

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

Filippo Gnolfo

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

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

Proverbio arabo

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

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

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

La fase dell'esclusione. Profeti e pionieri

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

Queste esperienze riescono a mettersi in rete nel 1990, creando la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che avrà un ruolo nell'affermazione del diritto alla salute della popolazione migrante e nella conoscenza di questo nuovo fenomeno sociale. Il merito del privato sociale è stato quello di aver risposto tempestivamente ai bisogni degli immigrati, il ruolo principale è stato politico: riflessione sulle condizioni di esclusione, stimolo all'intervento, denuncia delle inerzie [Di Liegro, 1997].

Tra la fine degli anni '80 e l'inizio anni '90, a Roma iniziarono alcune esperienze nel Servizio Sanitario Nazionale: in periferia, nel quartiere di Torre Spaccata inizia l'esperienza di un centro studi e ricerche sull'etno-psichiatria; a Trastevere apre l'ambulatorio dell'Istituto San Gallicano; nell'attuale Distretto 6 della ASL Roma C alcuni operatori del Consultorio Familiare di via Casilina 711 cominciano a portare l'assistenza sanitaria ai bambini del vicino campo nomadi di via dei Gordiani e comincia sostanzialmente ad aumentare l'utenza straniera, specie donne e bambini, nei consultori familiari; nell'attuale Distretto 1 della ASL Roma A viene avviato un progetto obiettivo di tutela socio-sanitaria degli immigrati, apre l'Agenzia Immigrati. La Regione Lazio organizza i primi corsi di formazione sulla tutela della salute di donne e bambini immigrati che impegna tra i docenti le stesse donne straniere.

I principi della Costituzione, ripresi dalla "riforma sanitaria", in tema di diritto alla salute hanno permesso agli operatori di accogliere gli immigrati, iniziando a dare risposte sempre più adeguate ai bisogni in particolare nei servizi dedicati alla salute mentale e alla salute della donna e del bambino, istituiti con le riforme degli anni '70 (legge n. 180/1978 "riforma psichiatrica" e legge n. 405/1975 "istitutiva dei consultori familiari").

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

Il 1995 è l'anno cruciale, è l'anno in cui avviene una svolta nella politica di assistenza sanitaria agli stranieri. È ancora il privato sociale a denunciare criticità, ad avanzare proposte concrete. A gennaio al convegno "Immigrazione e salute: una politica dell'oblio" (Caritas di Roma) emerge con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alla nuova realtà sociale. Il decreto che permette l'iscrizione gratuita al SSN per gli immigrati regolari disoccupati viene reiterato dal ministro della sanità, evitando il rischio che circa 70.000 persone perdano la possibilità di accesso alle cure. A febbraio al seminario "Salute senza colore", il Naga e altre associazioni di volontariato presentano delle proposte per ampliare il diritto alla salute degli immigrati.

Con il coordinamento della SIMM, la proposta del Naga, della Caritas e altri 40 gruppi impegnati in varie parti d'Italia, diventa un disegno di legge sostenuto da oltre 200 parlamentari di tutte le forze politiche, dal ministro e dal governo e viene inserito nel decreto legge 18 novembre 1995 ("Decreto Dini") che nell'articolo 13 prevede delle norme che finalmente garantiscono l'assistenza sanitaria anche agli immigrati clandestini. Nel servizio pubblico, comunque, erano già emerse iniziative d'avanguardia. Ad agosto, il dott. Andrea Alesini, Direttore Generale della ASL RM/C, permette l'accesso gratuito degli immigrati clandestini ai servizi sanitari territoriali e ospedalieri per problemi di salute indifferibili.

A dicembre a Roma avviene un incontro tra operatori del servizio pubblico e del privato sociale dove vince la linea della collaborazione che porterà alla nascita del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute del Lazio (GrIS Lazio). Insieme condividiamo alcuni obiettivi: informare, sviluppare reti socio-

sanitarie, fare *advocacy* con le istituzioni, elaborare proposte per modificare le politiche pubbliche.

Di fronte alle criticità emergenti, il GrIS Lazio reagisce diventando luogo di elaborazione di proposte per le istituzioni. Gli operatori delle aziende sanitarie romane esasperati dagli ostacoli all'applicazione della normativa, dal "diritto di carta" [Gera- ci, 1996], si autoconvocano nel dicembre 1996, organizzano un seminario sull'assistenza agli stranieri e il ruolo del servizio pubblico, presentano una proposta di legge ispirata all'esperienza della ASL RM/C. La proposta è fatta propria e rielaborata dal GrIS Lazio, adottata dalla Regione Lazio che emana la D.G.R. 5122, 31 luglio 1997 "Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti", normativa innovativa perché migliora l'offerta sanitaria, istituzionalizza il tesserino STP, istituisce gli ambulatori di medicina generale per STP, prevede protocolli d'intesa tra strutture pubbliche e associazioni di volontariato.

Alla fine degli anni '90, il quadro normativo si completa a livello nazionale con la legge "Turco-Napolitano" (1998), seguita dal Testo Unico sull'immigrazione e dal relativo regolamento di attuazione, che garantiscono l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini stranieri, con regolare permesso di soggiorno e in condizioni di irregolarità. Il mandato istituzionale e lo sviluppo della rete determinano una "politica dei cento fiori" nelle aziende sanitarie di Roma e delle altre province del Lazio, tutto il Servizio Sanitario Regionale diventa protagonista¹.

Fase dell'accesso. Riorientare i servizi

Dopo le novità normative della metà degli anni '90, la legge "Bossi-Fini" (2002) non modifica gli articoli del Testo Unico che di-

sciplinano e regolamentano le procedure di accesso al SSN da parte degli stranieri, però persistono ostacoli alla fruizione dei servizi e ritardi nell'adozione di percorsi assistenziali appropriati e efficaci nei presidi pubblici. Nel gennaio 2001 agli Stati Generali sull'immigrazione viene presentato e approvato un documento sull'accesso ai servizi sanitari [CNEL, 2000], l'indicazione è "riorientare i servizi" secondo alcune priorità individuate:

- formazione del personale;
- lettura dei bisogni;
- lettura della domanda;
- flessibilità dell'offerta;
- lavoro multidisciplinare;
- lavoro di rete;
- organizzazione dei servizi.

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

Roma in collaborazione con le associazioni del privato sociale impegnate nei progetti di scolarizzazione dei bambini rom e sinti.

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

Dall'esclusione all'esclusione. La politica delle disuguaglianze

Alla fine del primo decennio di questo secolo, l'immigrazione è un fenomeno sociale ormai strutturale, ma le politiche nazionali sull'immigrazione rispondono esclusivamente a criteri emergenziali (crisi umanitarie, regolarizzazioni periodiche, rivolte a Castel Volturno e Rosarno, sbarchi a Lampedusa). La presenza degli immigrati è avvertita soltanto come problema di sicurezza, non come problema di diritti, di cittadinanza, di inclusione sociale. Inoltre il fenomeno migratorio è estremamente eterogeneo, dinamico, evolutivo, complicato dalla multietnicità dell'area metropolitana romana, dall'esaurimento dell'*effetto migrante sano* [Colasanti, Geraci e Pittau, 1991], dall'emergere di aree di criticità, gruppi di popolazione ad alta vulnerabilità sanitaria, a rischio di esclusione sociale: *sans papiers*, lavoratori precari, migranti forzati, vittime di tortura, donne e minori, rom e sinti [SIMM, 2006 e 2009]. La storia sembra procedere con *il passo del gambero...* un passo avanti... due passi indietro..., sembra andare indietro ma le "politiche retrograde" procedono inesorabilmente in

avanti, introducono misure che tentano di mettere in discussione il diritto inalienabile alla salute... *Non finirà mai? Questa storia ricomincia sempre da capo?* [Grass, 2002]. Nel 2009 noi operatori sanitari siamo stati coinvolti in prima persona contro l'approvazione da parte del Senato dell'emendamento della Lega Nord che abrogava il divieto di segnalazione degli immigrati privi di permesso di soggiorno che si rivolgono alle strutture sanitarie. L'impegno costante del GrIS Lazio e degli altri gruppi locali "Immigrazione e Salute", della SIMM, a contrastare questa iniziativa ha aggregato associazioni, sindacati, ordini professionali, parlamentari di tutti gli schieramenti. La forte mobilitazione del "Noi-non-segnaliamoday" del 17 marzo 2009 a piazza Venezia a Roma e in altre 50 piazze di città italiane ha portato al ritiro dell'emendamento [Geraci e Marceca, 2010]. Dal 2008 al 2009, si susseguono decreti legge recanti misure urgenti in materia di sicurezza pubblica fino all'approvazione del "pacchetto sicurezza", all'introduzione del reato di immigrazione clandestina [Geraci, 2009]. E intanto è approvato il trattato di amicizia tra Italia e Libia seguito dai respingimenti dei richiedenti asilo [Gnolfo e Santone, 2009], è approvato il decreto Emergenza in relazione ai campi rom di alcune regioni. Il 2009 presenta una nota positiva, a Roma si svolge il I incontro nazionale dei gruppi locali "Immigrazione e Salute", una "rete di reti" che rappresenta 8 regioni e due province autonome, nasce il coordinamento nazionale dei GrIS. Sperimentiamo e affrontiamo trasformazioni, cambiamenti, aderiscono altre associazioni del privato sociale, ordini professionali, tutte le ASL laziali e la maggior parte delle aziende ospedaliere, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà; nasce una nuova area tematica il GrIS Sanità Pubblica, il gruppo di coordi-

namento, l'assemblea di rete. Alla fine del 2011, 60 organismi aderiscono alla Rete GrIS Lazio, di cui 29 associazioni/cooperative sociali e 27 strutture pubbliche.

Sono passati più di 15 anni ed abbiamo raggiunto risultati importanti: vincere la scommessa di lavorare insieme "pubblico" e "privato sociale", elaborare proposte assistenziali e formative per gli operatori socio-sanitari della Regione Lazio (linee guida e programma regionale di formazione sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri), approfondire discussioni su argomenti specifici (rom e sinti, migranti forzati), promuovere e sviluppare reti locali in altre parti d'Italia.

Risultati importanti, ma il "presente"? Non basta indignarci, tutti dobbiamo mettere continuamente in discussione le nostre certezze, approfondire con costanza e metodo i problemi sollevati con passione nell'assemblea di rete. Dobbiamo provare a rispondere a domande mai espresse. Perché non è decollato il GrIS Sanità Pubblica? Perché non riusciamo a promuovere un'azione di *empowerment* nelle associazioni dei migranti? Perché non riusciamo a diffondere l'immagine della Rete GrIS Lazio oltre certi confini? Perché...? Uno storico amava questa definizione "La storia, scienza dei cambiamenti" [Febvre, 1953], occorre la capacità di comprendere il passato con il presente, di comprendere il presente con il passato, la Rete GrIS Lazio deve continuare ad essere un laboratorio aperto alla società e al territorio, un nodo della "rete delle reti", del coordinamento nazionale GrIS, deve continuare a svolgere la sua funzione di *policy network*. Questo e altro ancora deve essere. Se coltiviamo la speranza e l'impegno di aprire spazi... costruire traiettorie... di promuovere la salute per tutti, di realizzare una sanità pubblica e interculturale, la Rete GrIS Lazio dovrà essere uno spazio aperto all'incontro con nuovi attori dell'azione sociale, con i

migranti, con le comunità straniere. Dovrà essere uno spazio aperto alla relazione e al confronto, alla riflessione sull'emergere di nuove aree di criticità per la salute dei migranti, di nuovi modelli di welfare, sull'evolvere dei sistemi sanitari nell'economia globalizzata. Senza paura. Con passione e metodo. Indignarci non basta, ma peggiore abitudine è l'indifferenza [Hessel, 2010].

Note

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

Bibliografia

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

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