini.

**Conclusioni**

Tale strumento permetterà una valutazione di come status migratorio, variabili demografiche, socio-economiche e culturali possano impattare sulla capacità di self-management, sulla conoscenza e sull'appropriato utilizzo dei servizi del SSN per la cura della malattia. Potrà contribuire ad un miglioramento e ad una valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici sulla base della stratificazione per gravità della malattia, status giuridico, etnia, implementando l'orientamento ai Servizi territoriali disponibili. Inoltre potrà coadiuvare nella formazione degli operatori sanitari nell'approccio al paziente.

Contatto: Stefania Bruno (bruno_stefania@rm.unicatt.it)



Progetto TerraGiusta: i risultati dell'intervento nella Piana di Gioia Tauro (P)

FONDELLI S., BARI G. A., BODIAN L., EL HAFIAN B., BARBIERI A., PECA M.
Medici per i Diritti Umani (MEDU) Onlus

Obiettivi

Valutazione dell'accesso alle cure e dello stato di salute dei lavoratori migranti stagionali impiegati in agricoltura nella Piana di Gioia Tauro.

Metodi

Nei mesi di Febbraio e Marzo 2014, un team di Medici per i Diritti Umani (MEDU) ha prestato prima assistenza medica e orientamento socio-sanitario alla popolazione migrante presente nella Piana di Gioia Tauro per il lavoro stagionale in agricoltura. Attraverso un'unità mobile attrezzata ad ambulatorio, il team ha operato presso la tendopoli di San Ferdinando e nei casolari abbandonati occupati dai lavoratori nei comuni di Rizziconi e Taurianova. Qui i migranti vivono in condizioni igienico sanitarie precarie, in assenza di elettricità, acqua e servizi igienici, stante la mancanza nel territorio dei minimi presidi di accoglienza. Il team ha inoltre operato presso l'ambulatorio STP di Rosarno in collaborazione con la ASP di Reggio Calabria. L'intervento nella Piana di Gioia Tauro rientra nell'ambito del Progetto TerraGiusta, realizzato da MEDU in collaborazione con ASGI e la Legal Clinic dell'Università Roma Tre.

Risultati

Nel periodo in oggetto sono state visitate 192 persone; il 98% delle quali maschi (M=188; F=4). L'età media del campione è di 31 anni. Il 21.8% della popolazione in oggetto fuma e il 21.4% ammette l'uso di bevande alcoliche. L'80 % del campione non ha un contratto di lavoro. Il 67.7% dei lavoratori utilizza a lavoro i comuni presidi di sicurezza (il 64.5% usa solo i guanti, il 34% sia guanti che scarpe idonee all'attività nei campi. Il 98% compra autonomamente tali presidi. L'8.5% dei lavoratori in agricoltura ha avuto almeno un incidente sul lavoro; nel 50% dei casi l'evento è stato una caduta accidentale durante la raccolta degli agrumi e nel 31.5% un trauma con cassette o mezzi. Nel 69% dei casi possedevano regolare permesso di soggiorno, e il 54% di questi non possedeva tessera sanitaria per accedere al SSN(Sistema Sanitario Nazionale).

Le patologie riscontrate sono rappresentate nel 23.5% da patologie muscolo-scheletriche e osteo-articolari, nel 13% dovute a incidente sul lavoro; nel 18% da sindromi delle vie respiratorie (nell'88% delle alte vie respiratorie), nel 10% sindromi gastrointestinali (63% di sindromi gastritiche); 10% patologie della cute (37% micosi cutanee); nell'8% odontopatie.

Conclusioni

Nella Piana di Gioia Tauro rispetto all'ultima valutazione fatta nel 2007 da Medici Senza Frontiere (Una Stagione all'Inferno), si ha oggi una netta prevalenza dei regolarmente presenti rispetto agli irregolari. I migranti visitati pur essendo regolarmente soggiornanti in poco più della metà dei casi esercita il proprio diritto di iscrizione al SSN, sia per mancanza di informazioni adeguate sia per l'impedimento a ottenere iscrizione anagrafica, necessaria all'iscrizione al SSN. Inoltre chi comunque è iscritto al SSN, ma in altri comuni, come spesso accade per i lavoratori stagionali, non riesce comunque ad accedere alle cure. Le patologie riscontrate confermano, come in altri studi, il forte legame tra le condizioni abitative, lavorative e igienico-sanitarie con lo stato di salute.

Contatto: Serena Fondelli (serenafond@gmail.com)

ASL RM/A: attività Equipe Aziendale Interdistrettuale per Interventi nei Campi Rom, anno 2013 (P)

BOSI R., D'AMICI A.M., DONNO L., GIULIANI M.A., PELO S., SACCOCCIO O., SPADEA A.

ASL RM/A

Obiettivi

Dal 2007 nella ASL RM/A opera un'Equipe Aziendale Interdistrettuale per Interventi nei Campi Rom, con il duplice obiettivo di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari territoriali da parte dei Rom. Inoltre nel IV Distretto è stato attivato un ambulatorio STP-ENI, garantito dalla turnazione di 6 medici UOS MPEE IV D, che lavorano anche come Medici di MG del territorio. Segue la sintesi delle attività svolte dagli operatori sanitari dell'Equipe nei Campi Nomadi.

Metodi

Gli interventi sanitari effettuati nei Campi nomadi di Via del Foro italico, Via della Cesarina e di Via Salaria sono stati: -interventi di promozione dei corretti stili di vita (fumo, alimentazione, contraccezione); -promozione delle vaccinazioni e controllo dei certificati vaccinali; - invio/accompagnamento ai servizi sanitari per visite mediche; -inserimento e monitoraggio della frequenza scolastica dei minori; -interventi di sorveglianza per malattia infettiva (scabbia, tinea corporis, micosi). Gli interventi effettuati nel Presidio Sanitario del IV Distretto sono stati: -vaccination day, giornata straordinaria a cadenza mensile, dedicata esclusivamente alle vaccinazioni dei nomadi, utenti vaccinati: 141;-visite mediche ambulatorio STP -ENI adulti: 375, i paesi di origine sono stati: Bosnia, Bangladesh, Egitto, Filippine, Romania, Libia, Bengala, Ucraina, Perù, Albania, Moldavia, Tunisia, Serbia, Senegal, Etiopia, Congo, Ucraina, Moldavia, Macedonia, Gambia;-visite mediche ambulatorio STP/ENI pediatrico: 395, paesi di origine dei minori sono stati: Romania, Bosnia-Erzegovina, Marocco, Egitto, Bangladesh, Ucraina, Albania, Georgia, Senegal, Filippine, India, Equador, Capoverde, Sud Sudan, Somalia, Colombia; -attivazione tesserini STP, ENI, TEAM, propedeutici per usufruire dei servizi sanitari.

Risultati

Gli ospiti dei campi nomadi di Via del Foro Italico e di Via della Cesarina utilizzano i servizi sanitari presenti nella zona in prossimità del campo al 96.7%, dati presentati da ASP-Laziosanità, alla "European Public Health Conference, 2013". Coperture vaccinali: sono stati raggiunti buoni livelli, a riprova degli sforzi compiuti in questi anni. Utilizzo dei servizi nei Presidi sanitari: 863 visite pediatriche, 42 visite ginecologiche, 7 visite senologiche, 18 visite ostetriche, 20 Pap-test, 4 visite post partum, 44 certificati/prescrizioni.

Conclusioni

Gli operatori dell'Equipe hanno il quotidiano riscontro di essere diventati dei punti di riferimento nell'ambito sanitario per queste popolazioni svantaggiate, in particolare il pediatra riferisce di una crescita della qualità dei rapporti interpersonali con il conseguente miglioramento della compliance nel seguire le terapie e i suggerimenti sui corretti stili di vita. Attivazione rete di collaborazione: -con il V Dipartimento di Roma Capitale per la segnalazione delle criticità presenti nei campi; - tavolo di lavoro con il IV Municipio ed il privato sociale impegnato nei campi Rom; - con Gris-Lazio.

Contatto: Antonietta Spadea (antonietta.spadea@aslromaa.it)

Prostituzione: uno sguardo sull'invisibile (P)

GEMMI M.C., FORACCHIA A., FORNACIARI R., SPARANO M., CROTTI C., CASTRONUOVO L., ANGELUCCI F., BORSARI A., WONG O.

Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS) - Progetto Rosemary Comune di Reggio Emilia

Obiettivi

Facilitare l'accesso ai servizi dedicati alle persone che esercitano la prostituzione in appartamento, con particolare riferimento alla popolazione di origine cinese

Metodi

Il progetto della Regione E-R "Oltre la strada" ha dato il via al "progetto Invisibile", che prevede azioni di monitoraggio e di contatto nell'ambito della prostituzione esercitata in luoghi chiusi per la prevenzione sanitaria e il contrasto alla criminalità. A partire da ottobre 2011 si è avviata un'azione sperimentale di dimensione regionale rivolta alle persone che si prostituiscono in appartamento e il gruppo di lavoro di Reggio Emilia è stato coinvolto in particolare a proposito dei contatti rivolti alle donne di origine cinese. Era previsto il contatto telefonico attraverso l'intervento di una mediatrice linguistico-culturale con la finalità di presentare il progetto e fornire strumenti per un orientamento ai servizi sanitari del territorio.

Risultati

Da ottobre 2011 a giugno 2012 sono state effettuate 190 azioni rivolte a 27 donne cinesi così suddivise: 87 telefonate con numerose richieste di tipo sanitario, ma anche legale; 76 accompagnamenti ai servizi del territorio, principalmente servizi sanitari, 27 colloqui in drop in. Il CSFS e in particolare l'ambulatorio dedicato alla prostituzione "Eva Luna", per la relativa facilità di accesso, hanno costituito in molti di questi casi il luogo privilegiato in cui espletare le richieste di tipo sanitario. Il coinvolgimento della stessa mediatrice sia al CSFS che nel "progetto Invisibile" e la sua lunga esperienza nell'ambito dei servizi socio-sanitari del territorio di Reggio Emilia, hanno facilitato la trasmissione delle informazioni e l'accoglienza stessa delle persone.

Conclusioni

Nelle condizioni di particolare fragilità e di isolamento vissute dalle donne che esercitano la prostituzione in appartamento, la disponibilità offerta dal contatto, (in questo caso la mediatrice l/c), dal personale socio-sanitario e la continuità assistenziale, sono un importante fattore di attrazione per l'accesso all'ambulatorio. La presenza con continuità di una mediatrice l/c motivata permette di instaurare una relazione di fiducia, elemento fondamentale per acquisire strumenti di prevenzione e miglioramento della propria salute. La possibilità di fornire un accompagnamento all'ambulatorio dedicato permette di ascoltare direttamente i bisogni delle persone, aiuta a non perdersi in percorsi lunghi, difficili da comprendere e a volte nel complesso scoraggianti. Le condizioni di lavoro particolari e la delicatezza delle situazioni sociali incontrate, richiederebbero inoltre un'attenzione particolare anche alla condizione psicoemotiva dell'operatore di contatto.

Contatto: Maria Cristina Gemmi (gemmim@ausl.re.it)

La verginità costretta (P)

BARTOZZI F., ANGELETTI M.
Studio psicoterapico Senigallia, ACADS

Obiettivi

Non è facile un incontro tra differenti culture. Compito dell'operatore sanitario è mediare, capire, immedesimarsi nella persona che si ha davanti allontanando i propri pregiudizi e comprendendo i significati comunicativi della cultura dell'altro

Metodi

Una storia vera che si dipana all'interno di uno studio medico.

Risultati

Storia di Matilda. Un giorno, timidamente, bussa alla porta del mio ambulatorio, la faccio accomodare. È Matilda, una giovane albanese di religione musulmana. Una bella ragazza di 24 anni, intelligente, ormai da una quindicina di anni in Italia, vive con sua madre, gran lavoratrice, e i suoi due fratelli più piccoli. Anche Matilda lavora; di giorno fa la gelataia, di notte studia per poter ottenere il diploma da ragioniera. Mi sorride, ma la vedo più stanca del solito e più triste. "Ciao Matilda, c'è qualcosa che non va, lo vedo dai tuoi occhi, posso fare qualcosa per te?" Le solite domande di rito che ormai da molti anni accompagnano le mie giornate. "Sì dottoressa, le debbo dire una cosa..." Mi siedo vicino a lei, e la incoraggio a parlare. "Dottoressa fra un po' di tempo dovrò tornare in Albania per sposarmi. Il mio fidanzato sta finendo i suoi studi, si sta laureando". "Matilda ma questa è una bella notizia, tu lo ami vero?" con una curiosità un po' sfacciata cerco di indagare. "Certo che lo amo dottoressa, solo che... quest'anno ho conosciuto in questa città un ragazzo, sono stata insieme a lui per un po' di tempo e non sono più vergine... Il mio fidanzato quando lo scoprirà non mi vorrà più e scoppia a piangere. "Dove andrò, cosa farò, non voglio tradire la fiducia di mia madre. Dottoressa, mi aiuti lei!". Rimango stupita, senza parole, anche perché non so cosa fare per aiutarla; è tutto inutile dire che la verginità non ha importanza, che anche lui sicuramente avrà avuto altre donne, che siamo nel 2014 e noi donne abbiamo percorso tante strade, siamo ormai liberate dai tabù... sono inutili le parole, mi metto in movimento ed attraverso degli amici ginecologi contatto un chirurgo plastico, che per la modica cifra di 300 euro le ricostruisce l'imene.

Conclusioni

La comunicazione tra culture implica rispetto, conoscenza e flessibilità, valori che applichiamo nella nostra realtà professionale per favorire l'integrazione ed il benessere psicofisico di tutti i pazienti.

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

Il colloquio del 7° mese di gravidanza nelle donne straniere: strumento di prevenzione della depressione post partum e di sostegno della genitorialità (P)

CATTANEO M.L.[°], DAL VERME S.^{*}, FUMAROLA C.^{*}, GALLON M.^{**}, SACCHETTI G.^{°^}

[°] Cooperativa Crinali, ^{*} Clinica Ostetrico ginecologica Azienda Ospedaliera S. Paolo Milano e Centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini; ^{**} Università degli Studi Bicocca Milano, [^] SIMM

Obiettivi

Numerosi studi mostrano come sia possibile riconoscere fin dalla gravidanza alcuni fattori predittivi della depressione materna e dei disturbi del legame di attaccamento mamma/bambino. Le donne migranti sono potenzialmente vulnerabili per il trauma della migrazione e la precarietà sociale ed affettiva in cui si trovano. Queste condizioni di stress influiscono negativamente sull'andamento della gravidanza. Tuttavia la dimensione emozionale difficilmente viene integrata nell'assistenza medica durante la gestazione. Obiettivo del nostro lavoro è proporre un colloquio prenatale "precoce" come uno degli strumenti per superare la separazione tra cure somatiche e psichiche. Si tratta di un intervento già diffuso in Francia che si è dimostrato efficace nel far emergere gli elementi di vulnerabilità delle madri e nell'organizzare interventi di supporto personalizzati.

Metodi

Dal 2010 nei Centri di salute e ascolto per le donne migranti ed i loro bambini all'Ospedale S. Paolo di Milano, proponiamo alle donne, come parte integrante della normale assistenza alla gravidanza, un colloquio circa al 7° mese, con lo scopo di preparare al meglio l'accoglienza del neonato. Il colloquio, condotto dall'ostetrica o dalla psicologa o dall'assistente sociale, con la mediatrice linguistico culturale, affronta i seguenti contenuti: il clima in famiglia e la presenza di altri bambini, i legami con la famiglia di origine, gli aiuti possibili dopo il parto, avvenimenti particolari durante i mesi precedenti di gravidanza, sintomi fisici, il sonno, i sogni, momenti di tristezza, il pianto, la stanchezza, i dubbi, l'ansia e la paura. Nel colloquio utilizziamo domande aperte e, se possibile, coinvolgiamo il partner. Abbiamo approntato una scheda apposita per documentare i punti essenziali del colloquio e le eventuali proposte condivise con la famiglia.

Risultati

Negli ultimi quattro anni abbiamo effettuato 325 colloqui. Nel 2010 abbiamo raggiunto il 19% delle donne seguite in gravidanza, nel 2011 il 25%, nel 2012 il 30% e nel 2013 il 36%. Sono stati preventivamente discussi e messi a punto alcuni "fattori di rischio" e alcuni interventi "protettivi" da attivare. Ovviamente tutti questi contenuti vengono poi messi in comune con l'équipe curante e con i servizi di supporto coinvolti. Nel 2013 sono stati effettuati 103 colloqui: di questi il 17% rappresenta il gruppo di donne/famiglie privo di fattori di rischio; il 43% il gruppo con alcuni elementi di rischio ma che non necessita di particolari interventi; il 40% il gruppo che presenta multipli fattori di rischio e a cui sono stati proposti plurimi interventi "di protezione". La provenienza più numerosa in questo ultimo gruppo è quella dall'Egitto, seguita dal Marocco, Sri Lanka e Bangladesh.

Conclusioni

Il colloquio precoce al 7° mese di gravidanza permette di individuare situazioni "a rischio" e di attivare interventi di supporto personalizzati. Sono necessarie una formazione specifica e una stretta collaborazione tra personale medico, psicologico e sociale e mediatrici culturali. È utile costruire collegamenti stabili con servizi di supporto dentro e fuori dall'ospedale. Si auspica che la pratica del colloquio prenatale precoce si diffonda sia per le donne migranti che per le donne italiane e si individuino strumenti adatti a verificarne l'efficacia.

Contatto: Martina Gallon (martina.gallon@hotmail.it)

Caratteristiche socio-demografiche ed evoluzione della gravidanza in pazienti in condizioni di vulnerabilità, afferenti ad un servizio di ostetricia presso il Poliambulatorio Caritas di Roma: primi risultati di uno studio empirico (P)

SANTORO V.^{*}, MORICI A.^{*}, SILVESTRINI G.^{**}, MAISANO B.^{*}, LIDDO M.^{*}, GERACI S.^{*}

* Caritas di Roma, Area sanitaria; ^ UCSC, Istituto di Sanità Pubblica, Sezione Igiene, Roma

Obiettivi

L'incidenza di donne migranti sul territorio italiano è elevata ed in costante evoluzione. In letteratura sono descritti esiti peggiori nel percorso nascita per le madri straniere e un ridotto accesso alle cure prenatali. Inoltre è suggerito come l'accesso ridotto sia correlabile al numero di eventi avversi maggiore rispetto alla popolazione italiana. Gli studi che focalizzano l'attenzione sulle donne migranti in condizioni di fragilità sociale sono scarsi. Obiettivo del presente studio è stato analizzare la tipologia donne in gravidanza intercettate da un poliambulatorio dedicato a questa categoria di pazienti e seguire la crescita endouterina, valutandone l'adeguatezza rispetto all'età gestazionale ed evidenziando le caratteristiche maggiormente associate ad eventuali alterazioni di crescita.

Metodi

La popolazione studiata è costituita dalle donne straniere che hanno utilizzato i servizi di ostetricia del poliambulatorio Caritas di Roma da settembre 2012 a febbraio 2014. Ad ogni visita ambulatoriale sono stati registrati i dati anamnestici materni; l'età gestazionale; i parametri ecografici di biometria fetale. Ad ogni paziente è stato consigliato di eseguire controlli mensili e si è proposto di stabilire il contatto telefonico per la raccolta dei dati relativi al momento parto. Sono state elaborate statistiche descrittive e inferenziali.

Risultati

Nel periodo di studio sono state seguite 63 pazienti di cui il 31% proveniente dall'Europa dell'Est, il 23% dall'Asia, il 15% dall'Africa e l'11% dal sud America. Età media di inizio gravidanza 28 anni (SD 5). Il 50% delle pazienti è primipara, il 68% delle pazienti ha riportato un livello medio-alto di istruzione, ma la maggior parte (83% e in prevalenza africane) hanno una scarsa conoscenza delle indicazioni di base per il controllo della gravidanza. Il 78% presenta fattori di rischio psicosociali, il 32% è senza dimora e in strutture occasionali di accoglienza. Il 16% con storia di IVG (prevalentemente europee). In media le donne hanno effettuato due visite di controllo (min 1,5 africane, max 3 asiatiche). Il 43% non ha eseguito l'ecografia morfologica, in particolare tra le sudamericane (83%). Sul numero noto di parti (15) è risultato un parto pretermine. In due casi si sono manifestate complicanze al parto. Sui parti a termine i pesi alla nascita sono prossimi al 52° centile.

Conclusioni

Le donne di provenienza asiatica (Cina, India, Filippine, Bangladesh) risultano in media più socioeconomicamente avvantaggiate ed usufruiscono di più del servizio. I percentili medi inferiori sul peso alla nascita si associano alle donne africane con livello di educazione alla gravidanza inferiore. Non abbiamo tuttavia rilevato alterazioni importanti della crescita fetale. Le osservazioni suggeriscono come il gruppo maggiormente vulnerabile sia quello delle donne rifugiate e richiedenti asilo (prevalente africane) e delle donne rom (europee). La percezione dell'équipe è che laddove si curi maggiormente l'aspetto relazionale (vedi appuntamento dato direttamente dal medico) ci sia una maggiore adesione al percorso e una migliore compliance. Partendo da questa esperienza preliminare si vuole proporre un modello di presa in carico che possa fornire utili indicazioni per il riconoscimento delle criticità operative e la promozione della salute di queste donne e dei loro figli.

Contatto: Viviana Santoro (vivianasant@gmail.com)

Agire sull'organizzazione dei servizi per rafforzare la prevenzione delle IVG tra le donne straniere (P)

BONCIANI M.*°, SPINELLI A.*°, SACCHETTI G.°

* Istituto Superiore di Sanità, ° SIMM

Obiettivi

In questo momento in cui a livello europeo sembra si retroceda su alcune acquisizioni di diritti per la salute riproduttiva delle donne ed a livello nazionale si osserva un'accentuazione delle difficoltà per una piena attuazione della legge n.194/78, risulta di estrema importanza condividere esperienze di impegno dei servizi nel rafforzamento della prevenzione delle IVG e di miglioramento del percorso relativo in linea con le indicazioni della norma italiana per la tutela sociale della maternità e l'IVG. Si tratta di esperienze che si focalizzano sulle donne straniere quali target prioritario, essendo maggiore il loro ricorso all'IVG così come il loro bisogno di consolidare le conoscenze sull'utilizzo corretto della contraccezione, ma che permettono di migliorare la prevenzione e la presa in carico per tutte le donne.

Metodi

A fine 2012 si è concluso il progetto CCM "Prevenzione delle IVG tra le donne straniere", promosso e finanziato dal Ministero della Salute ed implementato dalla Regione Toscana, dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Sapienza Università di Roma, in collaborazione con 9 Regioni e 1 Provincia autonoma. Il progetto si è posto l'obiettivo di prevenire le gravidanze indesiderate e ridurre il tasso di abortività tra le donne straniere attraverso la promozione della formazione del personale sanitario, sociale e amministrativo, il rafforzamento dell'offerta di assistenza e di interventi di prevenzione da parte dei servizi sanitari e la diffusione dell'informazione sulle opportunità contraccettive e sui servizi disponibili tra la popolazione immigrata, con il supporto delle associazioni di straniere. In particolare la componente progettuale della sperimentazione di percorsi organizzativi volti alla prevenzione delle IVG è stato coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e ha visto il coinvolgimento attivo di circa 30 aziende sanitarie e di una decina di aziende ospedaliere, con le quali è stato condiviso un modello di intervento, con relative azioni strategiche e strumenti operativi.

Risultati

Partendo dalla rilevazione, attraverso i dati del sistema di sorveglianza delle IVG e di indagini ad hoc tra le donne straniere, del bisogno di rafforzarne la consapevolezza sulla procreazione responsabile, i servizi territoriali ed ospedalieri sono stati sensibilizzati ad utilizzare i vari momenti di contatto con le donne straniere come opportunità per promuovere azioni di counselling. Il modello di intervento ha previsto quindi l'assunzione di un approccio sistemico basato su una visione globale ed integrata della salute della donna, che si traduce nell'articolazione degli interventi di prevenzione dell'IVG nei seguenti ambiti strategici: il percorso nascita; lo screening per il cervico-carcinoma; l'educazione socio-affettiva e sessuale per i giovani, tenendo conto delle specificità degli immigrati di seconda generazione; il percorso di IVG. Le azioni di counselling promosse, volte ad incrementare tra le donne straniere la conoscenza dei servizi stessi (in primis del consultorio), di quanto previsto dalla legge n. 194/78 e delle diverse possibilità contraccettive, hanno seguito una modalità comunicativa attenta alle esigenze e preferenze delle donne ed attenta a sviluppare un loro processo di empowerment relativo alle scelte contraccettive più appropriate rispetto alla propria progettualità di vita.

Conclusioni

I risultati dell'implementazione del modello di intervento dimostrano la capacità dei servizi di agire sui percorsi organizzativi dei servizi per rafforzare la prevenzione di gravidanze indesiderate tra le donne straniere e rendere più efficace l'impegno preventivo contenuto nella legge n.194/78, anche in termini di supporto all'autodeterminazione delle donne straniere nell'ambito della salute riproduttiva.

Contatto: Angela Spinelli (angela.spinelli@iss.it)

“Le voci di dentro”, ascoltare i professionisti della salute sulla loro relazione con le donne straniere che richiedono una interruzione volontaria di gravidanza (P)

RUSO M.L. *, PITINI E. *, PIZZINI E. *, MARCECA M. *

* Sapienza, Università di Roma, ° SIMM

Obiettivi

La ricerca di cui qui si riportano alcuni elementi, si è svolta all'interno della cornice del Progetto CCM "Prevenzione delle IVG tra le donne straniere", promosso e finanziato dal Ministero della Salute ed implementato dalla Regione Toscana, dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Sapienza Università di Roma, in collaborazione con 9 Regioni e 1 Provincia autonoma. Il progetto si poneva come obiettivo generale la prevenzione delle gravidanze indesiderate e la riduzione del tasso di abortività tra le donne straniere. In particolare l'UO 1 – Università la Sapienza di Roma – deputata alla formazione, ha inteso di raggiungere il sotto obiettivo 1a [Analisi dei punti di forza e delle aree critiche nella relazione tra operatori delle strutture socio-sanitarie e donne immigrate] attraverso una ricerca sul campo. Tale azione si prefiggeva di osservare "da vicino" le dinamiche che si sviluppano nella presa in carico delle donne migranti che si rivolgono ai servizi – sia territoriali che ospedalieri – per richiedere un'IVG, e di raccogliere, attraverso delle interviste, il punto di vista delle diverse figure professionali che lavorano in tali ambiti, per poter poi costruire al meglio la proposta formativa, a partire dai loro bisogni reali.

Metodi

Si è scelto di agire su tre distinti ambiti geografici regionali: Tivoli (RM, Lazio), Foggia (Puglia) e Pordenone-Udine (Friuli Venezia Giulia). Per ogni contesto geografico ci si è concentrati sul percorso consultorio-ospedale di riferimento, dove si è proceduto a raccogliere il punto di vista delle figure professionali coinvolte nel percorso IVG.

La rilevazione è stata fatta attraverso interviste semi-strutturate. La traccia di intervista, da calibrare a seconda delle diversità strutturali dei contesti (ospedaliero-territoriale), è stata costruita in modo da intercettare le aree: socio-biografica/IVG/migranti. Le interviste raccolte sono state trascritte e sistematizzate. L'analisi qualitativa dei dati è stata effettuata tramite supporto CAQDAS (Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software) ed in particolare mediante ATLAS.ti.

Risultati

La ricerca ha raccolto ed analizzato 37 interviste (9 ginecologi; 2 infermiere, 12 ostetriche; 5 psicologi, 5 assistenti sociali, 2 mediatori l.c., 1 assistente sanitario, 1 dirigente medico). In sintesi, in maniera trasversale, si sono rilevati atteggiamenti e approcci che appaiono polarizzati, oscillando tra posizioni che negano qualsiasi diversità e che, quindi, tendono a "con-fondere" i soggetti, e posizioni che tendono invece a vedere nelle differenze – quelle più apparenti e magari mediaticamente enfatizzate – delle diversità talmente lontane e incommensurabili da considerarle come inesplorabili estraneità. In tal modo si riduce l'incontro ad un problema di "governo della diversità": il *background* migratorio delle donne "spiazza" gli operatori, e quello che si identifica come "cultura" diviene, nella maggior parte dei casi, la variabile esplicativa di tutto ciò che accade nella relazione, e spesso il punto di partenza per esprimere giudizi di valore sulle scelte delle donne in termini di salute riproduttiva.

Conclusioni

Ascoltare i professionisti della salute si è rivelato molto interessante, in particolare ha permesso al gruppo di lavoro di entrare in contatto con la complessità del lavoro quotidiano degli operatori e, a partire da ciò, di costruire una proposta formativa incentrata sull'acquisizione di una competenza culturale intesa non solo come un insieme di saperi e abilità, ma soprattutto come un'attitudine positiva del soggetto nel vivere le differenze.

Contatto: Maria Laura Russo (mlaurarusso@katamail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Aspetti nutrizionali della gravidanza in donne immigrate: l'esperienza del Servizio di Medicina Solidale nel VI Municipio di Roma (P)

BUONOMO E.^{*}, ERCOLI L.^{**}, GIANNINI V.^{*}, MANCINELLI S.^{*}, DUSSEY J.[°], LAURENTI S.[°]

^{*}Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata; [°]Istituto di Medicina Solidale - Onlus Roma

Obiettivi

Il servizio di Medicina Solidale, in convenzione con il Policlinico di Tor Vergata, dal 2004 nel territorio del VI Municipio di Roma ad elevata presenza di stranieri (15.5%), offre assistenza sanitaria gratuita alla popolazione più vulnerabile in particolare agli immigrati. Il servizio assiste le donne immigrate durante la gravidanza con un ambulatorio dedicato. Obiettivo di questo studio è descrivere lo stato di nutrizione in termini di BMI, guadagno di peso, anemia e stato del ferro di un campione di 224 donne immigrate in gravidanza assistite dal Giugno 2009 al Settembre 2012.

Metodi

Lo studio di tipo retrospettivo ha esaminato le Cartelle Cliniche, i parametri antropometrici e gli esami di laboratorio delle 224 donne immigrate gravide, le variabili raccolte hanno riguardato variabili demografiche, la storia ostetrica, dati relativi alla gravidanza attuale, variabili di laboratorio quali emocromo, ferritina, prove di funzionalità epatica e renale, sierologia per problemi infettivi; inoltre alle differenti visite si sono rilevati il peso e in seguito attraverso interviste telefoniche sono stati raccolti gli esiti gestazionali.

Risultati

I gruppi etnici rappresentati erano 11 con una forte presenza di donne Rumene, il 66,1%, e di donne Nigeriane il 27,2%. Per quel che riguarda l'assetto corporeo, valutato sulla base del BMI, all'accesso al servizio, che avveniva per lo più al secondo trimestre di gravidanza era così distribuito: 61% Normali, 8% Sottopeso, 31% Sovrappeso. Alla fine della gravidanza era migliorato, infatti, il 68% risultava Normale, il 6% Sottopeso e il 25% Sovrappeso. Le Nigeriane erano quelle in maggior sovrappeso, mentre le Sottopeso erano tutte donne di origine Rumena. Per quel che riguardava l'Anemia e lo stato del ferro, esso peggiorava significativamente nelle donne che accedevano al servizio nel terzo trimestre. In generale, le donne, presentavano per il 29% deficit del ferro senza anemia, l'11% Anemia e sideropenia, il 4% solo anemia. Il deficit di Ferro era molto più frequente tra le donna Rumene (42%) rispetto alle Nigeriane (25%), queste ultime erano più anemiche (48% vs 42%). Per quel che riguarda gli esiti avversi si riporta il valore di 1,3% di Morti Fetali Intrauterine, il 3,2% dei nati pretermine e solo il 3,2% dei nati sottopeso.

Conclusioni

In conclusione è possibile osservare che più tardi le donne giungevano al servizio, più elevato era il grado di anemia e il deficit di ferro. Per quel che riguarda il sovrappeso e il sottopeso, il miglioramento era evidente alla fine della gravidanza specie per le donne che arrivavano precocemente al servizio. Gli eventi avversi erano tutti o nella norma o più bassi di quelli riportati in letteratura. Si sottolinea la necessità di aumentare la aderenza alle cure prenatali delle donne immigrate e di anticiparle al primo trimestre al fine di migliorare la qualità delle cure.

Contatto: Ersilia Buonomo (ersilia.buonomo@uniroma2.it)



ALLEGATO 1

Il Workshop nazionale dei GrIS Milano 15-16 novembre 2013

Occasione di scambio e di rafforzamento della rete

a cura di: Chiara Boninsegna, Manila Bonciani, Emanuela Forcella

I GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute) sono attualmente presenti in quasi tutte le regioni italiane¹, sebbene con percorsi di costituzione ed azione diversi: alcuni GrIS sono ben attivi, altri faticano, altri ancora hanno avuto storie incerte ma sono comunque riferimenti locali importanti nell'impegno per la tutela e promozione della salute dei migranti (Geraci e Gnolfo, 2012). L'appuntamento del workshop nazionale dei GrIS è stata un'occasione per fare il punto della situazione e definire percorsi organizzativi comuni, nonché strategie adeguate per sostenere la corretta applicazione della normativa sul diritto alla salute e all'assistenza degli immigrati, partendo dal consolidare la conoscenza reciproca tra gli stessi GrIS.

Il senso complessivo del workshop

Il workshop realizzato a Milano nel novembre 2013 ed organizzato dal GrIS Lombardia è stato principalmente un *incontro tra persone* che lavorano all'interno dei GrIS esistenti, o che stanno lavorando per attivarli in altre regioni.

L'idea di organizzare ogni due anni un incontro tra GrIS nasce da una serie di elementi:

- Il riconoscersi nella scelta della SIMM di individuare nelle unità territoriali, i GrIS, "il livello organizzativo più consono per garantire partecipazione, vicinanza alle problematiche più o meno emergenti, capacità di analisi scientifica e organizzativa, interlocuzione politica per una reale accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari ai cittadini immigrati presenti nei territori".

- La consapevolezza che, perché il lavoro di una rete sia efficace, è necessario un lavoro intenzionale e specifico di "costruzione" continua della rete stessa (viene in mente l'immagine dei pescatori che instancabilmente dedicano parte del proprio lavoro alla cura delle reti). Per questo, qualsiasi occasione favorisca la conoscenza, il confronto, l'ascolto e la collaborazione tra quanti s'impegnano a vario titolo anche all'interno dei GrIS appare come uno strumento utile per rafforzare o riorganizzare i GrIS stessi e, a cascata, la SIMM.

- L'idea che proprio i GrIS (realtà ormai presenti in numerose regioni) possano/debbero concorrere in modo proficuo anche alla definizione dell'identità e delle scelte strategiche della SIMM.

È parso fin da subito difficile immaginare che questo incontro potesse essere dedicato esplicitamente e/o esclusivamente a un confronto sull'azione dei GrIS, sia perché ognuno di essi è diverso per storia, composizione e consistenza numerica, sia perché le diverse politiche regionali in tema di salute e immigrazione potrebbero rendere complesso il confronto.

Si è deciso quindi di seguire due binari:

¹ Attualmente attivi sono il GrIS Lazio, Trentino, Sicilia, Lombardia, Sardegna, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto, Campania, Friuli Venezia Giulia, Toscana ed in tempi più recenti sono sorti anche quelli della Liguria, Puglia e Calabria, mentre sono in fase di attivazione Abruzzo, Marche e Basilicata.

1. Da una parte individuare una tematica generale (nel nostro caso sintetizzabile nel binomio "cittadinanza e diritti", ma ne erano stati suggeriti anche altri quali ad esempio: la sussidiarietà nel mondo dell'assistenza sanitaria; la mediazione culturale; le politiche di genere; ...), da approfondire con l'aiuto di persone competenti. L'idea era che il tema individuato potesse rappresentare un arricchimento per i presenti ma anche, eventualmente, uno stimolo da cui qualche GrIS potesse trarre spunti di riflessione da sviluppare ulteriormente per poi (qualcuno l'ha ipotizzato) magari, riportarli in uno dei congressi SIMM.

2. Dall'altra sviluppare o approfondire alcune questioni indipendenti tra loro ma più vicine alle esperienze dei GrIS, come per esempio il recepimento formale ed effettivo dell'accordo Stato-Regioni e il lavoro sulla costruzione di un regolamento GrIS.

Un'attenzione particolare è stata riservata all'organizzazione delle diverse sessioni durante le quali lo sforzo è stato di salvaguardare un tempo ragionevole da dedicare al confronto e alla discussione al termine delle relazioni o nella forma del lavoro di gruppo. In effetti, è stata percepita ed espressa la necessità di spazi all'interno dei quali far emergere e raccogliere la diversità di esperienze o di opinioni delle persone presenti, diversità che rispecchiano anche la natura composita e variegata dei vari GrIS.

Uno dei fattori che si è voluto caratterizzasse e qualificasse l'incontro è stato il coinvolgimento, anche in fase organizzativa, di diversi gruppi regionali. Questa scelta, se da un lato ha alleggerito il lavoro per il gruppo ospitante, che si è occupato soprattutto della parte logistica, dall'altro ha consentito sia di valorizzare esperienze, riflessioni e competenze delle persone che fanno parte dei GrIS, sia di amplificare il livello di partecipazione. Infatti, la decisione su quali argomenti affrontare nelle sessioni e l'organizzazione concreta delle stesse è stata affidata a diversi GrIS, a partire dalle riflessioni sviluppate nel gruppo o dalle esperienze vissute o dall'interesse manifestato o dalle questioni che si è ritenuto utile approfondire.

La comunicazione interna ed esterna ai GrIS ed alla SIMM: restituzione dei lavori di gruppo del workshop

Il workshop si è articolato in quattro momenti centrali: la sessione tematica dedicata alla riflessione sulla cittadinanza ed i diritti, la sessione di aggiornamento sull'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, una più operativa che è servita a condividere strumenti di lavori dei GrIS, quali ad esempio i regolamenti che definiscono anche i meccanismi per garantire la rappresentanza dei membri del gruppo, e la sessione incentrata sulla comunicazione interna ed esterna ai GrIS ed alla SIMM.

Quest'ultima è stata pensata come momento di scambio e riflessione tra i GrIS sulla questione della comunicazione, di come essa possa essere realizzata al meglio a vari livelli per rispondere ai bisogni dei GrIS e della SIMM. L'obiettivo è stato quello di condividere, attraverso i lavori di gruppi, le finalità dei GrIS e della SIMM sulla comunicazione ed identificare le modalità per raggiungere efficacemente tali finalità: partendo cioè dal riflettere se la comunicazione sia orientata a svolgere una funzione verso l'esterno del gruppo (cioè ad informare, a fare cultura, ad essere usata come strumento di pressione, a sensibilizzare e coinvolgere nuovi soci) oppure verso l'interno del gruppo (come modalità per scambiarsi esperienze e pensieri e come strumento per sistematizzare le riflessioni interne al gruppo), si è cercato di confrontarsi sulle strategie e gli strumenti con le quali possa essere messa in atto.

Prima dei lavori di gruppo, è stata fatta una restituzione sui risultati dell'indagine di soddisfazione sul sito della SIMM (www.simmweb.it). Essendo infatti questo uno dei principali strumenti di comunicazione della SIMM, dopo aver raggiunto i 100.000 contatti, è sembrato utile avviare una riflessione su come ottimizzare l'informazione sui temi della salute dei cittadini immigrati in Italia, cominciando a capire se e come viene utilizzato il sito ed a raccogliere la valutazione che viene data sui contenuti da chi ne usufruisce e pareri su come migliorarlo, sia da un punto di vista tematico che grafico. L'intenzione è quella di rendere il sito uno strumento che sia sempre più capace di essere al servizio di quanti sono interessati e si impegnano per la salute degli immigrati, creando occasioni di relazione, approfondimento, scambio di informazioni e progettualità.

Per poter procedere quindi con una revisione del sito che risponda al meglio alle esigenze di chi lo utilizza, si è partiti da questa indagine via web che ha permesso di raccogliere 114 questionari su circa 1.000 contatti invitati a compilarlo. I rispondenti, in larga maggioranza donne (79%), di età media 48 anni, con cittadinanza italiana (98%), con affiliazione professionale diversificata (37% di aziende sanitarie, 21% di università/ricerca scientifica, 20% di privato sociale/associazionismo), così come provenienza geografica (tra le principali città Roma 34%, Torino 11%, Palermo 6%, Bologna 5%), sono in maggioranza soci SIMM (64%) da almeno 3 anni (71%, quasi uno su tre da almeno 8 anni) e fanno parte di un GrIS (50%). Utilizzano il sito principalmente per lavoro (37%) o studio e ricerca (29%) e lo conoscono da almeno 2-4 anni (73%, uno su quattro da almeno 7 anni), essendo venuti a conoscenza attraverso una comunicazione o un evento SIMM (41%) oppure attraverso una segnalazione da parte di colleghi/amici/conoscenti (34%). Oltre la metà consulta il sito qualche volta in un mese (55%). Il 38% dei rispondenti è molto soddisfatto del sito, perché le informazioni ed i contributi che vi trova (in particolare su normativa e politiche sanitarie) sono "pertinenti", "rilevanti", "puntuali", "aggiornati", "utili", "attendibili", "dettagliati", secondo i giudizi che vengono liberamente espressi a riguardo. Solo al 34% dei rispondenti è capitato di essere a conoscenza di informazioni rilevanti sui temi della salute degli immigrati e di non averle trovate sul sito ed al 46% è capitato di trovare sul sito informazioni rilevanti delle quali non era invece a conoscenza. Si constata però la necessità di ampliare le informazioni su altri argomenti relativi alla medicina delle migrazioni: nonostante la parte sulla normativa e sulle politiche sia quella più approfondita sul sito e ne venga comunque richiesto un ulteriore ampliamento (rispettivamente 14% e 15%), viene espresso interesse ad incrementare anche i temi relativi alla salute dei rifugiati e richiedenti asilo (11%), alle seconde generazioni (11%), alla salute materno-infantile (8%), alla salute mentale (7%) ed alla medicina narrativa (7%), menzionando soltanto i temi principali. Analogamente viene richiesto di arricchire le sezioni inerenti gli articoli e rapporti scientifici (31%) e le esperienze ed i progetti (29%), ma c'è anche interesse ad avere aggiornamenti su notizie ed eventi dai GrIS (9%). Il 79% giudica "abbastanza di qualità" la gradevolezza e la funzionalità dell'impostazione grafica del sito ed il 82% ritiene che il sito sia di facile consultazione. Tra le proposte di miglioramento c'è quella di utilizzare una grafica più "friendly", "accattivante", "moderna", soprattutto più funzionale per la consultazione e facilitante la lettura delle informazioni, di attivare la funzione di ricerca di informazioni o materiali di interesse sul sito e di suddividere in categorie tematiche le notizie ed i documenti. Viene espresso interesse anche per l'attivazione di aree riservate nel sito, cui accedere attraverso credenziali personali, in cui poter condividere e scambiare documentazione e informazioni sui temi di interesse, che verrebbero utilizzate certamente dal 44% dei rispondenti, nonché per l'uso di ulteriori strumenti di comunicazione quali la newsletter (49%), la mailing list (30%), il forum (15%). Alcuni suggerimenti raccolti riguardano l'implementazione o potenziamento di alcune sezioni, quali ad esempio quella relativa ai GrIS, utilizzabile dai membri stessi dei singoli gruppi per raccogliere o scambiare informazioni, materiale, verbali e altro e per essere informati sul lavoro che stanno svolgendo gli altri gruppi, quella sulla formazione per mettere a disposizione materiale utile per una formazione di livello base o avanzato, oppure una dedicata alle azioni di advocacy, con i contenuti relativi alle campagne che la SIMM nel tempo ha organizzato o alle quali ha aderito. L'indagine ha messo in luce che il sito è uno strumento utile, apprezzato e che il suo aggiornamento può renderlo ancora più efficace nel rispondere agli interessi dei soci SIMM e di tutti quelli che lo riconoscono come sito riferimento sul tema della salute degli immigrati.

Dopo la condivisione dei risultati sul sito, si è proceduto con i lavori di gruppo per i quali sono stati offerti alcuni spunti intorno cui sviluppare il confronto. In particolare sono stati identificati tre obiettivi della comunicazione per i GrIS e per la SIMM:

- la comunicazione all'interno dei GrIS, volta a fare rete a livello locale, mantenere motivazione e coesione nel gruppo, allargare le adesioni;
- la comunicazione con gli altri GrIS e con la SIMM, volta a fare rete a livello nazionale, scambiarsi strumenti ed esperienze;
- la comunicazione del singolo GrIS con il proprio contesto locale, volta ad informare e fare attività di pressione.

Ciascun gruppo ha discusso uno specifico obiettivo, riflettendo sulle strategie opportune per realizzarlo e sugli strumenti operativi da utilizzare.

Il primo gruppo, che si è occupato della comunicazione interna, ha concordato che valide strategie per favorirla potrebbero essere:

- la pianificazione del lavoro del GrIS in modo da condividere una visione di lungo periodo e le priorità su cui agire, pur restando disponibili ad affrontare le situazioni che possono di volta in volta presentarsi nel gruppo e nel contesto locale;

- l'organizzazione di qualche incontro interno come veri e propri seminari formativi, in cui presentare documenti, ricerche, tesi sui temi di interesse;

la piena condivisione della leadership del gruppo stesso;

- il favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti si impegnano a vario titolo per assicurare diritto, accesso e fruibilità all'assistenza sanitaria degli immigrati partendo da ciò che unisce e valorizzando l'esperienza di ciascuno.

Anche alcuni aspetti logistici, quali la rotazione dello svolgimento degli incontri tra le diverse province, pur consapevoli della difficoltà oggettiva per le regioni medio-grandi, oppure la scelta di orari compatibili con il gruppo, possono contribuire indirettamente a rendere più efficace la comunicazione interni. Gli strumenti riconosciuti utili per migliorare la comunicazione interna sono stati principalmente la condivisione di ordini del giorno e verbali degli incontri e l'utilizzo di mailing list (piuttosto che di un semplice indirizzario) a due livelli, con l'inclusione di indirizzi anche di persone che non partecipano attivamente agli incontri per le comunicazioni generali a scopo informativo, e una selezione più ristretta per le comunicazioni di carattere operativo o relative a questioni di interesse interno al GrIS. Pur riconoscendo il valore del sito anche per la dimensione locale del GrIS, è stato constatata la difficoltà di gestirlo e quindi l'opportunità di rinunciarci piuttosto che di averlo non aggiornato.

Il secondo gruppo ha riflettuto sulla comunicazione tra i GrIS e con la SIMM e ha riconosciuto che il potenziamento di strumenti sul sito SIMM dedicati ai GrIS, quali ad esempio delle aree riservate anche dotate di forum, potrebbe essere utile per facilitare questo scambio inter-gruppi. Per facilitare questo tipo di comunicazione trasversale può essere importante anche rendere più attivi i gruppi di lavoro tematici all'interno della SIMM e motivare i singoli componenti dei GrIS a parteciparvi. In questo modo nei gruppi tematici ci sarebbe la presenza attiva dei membri dei GrIS e nel confronto sui temi specifici di interesse potrebbero essere condivise anche le esperienze a riguardo maturate nei singoli GrIS. Anche la comunicazione nei gruppi tematici può essere veicolata attraverso il sito, ma si ritiene comunque che siano da garantire incontri ed eventi dedicati in cui incontrarsi direttamente ed avere modo di rafforzare la conoscenza reciproca. A questo proposito è stata riconosciuta come strategica la partecipazione ai congressi delle SIMM, ai workshop nazionali dei GrIS ed ad altri momenti analoghi per la condivisione di obiettivi e esperienze tra GrIS. Anche gli eventi formativi promossi dalla SIMM possono aver un ruolo in tal senso. È stato inoltre riconosciuto come essenziale il lavoro svolto dal Coordinamento dei GrIS per il confronto reciproco e la diffusione della conoscenza di iniziative di specifici gruppi locali anche agli altri GrIS. Si ritiene inoltre importante rafforzare le modalità attraverso cui riportare le esperienze dei GrIS al Consiglio di Presidenza delle SIMM e le decisioni di quest'ultimo in maniera tempestiva all'interno dei GrIS.

Il terzo gruppo, che ha affrontato la questione della comunicazione dei GrIS con il proprio contesto locale, è partito dal porsi alcune domande: con chi parla o dovrebbe parlare il GrIS? Chi conosce il GrIS? Che ricaduta viene percepita avere il GrIS sul fronte pubblico/politico? Il GrIS è davvero un punto di riferimento per gli operatori e per chi lavora sul campo? Nell discussione è stato ribadito il ruolo del GrIS come trait d'union tra operatori e istituzioni, o altre realtà sociali, ed è stato riconosciuto che la peculiarità del GrIS è quella di essere un serbatoio di competenze specifiche, ma che ha anche limiti, dati dalla latenza nella risposta a situazioni che emergono nel contesto e dall'eterogeneità delle componenti che fanno parte del gruppo. Gli interlocutori dei GrIS sono medici, operatori, studenti, ordini e colleghi professionali, associazioni, privato sociale, istituzioni, pubblico generale e le stesse associazioni che sono membri del GrIS. In particolare si è riflettuto

sull'importanza della comunicazione tra chi partecipa in prima persona al GrIS e la propria realtà di appartenenza. La promozione attiva del GrIS potrebbe essere fatta tramite un volantino o una scheda di presentazione da inviare o diffondere tramite gli enti locali (Comune, consigli di quartiere,...), gli ordini professionali (chiedendo di trasmettere la comunicazione ai membri, con possibile azione combinata a livello nazionale dalla SIMM), i corsi di formazione, le associazioni che nel territorio si occupano di immigrazione, gli operatori (anche attraverso i canali intranet aziendali). Il coinvolgimento nei GrIS di esperti in comunicazione può essere un fattore di supporto. Inoltre un ulteriore strumento identificato è stato la creazione di una lista di FAQ per sistematizzare il lavoro che viene fatto a livello di singolo GrIS, da usare come risposta per le tante richieste di chiarimenti ed informazioni su singoli casi, ma anche come strumento, quale casistica sistematizzata, per intervenire con la pressione istituzionale ed il monitoraggio periodico. Anche questo gruppo ha ribadito l'importanza del sito SIMM e del coordinamento GrIS per lo scambio di esperienze e strumenti tra GrIS.

Conclusioni

L'incontro ha confermato la complessità e la ricchezza dei GrIS, e l'impegno nel migliorare la collaborazione interna ed a superare gli ostacoli che si presentano. Chi vive l'esperienza di un GrIS sa bene, infatti, che non è sempre tutto facile né rispetto alle attività che si svolgono, né, a volte, per le difficoltà interne che possono appesantire il percorso e l'incontro tra le persone aderenti. E tuttavia ogni gruppo, partendo dall'analisi del contesto locale in cui opera o dalle sensibilità dei propri partecipanti, sta sviluppando percorsi di riflessione e aprendo prospettive che potrebbero interessare, stimolare, riguardare anche altri.

I GrIS sono reti territoriali complesse in cui convergono realtà collettive e persone diverse per storia, interessi, attività. Probabilmente questo rappresenta uno dei motivi della fatica dei gruppi, di ogni gruppo. Ma certamente rappresenta anche una delle grandi ricchezze dei GrIS e della SIMM. Il workshop ha permesso quindi di riconoscere e valorizzare tutto questo, grazie all'opportunità di costruire e offrire uno spazio di partecipazione, di conoscenza, di ascolto attraverso cui i gruppi regionali già attivi o quelli in fase di costituzione hanno potuto confrontare i propri progetti in cammino.

Bibliografia

Geraci S; Gnolfo F (a cura di). *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza* (2012). Pendragon

La cittadinanza alla prova dei figli dei migranti

Enzo Colombo
Università di Milano

Le trasformazioni della cittadinanza: una tensione tra diritti, partecipazione e identificazione

Le caratteristiche dei processi migratori contemporanei – sempre più inseriti in contesti di crescente globalizzazione che implicano una maggiore fluidità di persone, beni, immagini e informazioni – contribuiscono a rendere meno definiti e più mobili i confini nazionali e concorrono a porre questioni nuove riguardanti i criteri di inclusione e di esclusione che nella modernità hanno regolato la titolarità di una serie di diritti civili, politici e sociali. In particolare, le migrazioni internazionali rimettono in discussione il modo in cui, a partire dallo stato-nazione, la modernità ha pensato la cittadinanza come risultato di una stretta equazione tra diritti, nazionalità e appartenenza. Il carattere sempre più transnazionale – nell’immaginazione se non nelle pratiche – delle migrazioni internazionali fa emergere una contraddizione costitutiva, al cuore delle democrazie liberali, tra il riconoscimento delle libertà individuali, basate sull’idea di eguaglianza universale degli esseri umani, e la pretesa da parte degli stati sovrani di controllare i propri confini stabilendo i criteri di inclusione e di esclusione e garantendo, al contempo, la possibilità di un effettivo godimento dei diritti umani universali.

Queste trasformazioni segnalano una crescente divergenza tra cittadinanza e nazionalità nonché la contemporanea perdita di rilevanza della sovranità dello stato-nazione e della sua pretesa di presentarsi come referente esclusivo della tutela dei diritti civili e sociali. Come risultato del più lasco legame tra stato e nazione, la cittadinanza tende a passare da diritto acquisito alla nascita, o in base a forme forti di appartenenza, a diritto acquisibile in base a fattori stratificati, plurali, contestuali, che affiancano ai fattori dello *ius sanguinis* e dello *ius soli* i criteri della residenza, della competenza, del potenziale interesse per la comunità, della condivisione di ideali e stili di vita.

Si apre lo spazio per un uso strumentale della cittadinanza – per una “cittadinanza flessibile” – per cui il riconoscimento dell’appartenenza e dei diritti fungerebbe sia come sistema selettivo per includere le persone desiderate, dotate di alte capacità economiche e professionali, sia come strumento di “disciplinamento” che, premiando con l’inclusione i comportamenti e gli atteggiamenti “corretti” dal punto di vista della maggioranza. La cittadinanza finirebbe così per incanalare verso percorsi di normalizzazione i migranti “assimilabili”, escludendo gli “indesiderati”.

Il contesto normativo italiano in materia di cittadinanza.

L’acquisizione della cittadinanza è regolata in Italia dalla Legge 91/1992, fondamentalmente basata sui principi dello *ius sanguinis*, ovvero l’acquisizione per discendenza, e dello *ius conubii*, ovvero l’acquisizione per matrimonio. Questa legge è ispirata da un generale favore nei confronti dell’emigrazione italiana, sostenendo il mantenimento o l’ottenimento della cittadinanza per i discendenti degli emigrati, ma rendendolo piuttosto difficile per gli immigrati extracomunitari. Infatti, a differenza degli stranieri di origine italiana che devono attendere solo tre anni o addirittura due se il loro soggiorno è avvenuto prima dei diciotto anni, e a differenza dei cittadini comunitari a cui la cittadinanza italiana può essere riconosciuta dopo quattro anni di soggiorno, gli altri stranieri devono dimostrare di aver soggiornato in Italia continuativamente e regolarmente per almeno dieci anni prima di poter avanzare richiesta di acquisizione della cittadinanza italiana.

Per quanto riguarda le seconde generazioni, mentre chi è discendente di italiani può ottenere la cittadinanza in soli 2 o 3 anni, i figli di genitori stranieri extracomunitari possono richiedere la naturalizzazione solo al raggiungimento della maggiore età, ed entro il compimento del 19 anno. L’ottenimento è inoltre subordinato a una residenza in Italia regolare continuativa dalla nascita ai 18 anni. Il requisito della residenza legale e ininterrotta rischia di escludere dal beneficio un nume-

ro considerevole di giovani, nati in Italia e privi di legami diretti con il paese d'origine dei genitori. È infatti condizione pressoché comune che i genitori abbiano ottenuto un regolare titolo di soggiorno solo in epoca successiva alla nascita, per effetto di un provvedimento di regolarizzazione, oppure che i giovani abbiano fatto qualche periodo, seppur breve, di soggiorno all'estero, presso i nonni o altri membri della famiglia. La richiesta di legge di una residenza "senza interruzioni" non è ulteriormente specificata nei suoi significati, lasciando ai decisori un ampio grado di discrezionalità. Nella sua lettura più restrittiva può portare alla situazione paradossale di negare la cittadinanza a giovani che hanno passato nel paese dei genitori solo qualche mese di vacanza estiva, costringendoli a essere e a sentirsi "italiani con il permesso di soggiorno", perennemente esposti alla minaccia di perdere il diritto di residenza e di essere espatriati verso un paese che non conoscono.

La severità della disciplina italiana emerge con ancora maggiore chiarezza se confrontata con altri paesi europei. Solo Austria, Danimarca e Grecia prevedono un'applicazione altrettanto rigida dello *ius sanguinis* che impedisce, di fatto la possibilità di acquisizione della cittadinanza alla nascita. Anche la Germania, che ha rappresentato a lungo un esempio paradigmatico del modello della discendenza di sangue, negli anni 90 ha ampliato le possibilità di naturalizzazione. Possono ottenere la cittadinanza i figli di immigrati che risiedono in Germania per almeno 8 anni o che hanno completato un percorso di studi di almeno 6 anni. Per le seconde generazioni è previsto il riconoscimento automatico della cittadinanza tedesca a patto che almeno uno dei genitori abbia risieduto nel paese negli ultimi otto anni e disponga di un permesso di soggiorno permanente.

In Spagna, seppure in presenza di norme molto restrittive per i primo migranti, lo straniero nato nel paese ottiene la cittadinanza dimostrando almeno un anno di residenza. Favorevoli le condizioni in paesi tradizionalmente orientati allo *ius soli*: Gran Bretagna, Olanda e Francia. Per la Gran Bretagna, è prevista l'acquisizione automatica della cittadinanza se almeno uno dei genitori o la madre, nel caso di nascita al di fuori del matrimonio, risulta in possesso di un regolare permesso di soggiorno. In Francia si applica il principio del doppio *ius soli*, ovvero è cittadino francese il bambino nato nel paese da genitori a loro volta nati in Francia, anche se stranieri. In Olanda si applica lo stesso principio, ma il requisito chiave è la residenza: è cittadino olandese il bambino nato da genitori stranieri di cui almeno uno risulti essere residente nel paese al momento della nascita, e che può dimostrare a sua volta di aver avuto un genitore residente in Olanda al momento della sua nascita.

I figli di immigrati di fronte alla cittadinanza

I dati qui presentati si riferiscono a una serie consistente di interviste discorsive effettuate con giovani figli di immigrati o con giovani figli di "autoctoni" che frequentano le ultime classi delle scuole superiori milanesi¹. Le interviste hanno toccato vari aspetti della vita quotidiana – amicizie, stile di vita, modelli di consumo, relazioni familiari e sentimentali, progetti per il futuro, modelli di identificazione, opinioni rispetto a questioni di cronaca, immigrazione, razzismo – lasciando ampio spazio al tema della cittadinanza.

I dati raccolti non possono essere facilmente generalizzati, ma, nondimeno, sono in grado di illustrare in modo ampio e dettagliato le principali linee di argomentazione che questi giovani ritengono plausibile o efficace utilizzare per discutere del tema della cittadinanza, evidenziando interessanti linee di trasformazione che certamente necessitano di ulteriori approfondimenti.

¹ Le interviste ai giovani figli di immigrati sono state raccolte nell'ambito di due distinte ricerche: Prin-Cofin 2006 "Adolescenti figli di migranti in Italia: valori, identificazioni, consumi, progetti futuri. Ipotesi teoriche a confronto sul percorso di integrazione/esclusione delle 'nuove seconde generazioni", e Provincia di Milano – Centro COME 2008 "Non uno di meno". In totale sono state raccolte 131 interviste tra i figli di immigrati frequentanti gli ultimi tre anni delle scuole superiori milanesi. A queste, si aggiungono 74 interviste, effettuate appositamente per l'approfondimento qui presentato, a giovani figli di "autoctoni" frequentanti gli ultimi tre anni degli istituti tecnici o professionali milanesi.

Interesse strumentale

Tutti i ragazzi figli di immigrati intervistati esprimono un forte interesse per l'ottenimento della cittadinanza italiana. La motivazione più diffusa è di carattere strumentale: ottenere la cittadinanza consente di sottrarsi al vincolo senza fine del rinnovo del permesso di soggiorno. In tutte le narrazioni raccolte, ottenere i documenti necessari a rimanere in modo regolare in Italia è presentato come una fatica immane, carica di incertezza, disagi, confronto con funzionari e forze dell'ordine spesso sgarbati se non ostili. L'interesse per la dimensione formale, strumentale e pratica, della cittadinanza va certamente collocato in un quadro normativo che, basandosi sul principio dello *ius sanguinis*, rende difficile la naturalizzazione per chi non sia discendente di genitori italiani, fino a giungere alla situazione, ritenuta paradossale da molti intervistati, di richiedere il possesso di un permesso di soggiorno per chi è nato in Italia, vi ha passato la maggior parte della propria vita ed è intenzionato a restarci in futuro. La continua incertezza rispetto alla legittimità della propria presenza in Italia, la macchinosità e la lentezza della burocrazia fanno sì che la cittadinanza sia spesso vista come un "documento", un sostituto stabile del permesso di soggiorno.

La cittadinanza sarebbe comoda perché mi risparmierebbe una parte di tempo, secondo me, del permesso di soggiorno, perché le carte burocratiche da fare in quel senso sono veramente tante e poi non dovrei sempre stare lì disperato cercando di trovarmi un lavoro fisso perché mi diano il permesso di soggiorno, cioè è stressante la cosa dopo un po' (Alexis, 20 anni, nato in Perù, in Italia dall'età di 3 anni, cittadinanza peruviana)

Oltre a facilitare l'esistenza, eliminando la fatica e l'incertezza connesse alla richiesta dei permessi necessari per una presenza regolare, la cittadinanza, in quanto documento formale, consente di ridurre – anche se non di eliminare – forme di discriminazione. Vedersi riconosciuta la cittadinanza equivale a vedersi riconosciuta la legittimità della propria presenza, non essere continuamente accusati di essere "fuori posto", inadeguati, guardati in modo diverso. Di fronte all'esperienza quotidiana di essere considerati "invasori" o potenziali devianti, avere la cittadinanza significa sia prendere le distanze dai soggetti più marginali e stigmatizzati, sia poter legittimamente pretendere di essere trattati "alla pari".

Io mi presento sempre come egiziano, perché non sono un vero italiano ... cioè sì lo sono, perché sono nato qui e ho vissuto qui, ma le mie vere origini sono egiziane ... Mi presento sempre come egiziano, poi se uno parla [in modo offensivo verso gli stranieri], allora dico: 'senti, sono italiano anch'io, non dovrei comportarti in un certo modo' ... però mi piace sempre vedere le persone come sono, vedere, se dico che sono egiziano, se si comportano come con gli italiani; però poi se vedo che ha un po' di diversità nel rapporto, un po' di pregiudizi, allora è importante poterli far vedere il passaporto e dirgli: 'guarda che sono cittadino italiano' (Moussa, 17 anni, nato in Italia da genitori egiziani, con doppia cittadinanza)

Molti intervistati sono comunque consapevoli che l'ottenimento della cittadinanza non protegge da forme di discriminazione o da atteggiamenti razzisti.

Avere la cittadinanza vuol dire essere riconosciuto come italiano ... anche se dall'esterno lei non mi vede come cittadino perché ... se uno non mi conosce, mi vede per la prima volta non va a pensare che sono cittadino italiano e che mi deve trattare alla pari di un cittadino italiano ... perché il colore della pelle conta per tanta gente e io ho il colore della pelle diverso. Se ero bianco prendevo la cittadinanza italiana ed ero soddisfatto, diventavo italiano dentro e fuori.

lo dentro posso diventare italiano, ma fuori no ... è impossibile, fuori mi vedranno sempre come uno straniero (Supun, 19 anni, genitori dello Sri Lanka, in Italia dall'età di 10 anni)

Il brano dell' intervista precedente evidenzia quanta strada sia ancora necessaria perché si renda abituale la possibilità di pensare l'essere italiani come slegato da caratteristiche fenotipiche e quanto urgente sia una riflessione pubblica sul senso di appartenenza e sulle possibili derive razziste – soprattutto quando non sono messe a tema e percepite come tali.

Il diritto a viaggiare e ad avere pari opportunità

Tra i diritti associati al possesso della cittadinanza, il diritto a viaggiare liberamente è senza dubbio il più citato dai giovani figli di immigrati intervistati. Il riconoscimento della cittadinanza italiana, in sostituzione o, meglio, affiancata a quella del paese di provenienza dei genitori, garantisce la possibilità di varcare le frontiere nazionali senza limitazioni. La libertà di movimento è importante sia perché consente di evitare discriminazioni e inutili differenze rispetto ai coetanei italiani – per esempio in occasione delle gite scolastiche, delle vacanze o delle visite ai parenti all'estero – sia perché non esclude dalla possibilità di partecipare, a volte anche solo in modo virtuale, alla cosmopoli delle opportunità e dei flussi globali. La limitazione all'attraversamento delle frontiere è considerata una drastica riduzione al pieno sviluppo delle capacità personali, cioè delle risorse a disposizione di un individuo per pensarsi e agire come individuo, per essere riconosciuto come tale dagli altri e per investire nella realizzazione di sé come persona umana. Potersi spostare liberamente costituisce una risorsa necessaria per non restare esclusi dalla possibilità di cogliere occasioni e di fare esperienze positive. Anche se non attuato, potersi pensare libero di viaggiare, di avere la possibilità se lo si desidera di andare là dove si avverte che ci siano novità e opportunità, è percepito come un diritto inalienabile di ogni essere umano. La cittadinanza più che costituire un diritto ad avere diritti assume la coloritura di un diritto indispensabile a non avere limitazioni, a poter partecipare alla pari, a poter giocare a pieno tutte le proprie possibilità.

Per i ragazzi figli di immigrati intervistati, la cittadinanza più che campo per la rivendicazione di diritti collettivi e di differenze culturali sembra costituire un ambito rilevante per avanzare richieste di maggiore inclusione, declinate secondo un lessico universalistico. La cittadinanza assicura l'equità e la parità delle condizioni di partenza che consentono di sviluppare pienamente un grado di autonomia sufficiente per non essere esclusi dal gioco, rischioso, della costruzione del proprio futuro. Avere la cittadinanza significa essere liberi di scegliere, di muoversi e di esprimersi, costituisce un elemento costitutivo dell'individualità, rappresenta una delle condizioni necessarie perché le capacità individuali possano maturare e tradursi in esperienze concrete, perché, come direbbe Martha Nussbaum, si possa "diventare persone".

Lo stato-nazione gioca un ruolo contraddittorio nel garantire questo tipo di inclusione universale. Da un lato viene scavalcato da richieste di diritti che si basano su un'idea di cittadino come soggetto sganciato da appartenenze e riconoscimenti territoriali: nucleo centrale della cittadinanza diviene il diritto universale a non essere esclusi a causa di criteri ascritti o di attributi categoriali. Non solo l'identificazione comunitaria, ma anche l'identificazione nazionale può risultare un vincolo eccessivo e limitare un pieno sviluppo delle proprie capacità personali. In questa logica, le argomentazioni sembrano sviluppare l'idea di una cittadinanza universale, basata su diritti rivendicati su base globale e garantiti indipendentemente da appartenenze imposte.

Dall'altro lato, lo stato-nazione mantiene una rilevanza sostanziale in quanto costituisce il soggetto istituzionale che concretamente può assicurare o negare il riconoscimento di tali diritti. Non basta avere un passaporto per poter partecipare liberamente alla cosmopoli contemporanea, perché il diritto alla mobilità riconosciuto dai diversi stati-nazione non ha la stessa rilevanza. Più che un riconoscimento universale, il diritto alla mobilità e alla possibilità di partecipazione dipendono dalla forza e dalla posizione nella gerarchia mondiale dello stato-nazione che li concede. Lontani da una cittadinanza globale, che riconosca a tutti i diritti ritenuti fondamentali per una piena partecipazio-

ne e una piena realizzazione individuale, essere inclusi o esclusi da specifiche cittadinanze nazionali continua a costituire un fattore che incide in modo rilevante sulle biografie personali. Si può sostenere che se nel primo caso la dimensione dell'appartenenza nazionale diviene meno rilevante, nel secondo si rafforza il ruolo dello Stato come soggetto istituzionale in grado di garantire il godimento effettivo dei diritti di cittadinanza, segnando così una tensione tra stato e nazione che nella prospettiva della cittadinanza classica tendevano invece a procedere nella medesima direzione.

Cittadinanza e doveri

Tra i giovani intervistati il discorso sulla cittadinanza insiste più sui doveri che sui diritti. Chi si dimostra essere una persona rispettabile, perché ha un lavoro, una famiglia, una casa, ed è economicamente indipendente, allora dovrebbe essere considerato un cittadino ed essere incluso a pieno titolo nella società civile. La cittadinanza non costituisce uno status universale, un insieme di diritti riconosciuti a tutti i soggetti in quanto esseri umani, ma piuttosto un insieme di garanzie e di trattamenti differenziati che vanno meritati dimostrando un comportamento rispettoso e conforme. Non costituisce neppure uno status acquisito, una volta per tutte, grazie a criteri ascritti: il riconoscimento della cittadinanza deve essere legato ai 'fatti', deve essere guadagnato attraverso il rispetto delle regole e la condivisione degli ideali di vita della maggioranza.

Più che strumento di inclusione, la cittadinanza è percepita come uno strumento di selezione, capace di distinguere tra meritevoli e colpevoli del proprio insuccesso, desiderati e inadeguati a vivere nella società civile.

Nelle narrazioni dei giovani con genitori italiani, la cittadinanza è strettamente connessa al tema dell'immigrazione. Quando si parla di se stessi, la cittadinanza è considerata una parte naturale del pacchetto di garanzie (diritti prima ancora che doveri) che derivano dall'essere nati in Italia; quando si parla di stranieri, la cittadinanza è qualcosa che deve essere meritato, che deve essere guadagnato dimostrando di essere disposti a lavorare, rispettare le regole, rendersi utili per la comunità in cui ci si vuole inserire. Parlare di cittadinanza come insieme di doveri viene utilizzato per definire le condizioni necessarie perché uno straniero possa essere accettato e possa legittimamente restare in un luogo che 'non è suo'.

Per me per avere la cittadinanza italiana dovrebbe avere un lavoro, avere una casa ... e poi non so cos'altro ... a me queste due cose andrebbero bene, un lavoro e una casa ... e che contribuisca a pagare le tasse, non abbia mai avuto problemi con la legge, e così via ... a quel punto, cittadinanza italiana (Daniele, 19 anni, genitori italiani)

Si può diventare italiani? Certo! Dipende se sono utile alla società ... se sono utile e supporto la società lavorando e non facendo casino, rigando dritto, così puoi guadagnare la cittadinanza italiana e puoi essere riconosciuto come italiano (Alessio, 20 anni, genitori italiani)

In sintonia con il prevalente discorso pubblico sull'immigrazione, spesso focalizzato sui temi dell'emergenza, della minaccia e dell'ordine pubblico, l'idea che la cittadinanza sia prima di tutto connessa a una serie di doveri fa sì che possa essere utilizzata come criterio che giustifica l'esclusione di chi non è rispettabile perché non rispetta le regole.

Dopo un tot di anni è giusto che lo straniero abbia la cittadinanza, però ovviamente lui la cittadinanza se la deve prendere in un modo giusto, cioè lui deve, dal momento in cui arriva in Italia, lo straniero deve farsi per esempio la gavetta, fare un lavoro onesto per un tot di anni, cioè deve far vedere che lui contribuisce alla produzione che c'è in Italia diciamo, e da lì è giusto che lui abbia la cittadinanza ... la maggior parte delle persone arrivano in Italia e non tengono

a farsi una strada onesta, la maggior parte viene in Italia, hanno i loro giri, non so, rubano, e da lì non mi sembra una cosa onesta che da lì uno debba avere la cittadinanza (Cristian, 19 anni, genitori italiani)

L'Italia dovrebbe tenere solo gli onesti, cioè fare una selezione ... Per questa gente qua, fare una specie di censimento e per coloro che hanno un lavoro in regola, una casa, una famiglia tenerli, quelli che vagano così, ricacciarli al loro paese, perché fanno solo danno all'Italia e basta ... perché comunque ci sono tanti stranieri che vengono qui, lavorano onestamente, hanno famiglia, fanno fatica ad arrivare alla fine del mese, per cui ... però ad esempio quelli che vengono qui, non fanno niente tutto il giorno, spacciano, rubano ... quelli sono da mandare al loro paese subito ... tipo zingari o ... quella gente lì ... li odio perché vengono qui e rubano i bambini, già che fanno quello! bisognerebbe cacciarli! Sì perché loro sono ospiti nel nostro paese, fanno quello che vogliono. Se nel loro paese fanno queste cose, gli tagliano le mani, cioè se rubano, lì hanno la legge del taglione che se rubi una cosa ti tagliano un braccio, qua invece la giustizia non funziona (Davide, 19 anni, genitori italiani)

L'enfasi sui doveri è ampiamente condivisa anche dai giovani figli di immigrati. Più dei due terzi, tra loro, ritiene che il rispetto delle regole e il merito siano criteri validi per definire chi dovrebbe vedersi riconosciuta la cittadinanza e chi no.

C'è gente che viene adesso solo per fare casino, non mi piace neanche. Come fossi io, anch'io sono come la Lega ... portare via tutti. Io non sono italiano però penso così: c'è gente che viene per fare casino, non dovrebbe venire. Per me sono gente che nessuno li vuole, così. Per me c'è gente che viene qui per lavorare, che vuole migliorare e questi bisogna aiutarli e dargli subito i documenti, quelli che vengono per fare casino invece fuori subito. Ci deve essere una separazione tra chi viene per ottenere dei risultati e dare una mano e chi inizia a rubare o fa qualcosa del genere (Adber, 21 anni, nato in Marocco, in Italia dall'età di 16 anni)

Alcune osservazioni conclusive

La cittadinanza si colloca al cuore dell'attuale dibattito multiculturale, costituisce il campo di contesa per la definizione di nuove forme di inclusione e di esclusione, del significato di uguaglianza e di differenza. Costituisce l'ambito pratico, quotidiano, delle lotte per il riconoscimento, lotte che riguardano non solo – non tanto – il riconoscimento di diritti collettivi, quanto il riconoscimento di possibilità e capacità individuali che, per tradursi in concrete possibilità di vita, necessitano sia di essere accettate e valorizzate nella loro specificità e nel loro legame con tradizioni e collocazioni storico-culturali specifiche, sia di essere tutelate in modo formale da un'entità istituita.

Il riconoscimento formale della cittadinanza – riconoscimento concesso e garantito dallo stato-nazione – costituisce tuttora un prerequisito indispensabile per una piena realizzazione delle proprie capacità personali. I diritti connessi alla cittadinanza costituiscono la garanzia minima per poter essere riconosciuti come persone e partecipare alla pari e in modo autonomo alla vita sociale. In particolare, in un contesto di immigrazione, la cittadinanza assicura il diritto alla *presenza* e alla *voce*; assicura autonomia, possibilità di resistenza, libertà di scelta, che costituiscono condizioni necessarie per essere protagonisti del proprio destino. Tra i classici diritti associati alla cittadinanza, il diritto alla mobilità sembra assumere un rilievo, simbolico prima ancora che pratico, particolare: in un contesto in cui i confini nazionali continuano a essere rilevanti, possedere il passaporto di uno stato-nazione occidentale continua a 'fare differenza' e può avere ripercussioni pratiche rilevanti sulle vite individuali.

Lo scivolamento, nel discorso sulla cittadinanza, da un'enfasi sui diritti a un'enfasi sui doveri sembra aprire campi di discussioni più problematici: trasformandosi in strumento flessibile di controllo dell'inclusione, la cittadinanza funziona come nuovo criterio di esclusione e come parametro per la definizione del comportamento conforme e appropriato. Soprattutto nei discorsi dei membri del gruppo "autoctono", la cittadinanza si trasforma in un potenziale strumento per sostenere forme difensive di chiusura, che utilizzano la salvaguardia delle tradizioni e della cultura maggioritaria sia come criterio di valutazione degli accessi sia come legittimazione delle esclusioni.

Emerge l'idea di una cittadinanza plurale in cui diritti, doveri e appartenenze raggiungono un certo grado di indipendenza reciproca, assumono importanza diversa e vengono valutati in modo diverso in relazione ai contesti. Questo favorisce lo sviluppo di una cittadinanza post-nazionale pratica, che utilizza argomentazioni universalistiche per richiedere riconoscimenti di carattere particolaristico. Non si tratta di una posizione necessariamente aperta, eticamente buona o garante di mancanza di conflitti; può anche rivelarsi una forma di indifferenza, colonialismo da parte dei più potenti, nuova ideologia che legittima l'abbandono al proprio destino di chi non ha la volontà o le risorse sufficienti per essere flessibile e adattabile.

Di fatto un articolarsi per linee parzialmente autonome delle dimensioni formale, partecipativa e identificativa rende il campo di contesa attuale della cittadinanza il luogo in cui vengono contemporaneamente difese l'eguaglianza – come criterio di base per una partecipazione autonoma e per uno sviluppo personale adeguato – e le specificità – come riconoscimento della libertà di scelta, di autonomia e di dissenso. Vengono così ribaditi nel lessico dei diritti e dei doveri di cittadinanza i due principi chiave che definiscono lo spazio del dibattito multiculturale così come si è sviluppato a partire dagli anni 80 del secolo scorso. Da un lato, la necessità da parte dello Stato di garantire eguaglianza e partecipazione, attuando politiche che assicurino a tutti i soggetti che partecipano alla vita sociale ed economica un pari accesso al mercato del lavoro, alla casa, all'istruzione e agli altri servizi sociali, proteggendoli nel contempo da discriminazioni. Dall'altro, la capacità di riconoscimento della specificità e della differenza che strutturalmente caratterizza le società contemporanee.

ALLEGATO 2

Raccomandazioni finali del XII Congresso SIMM 2012 (Viterbo, 10-12 Ottobre 2012)

PREAMBOLO

Circa 300 operatori sociosanitari provenienti da tutta Italia hanno partecipato al XII Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che si è svolto a Viterbo dal 10 al 12 ottobre 2012. La scelta della SIMM di non usufruire di finanziamenti da parte di sponsor commerciali per l'organizzazione del Congresso nazionale ha stimolato l'attivazione di una modalità organizzativa basata sulla partecipazione e la responsabilizzazione dei soci; ciò ha promosso sinergie tra i diversi attori, comprese le istituzioni locali, di cui si riconosce il valore di esempio concreto ed innovativo nell'utilizzo etico ed efficiente delle risorse, con ricadute positive anche in termini di rafforzamento delle reti e delle competenze locali.

Di fronte agli attuali scenari dominati dalla crisi economico-finanziaria, la SIMM guarda con preoccupazione ad alcune tendenze politiche europee (vedi i casi della Spagna e della Grecia) in cui gli stranieri - in particolare alcune categorie di persone immigrate - rischiano di rappresentare, insieme ad altri gruppi di soggetti fragili, anche italiani, l'anello debole, quello esposto a maggiori rischi per la salute. I lavori del XII Congresso Nazionale di Viterbo hanno avuto come denominatore comune e principio ispiratore il rispetto del dettato costituzionale, laddove (articolo 32) identifica la salute come un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, garantendolo a tutti senza discriminazioni. Sono state individuate alcune aree critiche, in cui le conseguenze di ulteriori indebolimenti delle misure di protezione sociale e sanitaria potrebbero essere particolarmente pesanti e gravi, come la salute dei lavoratori, degli "immigrati" di seconda generazione, degli stranieri nelle situazioni di restrizione della libertà fisica (detenuti e trattenuti nei CIE) e la salute mentale. *Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni* rappresentano le risposte del Congresso a questi scenari nella consapevolezza che le persone immigrate non sono solo parte del problema ma anche della soluzione.

IN RETE PER LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI

Intervenire per la salute delle persone immigrate comporta la necessità di confrontarsi all'interno di uno scenario complesso (multilivello e multisettoriale), in cui sono presenti diversi attori con competenze e possibilità di azione diversificate, talvolta anche sovrapponibili e concorrenti. La principale criticità è riuscire a costruire reti che permettano scambio, collaborazione, stimolo reciproco, ma anche interventi coerenti e in linea con i principi di equità e inclusione. Le esperienze dei Gruppi regionali Immigrazione e Salute (GrIS) della SIMM sono esempi concreti di come si possa lavorare in rete in maniera efficace e innovativa, svolgendo anche un'importante azione di *advocacy* per la salute delle persone immigrate.

Raccomandazioni

- Promuovere un'azione di *governance* nazionale¹ che sappia valorizzare le reti esistenti, in ambito istituzionale, scientifico e dell'associazionismo e favorire la formazione di nuove sinergie;
- condividere e divulgare linee guida e buone prassi, anche attraverso un'efficace azione di coordinamento a livello nazionale, regionale e locale;
- sollecitare l'emanazione e la diffusione da parte della Conferenza Stato-Regioni del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione

straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane”, prodotto dal Tavolo interregionale Immigrati e servizi sanitari della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni; tale documento tecnico contiene in particolare:

- garantire il pediatra di libera scelta a ogni bambino indipendentemente dallo status giuridico²;
- indicazioni univoche per risolvere le difformità di assistenza per gli Europei Non Iscritti;
- favorire la partecipazione delle persone immigrate all’interno delle reti già strutturate e/o facilitare la formazione di reti di comunità;
- promuovere attività di formazione sull’approccio transculturale rivolte agli operatori socio-sanitari e amministrativi, nonché momenti di incontro con la cittadinanza e informazione sul fenomeno dell’immigrazione.

“IMMIGRATI” DI SECONDA GENERAZIONE

I bambini e i ragazzi immigrati e immigrate di seconda generazione – figli di almeno un genitore straniero nati in Italia o i giovani immigrati che hanno compiuto nel nostro Paese parte o tutta la loro formazione scolastica – si trovano a essere italiani di fatto ma stranieri per il diritto. In questa dualità/ambiguità costruiscono la loro sfera sociale e relazionale, incontrando una serie di ostacoli e difficoltà che possono compromettere i processi di integrazione nel nostro Paese.

Raccomandazioni

- Rivedere la definizione di “immigrato di seconda generazione”, superando visioni statiche e stereotipate delle differenze e delle identità e considerarli per quello che sono: nuovi italiani;
- sostenere la necessità di riformare la legge sulla cittadinanza per i/le minori di origine straniera per proteggere il loro benessere psichico, garantendo lo *ius soli* e agevolando l’accesso alla cittadinanza per coloro che abbiano completato un intero ciclo scolastico in Italia;
- rafforzare le competenze degli operatori socio-sanitari e della scuola rispetto alla loro capacità di comprensione e costruzione di relazioni con questi “nuovi italiani”;
- promuovere progetti di presa in carico delle famiglie immigrate in difficoltà per problemi di relazione trans-generazionale, in particolare per quanto riguarda i ricongiungimenti familiari.

SALUTE DEI LAVORATORI

Le condizioni di lavoro sono oggi riconosciute tra i principali determinanti della salute; le lavoratrici e i lavoratori immigrati sono esposti a maggiori rischi di infortunio rispetto agli autoctoni. Tali rischi sono soprattutto a carico dei lavoratori maschi impegnati in attività non qualificate: ad esempio, nel settore edile il rischio di infortunarsi per un immigrato è oltre otto volte superiore rispetto a quello di un italiano. Vengono segnalate, inoltre, diverse forme di discriminazione, quali il sottosquadramento contrattuale, il mancato riconoscimento dei titoli di studio e delle qualifiche professionali, l’assenza o carenza di formazione e addestramento, questi più evidenti tra le donne. Rispetto alla tutela delle lavoratrici e lavoratori stranieri e all’emersione del lavoro nero, il Decreto legislativo n. 109 del 16 luglio 2012 prevede il rilascio di un permesso di soggiorno temporaneo ai lavoratori che denunciano situazioni di sfruttamento.

Raccomandazioni

- Promuovere direttamente nei luoghi di lavoro campagne informative sui diritti di chi lavora e iniziative di educazione alla salute e di formazione alla sicurezza, con particolare riguardo alle condizioni di rischio occupazionale delle persone straniere;
- implementare azioni positive a tutela della salute delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati, anche attraverso l’elaborazione di specifiche linee guida volte al superamento delle condizioni di svantaggio, dando peso alla mediazione linguistico-culturale;
- sostenere e promuovere un’interpretazione sistematica ed estensiva della norma sul rilascio del permesso di soggiorno ai lavoratori stranieri irregolari che denunciano condizioni di sfruttamento,

ivi comprese le attività lavorative particolarmente rischiose per la salute, svolte in assenza di protezioni e garanzie previste dalla legge;

- sostenere e incoraggiare lo sviluppo dell'imprenditorialità straniera come forma compiuta di integrazione sociale ed economica, attraverso una generale semplificazione delle formalità burocratico-amministrative e dei procedimenti autorizzativi;
- facilitare l'iter di riconoscimento dei titoli di studio acquisiti in Paesi esteri (soprattutto in Paesi a forte pressione migratoria).

STRANIERI NELLE SITUAZIONI DI RESTRIZIONE DELLA LIBERTÀ FISICA

a) Detenuti

Le persone straniere detenute, che sono oggi oltre un terzo della popolazione complessivamente presente nelle carceri italiane, rappresentano, di fatto, un gruppo portatore di ulteriori fragilità rispetto a quelle già insite nella condizione di 'ristretto'. Alle problematiche di salute comuni a tutti i detenuti, e legate, in particolare, al sovraffollamento e al disagio ambientale e psicologico che ne conseguono, si aggiungono spesso: difficoltà comunicative e relazionali; diversità culturali e religiose; maggiore lontananza dagli affetti e dal supporto di figure amicali (anche per il minor radicamento territoriale); difficoltà di rapporto di fiducia con gli operatori sanitari; scarsa informazione circa i propri diritti. A queste criticità si collegano: tendenza all'isolamento fisico e psicologico e maggior ricorso ad atti di autolesionismo; rischio di minor tutela della salute (dipendenze, ritardo diagnostico, ridotta *compliance* etc.).

Raccomandazioni

- Investire nella formazione e nell'aggiornamento del personale penitenziario (socio-sanitario, educatori, agenti di custodia) e delle persone detenute, favorendo lo sviluppo di una cultura di collaborazione con il personale degli enti locali;
- acquisire operatori che possano favorire una mediazione linguistico-culturale;
- superare le barriere burocratico-amministrative a un'azione preventiva efficace, anche coinvolgendo i detenuti/e stranieri in campagne di educazione sanitaria;
- promuovere iniziative multicentriche che vedano la partecipazione di tutti gli attori interessati (Istituti, ASL, Enti locali, Società scientifiche, Associazioni...) e costruire 'alleanze' con le realtà territoriali di aggregazione della società civile, anche al fine di individuare percorsi di integrazione nella fase post-detentiva.

b) Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE)

I CIE sono inefficaci e rappresentano un pericolo per i diritti fondamentali delle persone detenute: è evidente la necessità del loro superamento³. Le maggiori criticità riguardano: i tempi di detenzione, che ad oggi possono raggiungere i 18 mesi; le condizioni di vita degradate e private della dignità; l'impossibilità/interdizione per i medici e gli operatori della salute in generale di accedervi al fine di garantire i diritti fondamentali dell'assistenza e della cura e per identificare eventuali vulnerabilità psico-fisiche. In attesa della chiusura di queste strutture, vengono formulate le seguenti raccomandazioni.

Raccomandazioni

- Agevolare l'interfaccia tra interno ed esterno del Centro, abbattendo inviolabili sbarre, e garantire l'accesso da parte del Sistema sanitario pubblico di competenza territoriale (ASL);
- identificare e verificare profili di competenza certificabili di tutto il personale degli Enti gestori coinvolto nella cura e nell'assistenza alle persone trattenute in queste strutture, con particolare riferimento alle competenze necessarie al riconoscimento delle vittime di tortura e alla relazione con esse;
- garantire percorsi personalizzati che preservino la dignità delle persone;

– monitorare la situazione e le condizioni di vivibilità nel rispetto dei diritti fondamentali. Pur con le dovute differenze di inquadramento giuridico, di mandato e di contesto ambientale, tali raccomandazioni sono estendibili anche per i Centri di accoglienza dei richiedenti asilo (CARA) e per gli altri centri di accoglienza previsti dall'attuale ordinamento.

CONDIZIONI DEI RICHIEDENTI O TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

I richiedenti o titolari di protezione internazionale necessitano di costante e competente attenzione e tutela. Tale tutela in questo momento storico va garantita anche alle popolazioni provenienti dai Paesi nord-africani nell'ambito della cosiddetta "emergenza del Nord-Africa (ENA)"; tali soggetti presentano caratteristiche in parte diverse da quelle abitualmente riscontrate, per il basso livello di istruzione, le modeste competenze linguistiche e le complesse difficoltà di adattamento alla nuova situazione. Per tutti questi soggetti persistono severe criticità in ambito psicotraumatologico, quali la difficile emersione e identificazione dei traumi psichici tra i rifugiati, nonché la scarsa conoscenza da parte del personale sanitario delle manifestazioni cliniche (ad esempio, il significato dei disturbi somatoformi) e delle strategie terapeutiche. Recentemente sono emerse difficoltà correlate alle condizioni economiche e sociali che ostacolano l'inserimento nel mondo del lavoro, con diffusione di fenomeni psicopatologici quali alcolismo, abuso di sostanze e sindromi distimiche protratte. Infine, nonostante si sia fatto molto per migliorare l'accesso alla salute mentale dei migranti, restano difficoltà organizzative e di formazione all'accoglienza trans-culturale, aggravate da problematiche connesse alla difficile attivazione della mediazione culturale. In generale, emerge la necessità di qualificare e armonizzare l'intero sistema di accoglienza dei "profughi" in Italia a partire dal rafforzamento del Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR). Risulta irrinunciabile avvalersi di enti gestori accreditati con personale qualificato, garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria attraverso il SSN, ed assicurare un monitoraggio trasparente delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Raccomandazioni

– Promuovere la formazione del personale sanitario e la diffusione delle competenze necessarie per la gestione clinica dei pazienti vittime di violenza portatori di patologia psicotraumatica;
 – ricercare percorsi praticabili di integrazione sociale, anche attraverso interventi di supporto all'avviamento al lavoro (borse-lavoro, stage lavorativi);
 – garantire l'attuazione del "Vademecum dell'accoglienza dei profughi", approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel luglio 2011;
 – sollecitare, per ciò che attiene specificamente l'ENA, l'emanazione di un provvedimento che disponga o il rilascio di un permesso di soggiorno temporaneo per motivi umanitari o il riesame delle istanze di riconoscimento della protezione.

CONSIDERAZIONI FINALI

A chiusura del suo XII Congresso la SIMM esprime un forte richiamo alla necessità, in particolare in questi tempi di limitazione delle risorse pubbliche, di inquadrare correttamente la natura e l'entità dei fenomeni legati alla mobilità umana evitando di creare pseudo emergenze, nonché alla necessità di definire priorità condivise nelle politiche per la salute della popolazione immigrata sia nell'ambito dell'accoglienza che in quella dell'assistenza sanitaria. La SIMM invita inoltre i decisori a una seria riflessione sulla utilità/necessità, nell'attuale contesto federalista, di far ricorso a strutture centrali "dedicate" per i migranti, parallele a quelle già esistenti dei servizi sanitari regionali ed attive in particolare nel campo della formazione, dell'analisi epidemiologica, della programmazione e dell'assistenza sanitaria, valutando oculatamente ed in base ad evidenze scientifiche, le scelte di allocazione delle risorse disponibili. In particolare la SIMM condivide pienamente le perplessità recentemente espresse dal Tavolo interregionale "Immigrazione e servizi sanitari" della Commissione salute della Conferenza delle Regioni con riferimento all'inquadramento, alla stabilizzazione e al



finanziamento dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP)⁴.

Come suggerito dal titolo del nostro Congresso, siamo convinti che la valorizzazione delle competenze e delle esperienze dei vari attori istituzionali e non istituzionali (tra cui la nostra società scientifica e le sue emanazioni locali), laddove questi siano capaci di mettersi in rete attraverso processi realmente condivisi e partecipati, rappresenti la chiave di volta nel perseguimento dell'obiettivo comune di una salute per tutti, senza esclusioni e discriminazioni.

Viterbo, 12 ottobre 2012

Note

- ¹ Documento di sintesi "Per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità" (ISS, 2010): http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/5-documento_finale_mod30_ago2010.pdf
- ² Documento finale del Convegno congiunto Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria, 2010. Riprende documenti delle due società del 2005, 2007 e 2009. http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2011/4-11-documento_finale_SIMM-GLNBI_SIP_2010.pdf
- ³ Si ricorda che a tale proposito che la SIMM ha già prodotto nel 2004, insieme all'Osservatorio Italiano Salute Globale, un documento specifico di denuncia delle condizioni di vita nei Cie (allora Cpt). http://www.simmweb.it/fileadmin/simm/documenti/simm_oisg_cpt_05.pdf
- ⁴ Come riportato nel verbale del Tavolo interregionale del 24 settembre 2012



ALLEGATO 3

Appello per una pronta applicazione in tutta Italia dell'Accordo Stato-Regioni sulla tutela sanitaria degli immigrati a partire dal diritto di ogni minore ad avere il suo pediatra

12.07.2013. SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni), OISG (Osservatorio Italiano sulla Salute Globale) e ASGI (Associazione Studi Giuridici Immigrazione) esprimono il più vivo disappunto per la decisione della Regione Lombardia di negare il diritto alle cure pediatriche di base ai bambini stranieri figli di genitori in condizione di irregolarità giuridica. Il voto contrario alla mozione che chiedeva l'accesso alla pediatria di base ai bambini stranieri anche se privi di permesso di soggiorno, lede i diritti fondamentali dei soggetti già vulnerabili, viola il rispetto di obblighi nazionali ed internazionali, contrasta con le scelte operate dalla conferenza Stato Regioni.

La scelta operata dal Consiglio Regionale lombardo ignora che, come confermato da pronunce del Tribunale di Milano, il minore non può mai essere considerato "irregolare" essendo comunque non espellibile ai sensi dell'art. 19 della legge italiana sull'immigrazione. Inoltre sia l'art. 35 dello stessa legge, sia la Convenzione ONU per i diritti del fanciullo all'art. 24 garantiscono il diritto di ogni minore di "beneficiare dei servizi medici" senza alcuna discriminazione, indipendentemente dalla loro nazionalità, regolarità del soggiorno o apolidia.

Del resto, l'Accordo che la Conferenza Stato-Regioni ha recentemente elaborato proprio allo scopo di rendere uniforme ed efficace l'accesso dei migranti ai servizi sanitari su tutto il territorio italiano prevede il riconoscimento del pediatra di libera scelta anche per i minori senza regolare permesso di soggiorno.

La scelta della regione Lombardia è dunque in contrasto con tali norme ed in palese violazione del dettato costituzionale dell'art. 32 che prevede il diritto di assistenza sanitaria all'individuo, a prescindere dal suo status giuridico o amministrativo.

È inoltre anche una scelta miope e inefficiente perché meno difficoltà nell'erogazione delle prestazioni e una precoce diagnosi delle malattie grazie alla maggiore prevenzione si traduce in costi inferiori per la Pubblica Amministrazione e permette una migliore salvaguardia della salute collettiva.

All'indomani della visita di Papa Francesco a Lampedusa, che ha riportato l'attenzione sulla drammatica condizione dei migranti e sulla necessità di lavorare per garantire loro i diritti umani fondamentali, la decisione del Consiglio regionale lombardo si pone in netta antitesi con ogni principio di legge e di buon senso. Ecco perché i firmatari di questo documento si impegnano a promuovere in tutte le sedi opportune, ivi compresa quella giudiziaria, tutte le azioni possibili affinché siano rispettate le norme nazionali e internazionali e sia tutelato il diritto alla salute di tutti, senza esclusioni in Lombardia ed in tutta Italia. Chiedono un operativo recepimento in tutte le Regioni dell'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2012, per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria agli immigrati.

Hanno aderito all'Appello quasi 300 gruppi, associazioni ed Enti.

INDICE DEI NOMI

- ABATE G. – 183
 ABBATE M. – 190, 192
 ACERBI G. – 193, 194
 AFFRONTI A. – 190
 AFFRONTI M. – 19, 25, 144, 160, 192
 AGRESTI E. – 124
 AGRÒ F. – 153
 AGUILAR MATAMOROS M. – 142
 AL ROUSAN A. – 123
 ALCINI F.R. – 177
 ANGELETTI M. – 127, 200
 ANGELUCCI F. – 199
 ANGHEBEN A. – 123
 ANSELMI M. – 123
 AQUILINO E. – 168
 ARAGONA M. – 57
 ARDIGÒ M. – 28
 ARDUINI L. – 129
 AZAR M. A. – 128
- BAGLIO G. – 84, 146
 BALLARDINI G. – 136, 137
 BARBIERI A. – 197
 BARBINI N. – 142
 BARI G. A. – 197
 BAROERO L. – 137
 BARONE G. – 134
 BARSANTI S. – 145
 BARTOZZI F. – 200
 BATTAFARANO C. – 128
 BATTAGLIA A. – 177
 BATTEZZATI P.M. – 187
 BATTILOMO S. – 110
 BELLOMO G. – 140
 BENEDETTI P. – 131
 BIFERALI F. – 155
 BODIAN L. – 197
 BODINI C. – 35, 124
 BONA G. – 137, 138, 140
 BONCIANI M. – 28, 145, 203
 BONCOMPAGNI A. – 138
- BONINSEGNA C. – 123, 207
 BONVICINI D. – 147
 BONVICINI F. – 164, 178
 BORSARI A. – 199
 BOSI R. – 198
 BRATTI E. – 130
 BRUNELLI L. – 188
 BRUNO S. – 184, 195
 BRUSSI V. – 150
 BUCCIARELLI M. – 135
 BUONCRISTIANO M. – 135
 BUONOMO E. – 205
 BUONOMO V. – 171
 BUSSOTTI A. – 170
- CACCIATORE F. – 180
 CAZZI C. – 133
 CALACOCI M. – 124
 CALCATERRA V. – 131
 CALLARI A.M. – 163, 175
 CALZEDDA R. – 134, 136
 CAMISOTTI F. – 130
 CANALI L. – 178
 CANDEH N. – 160
 CAPIZZI M. – 170
 CARBONE S. – 158
 CARLETTI P. – 93, 142
 CAROCCI L. – 122
 CAROVILLANO S. – 153, 195
 CARRECA G. – 157
 CASADEI F. – 139
 CASONI C. – 164
 CASTAGNO M. – 140
 CASTIGLIONI M.T. – 186
 CASTRONUOVO L. – 199
 CASUCCIO A. – 181
 CASUCCIO N. – 181
 CATTANEO M.L. – 201
 CECCARELLI M. – 134, 136
 CELI C. – 158, 182
 CENSI V. – 131
 CHIANURA L. – 185
- CHIAVARINI M. – 151
 CHIESI I. – 147, 183
 CIAMBELLINI S. – 133
 CIANNAMEO A. – 180
 CICOGNANI A. – 169
 CILLO F. – 124
 CIVITELLI G. – 37, 131, 156
 COCCONI D. – 147
 COLOMBO E. – 212
 COLOMBO L. – 187
 COLOMBO S. – 140
 CORRAO G. – 186
 CORSINI A. – 159
 CROTTI C. – 199
 CUCCIA M. – 193, 194
- D'ANGELO C. – 181
 DA RIOL R.M. – 71, 140
 DAL VERME S. – 201
 DAMIANI G. – 184
 D'AMICI A.M. – 198
 D'ANCI L. – 128
 DARDANONI G. – 89
 DE GIACOMI V.G. – 142
 DE MAIO G. – 123
 DE MOLLI F. – 129
 DEGRASSI F. – 146
 DELLI PAOLI L. – 170
 DELLORA C. – 140
 DI CARLO P. – 181
 DI GIROLAMO C. – 180
 DI MECO E. – 189, 195
 DI NICOLA A. – 146, 153, 162, 184, 189, 195
 DI RIENZO G. – 125
 DIODATI A. – 128, 176, 179
 DONNO L. – 198
 DOZIO N. – 186
 DUSSEY J. – 205
- EGIDI A.M. – 123
 EGIDI V. – 184

- EL HAFIAN B. – 197
 ERCOLI L. – 205
 ERRANTE I. – 185
 ESPOSITO S. – 137, 138

 FABBRI A. – 164
 FABIANI TROPEANO F. – 169
 FABIANO A. – 176, 179
 FASULO A. – 75
 FEDERICO B. – 184
 FERRARA C. – 130
 FERRETTI F. – 131
 FERRO F. – 188
 FICCADENTI A. – 136
 FIORAVANTI D. – 128
 FIORENTINO R. – 182
 FONDELLI S. – 197
 FORACCHIA A. – 132, 199
 FORNACIARI R. – 147, 159, 164, 178, 199
 FORTINO A. – 116
 FOSSARELLO L. 127, 188
 FRANCINI C. – 169
 FUMAROLA C. – 201
 FURNARI R. – 193, 194

 GABRIELLI O. – 136
 GALLON M. – 201
 GALLUCCIO I. – 187
 GANDOLFI C. – 150
 GARAZZINO S. – 136
 GARBIN L. – 152
 GARELLI S. – 123
 GEMMI M.C. – 199
 GERACI S. – 95, 146, 153, 156, 162, 184, 189, 195, 202
 GEROMINI E. – 129
 GHEBREMARIAM F.M. 128
 GIANNINI V. – 205
 GIULIANI M.A. – 198
 GNOLFO F. – 155
 GOBBI P. – 51
 GONZÁLEZ IBÁÑEZ G. – 131
 GRADELLINI C. – 183
 GRASSO S. – 176
 GRIGOLLO B. – 140
 GRIS FVG – 82
 GRUPPO OKKIO ALLA SALUTE 2012 – 135
 GUALA A. – 137
 GUIDI L. – 164

 GULLOTTO M. – 158, 182

 IMMORDINO P. – 181
 INFANTE A. – 177

 JACCHETTI G. – 129, 141, 172
 JIMENEZ C. – 153

 KING J.J. – 162, 189

 LAMBERTI A. – 135
 LAMMOGLIA M. – 129
 LANDEO L. – 153
 LANDRA S. – 129
 LATTUCA G. – 163, 175
 LAURA L. – 124
 LAURENTI S. – 205
 LEANDRI C. – 151
 LEDEZMA G. – 123
 LIDDO M. – 122, 152, 155, 202
 LORENZINI L. – 146
 LORIA M.R. – 177
 LUPI B. – 145

 MACCAGNO B. – 123
 MACIOCCO G. – 87
 MAGGIO A.M. – 144
 MAGNANI I. – 164
 MAGURSI T. – 170
 MAIO S. – 121
 MAISANO B. – 122, 152, 153, 155, 156, 195, 202
 MALAGOLI E. – 147
 MANAN A. – 132
 MANCINELLI S. – 205
 MANGHI M. – 147
 MANGIARACINA D. – 144
 MANSUETO P. – 190
 MANTINI V. – 146
 MARANI A. – 156
 MARCECA M. – 28, 37, 131, 146, 156, 204
 MARINACCI M. 152
 MARTA B.L. – 180
 MARZAGALIA M. – 126
 MASTRANTONIO E. – 131
 MATTERA A. – 128
 MAURO K. – 150
 MAZZETTI M. – 42, 133
 MECUGNI D. – 147, 183
 MEREU A. – 169, 170

 MINELLI L. – 151
 MIRISOLA C. – 116
 MOLESE A. – 179
 MOLINARI C. – 186
 MONICI L. – 164
 MONTI M.C. – 173
 MORICI A. – 202
 MORUCCI L. – 184
 MOZZANICA S. – 164

 NAPOLI C. – 190
 NAPOLI M.T. – 165, 166
 NARDONE P. – 135
 NASI E.I. – 178
 NICOTRA F. – 186
 NIOSI M. – 182

 ORIOLI R. – 131, 156
 ORITI R. – 182

 PACERA C. – 173
 PAPPALARDO R. – 193, 194
 PARISOTTO M. – 180
 PATERLINI R. – 159
 PECA M. – 197
 PELO S. – 198
 PILUTTI G. – 150
 PINTO S. – 186
 PIRODDI S. – 187
 PISUTTO S. – 147
 PITINI E. – 204
 PITZALIS G. – 150
 PIZZINI E. – 28, 204
 PIZZUTI S. – 157
 POETA A. – 164
 POLLACCIA E. – 160, 190, 192
 POTENZA S. – 187
 POZZI E. – 136, 137, 138
 PROIETTI A. – 154
 PUGLIESE V. – 64
 PULITO M.A. – 136
 PULLINI A. – 149
 PUOTI M. – 185

 QUAGLIA G. – 188
 QUARANTA G. – 129
 QUINN E. – 144

 RAFFALDI I. – 136, 137
 RANNO O. – 71, 134, 136
 RAPONE F. – 177

- RAVAZZINI M. – 129, 141, 172
 RENZI D. – 131
 REPETTO E.C. – 123
 RICCIARDI W. – 184, 195
 RICOTTA E.M. – 80
 RINALDI A. – 37, 131, 156
 RINALDI D. – 147
 RINNONE S. – 194
 ROLLA R. – 140
 ROSSODIVITA A.N. – 134
 ROTOLO G. – 190, 192
 ROZZA T. – 190, 192
 RUBINO C. – 131
 RUFFETTA C. – 126
 RUIZ R. – 123
 RUSSO M.L. – 28, 37, 204

 SACCANI M. – 132
 SACCANI R. – 159
 SACCHETTI G. – 28, 201
 SACCHI L. – 188
 SACCOCCIO O. – 198
 SANTORO V. – 122, 202
 SANVITO L. – 170

 SARATI M. – 159
 SARTI J. – 130
 SCARSELLI F. – 169
 SCAVINI M. – 186
 SCELFO M. – 160
 SCHIAVONE G. – 48
 SEVERI C. – 164
 SEVERI I. – 170
 SHEIK F. M. – 132
 SILVESTRINI G. – 162, 184, 189, 195,
 202
 SMERILLI P. – 184
 SPADEA A. – 198
 SPARANO M. – 199
 SPINELLI A. – 135, 203
 SPINNATO G. – 144
 STEFANINI A. – 180

 TALARICO A. – 165, 166
 TAMBURRINI E. – 189
 TARAS M. – 179
 TARSITANI G. – 131, 146, 156
 TIZZI G. – 121
 TONETTI S. – 155

 TORRE I. – 193
 TORRICO C. – 123
 TORTORETO B. – 180
 TOSTO C. – 125
 TOVO P.A. – 137
 TRILLÒ M.E. – 69
 TSUCALAS F. – 130

 ULIANA C. – 150

 VALASTRO R. – 163, 175
 VALENTINI P. – 134, 136
 VASSALLO L. – 144
 VENERUSO G. – 136
 VIETTI F. – 128
 VIGO B.P. – 185
 VITALE F. – 181

 WONG O. – 199

 ZAFFARONI M. – 136, 137, 138, 140
 ZAMAN A. – 132
 ZAMBELLI F. – 132
 ZAMBON A. – 186



Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Presidente 2012 - 2016:	Mario Affronti (Palermo)
Segretario - Tesoriere:	Simona La Placa (Palermo)
Consiglieri:	Giovanni Baglio (Roma) Chiara Bodini (Bologna) Manila Bonciani (Firenze) Maurizio Marceca (Roma) Luisa Mondo (Torino) Daniela Panizzut (Milano) Guglielmo Pitzalis (Udine)
Revisori dei Conti:	Erminio Biacchi, Marco Mazzetti, Pierfranco Olivani (Milano)
Past President:	Enrico Nunzi (Genova) 1990 - 1993 Serafino Mansuetot (Palermo) 1993 - 1996 Luigi Frighit (Roma) 1996 - 2000 Salvatore Geraci (Roma) 2000 - 2009 Mario Affronti (Palermo) 2009 - 2012

Comitato scientifico:

Mario Affronti (Presidente - Palermo)
Giovanni Baglio (Coordinatore - Roma - salute dei lavoratori)
Emanuela Forcella (Segreteria scientifica - Roma - medicina narrativa)
Massimiliano Aragona (Roma - etnopsichiatria)
Silvia Canciani (Udine - studi giuridici/normativa)
Francesco Castelli (Brescia - malattie infettive)
Antonio Chiarenza (Reggio Emilia - organizzazione dei servizi/cultural competence)
Salvatore Geraci (Roma - salute rom, sinti e caminanti)
Milena Lo Giudice (Palermo - salute del bambino)
Maurizio Marceca (Roma - politiche sanitarie)
Enrico Materia (Roma - violenza sulle donne)
Maria Laura Russo (Marsala, Tp - seconde generazioni)
Graziella Sacchetti (Milano - salute della donna/maternità)

Comitato tecnico per la formazione:

Maurizio Marceca (Referente nazionale)
Emma Pizzini (Segreteria)

Coordinatore Nazionale GrIS:

Portavoce GrIS Lazio:	Salvatore Geraci (Roma)
Portavoce GrIS Trentino:	Filippo Gnolfo (Roma)
Portavoce GrIS Lombardia:	Betty Cescatti (Trento)
Portavoce GrIS Sicilia:	Chiara Boninsegna (Bergamo)
Portavoce GrIS Sardegna:	Giuppa Cassarà (Palermo)
Portavoce GrIS Friuli Venezia Giulia:	Francesca Ena (Olbia)
Portavoce GrIS Veneto:	Guglielmo Pitzalis (Udine)
Portavoce GrIS Piemonte:	Marco Baldini (Padova)
Portavoce GrIS Emilia-Romagna:	Luisa Mondo (Torino)
Portavoce GrIS Toscana:	Chiara Bodini (Bologna)
	Andrea Bassetti (Firenze)

Portavoce GrIS Campania:	Luciano Gualdieri (Napoli)
Portavoce GrIS Calabria:	Luigi De Filippis (Reggio Calabria)
Portavoce GrIS Puglia:	Francesco Niglio (Foggia)
Portavoce GrIS Liguria:	Emilio Di Maria (Genova)
Portavoce GrIS Alto Adige:	-

In fase di costituzione GrIS: Marche, Abruzzo e Molise, Umbria e Basilicata

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
via Marsala, 103 - 00185 Roma tel. 06.4454791 fax 06.4457095
www.simmweb.it



Finito di stampare nel mese di maggio 2014
dalla tipografia LIPE (San Giovanni in Persiceto, BO)

