



SPRAR

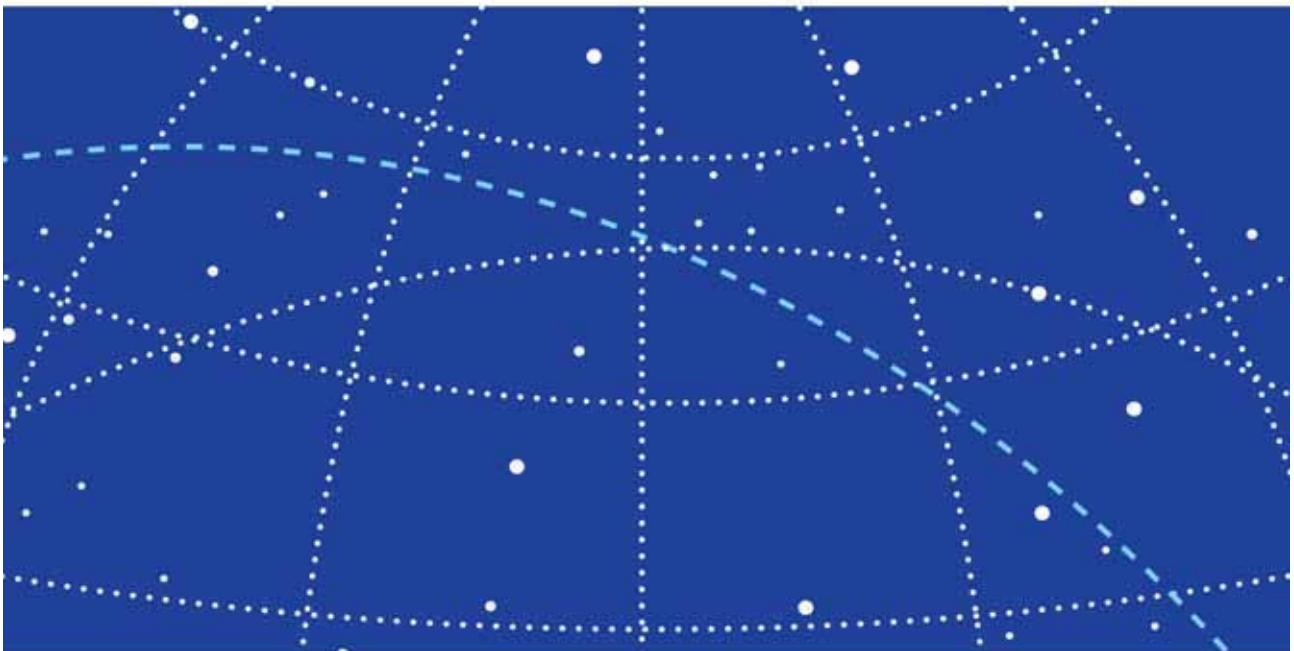
Sistema di Protezione
per Richiedenti Asilo e Rifugiati



Ministero dell'Interno
Spedito in abb. post. 4/01
Libertà Civile e Cooperazione

Servizi Socio-Sanitari e Rifugiati

Mappatura dei Servizi Socio-Sanitari
sui Progetti Territoriali dello SPRAR



Questa pubblicazione è stata realizzata con i finanziamenti assegnati ad ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sui fondi dell'otto per mille dell'IRPEF devoluto dai cittadini alla diretta gestione statale per l'anno 2003.

ANCI beneficia dei finanziamenti "otto per mille" anche in virtù del ruolo che svolge nell'ambito del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR), di cui è uno dei promotori.

Lo SPRAR è stato istituito dalla legge n. 189/2002 e riunisce la rete dei progetti territoriali di accoglienza, realizzati dagli enti locali impegnati in interventi di assistenza e protezione in favore di richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione umanitaria. La legge affida il coordinamento dello SPRAR al Servizio Centrale, attivato dal Ministero dell'Interno mediante apposita convenzione con ANCI.



L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), dal 1951 collabora con governi, istituzioni, associazioni di immigrati e società civile, per facilitare il buon esito delle migrazioni in più di 100 paesi in tutto il mondo. L'Unità Psicossociale e di Integrazione Culturale dell'OIM, offre le proprie competenze nel settore dell'integrazione culturale, della salute mentale e dei traumi attraverso attività di formazione, supporto clinico e psicossociale, ricerca e documentazione.

Unità Psicossociale e di Integrazione Culturale OIM
Via Palestro 1, 00185 Roma.
Tel. 0687420967 Fax 0687450018
email: psycho@iom.int website: www.psychosocial.iom.int



La Caritas di Roma è espressione della Chiesa Cattolica nella promozione e nella testimonianza della carità nel territorio della Diocesi. Dalla fine degli anni '70 si è caratterizzata con un impegno pastorale e sociale accanto alle persone più deboli della nostra società con l'obiettivo dello sviluppo integrale dell'uomo, della giustizia sociale e della pace. L'Area sanitaria della Caritas di Roma si propone di promuovere la salute delle persone più svantaggiate, in particolare dei migranti, rom e senza dimora. Inoltre, mira a creare occasioni di incontro e di formazione per persone di culture diverse e contribuire alla promozione di una medicina più attenta alla persona (medicina transculturale).

Area sanitaria Caritas di Roma
Via Marsala 113, 00185 Roma.
Tel. 064454791 Fax 064457095
email: area.sanitaria@caritasroma.it website: www.caritasroma.it

Con il patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni



Servizi Socio-Sanitari e Rifugiati

**Mappatura dei Servizi Socio-Sanitari
sui Progetti Territoriali dello SPRAR**

Anno 2007

Il rapporto è stato realizzato dal gruppo di lavoro OIM-Caritas composto da:
coordinamento scientifico - Natale Losi e Salvatore Geraci
supervisione - Fulvia Motta, Giuseppe Domenico Schirripa
consulenza statistica - Ulisse Di Corpo
ricercatrice - Rosanna Gullà con la collaborazione di Livia Luberto per la raccolta dei dati
coordinamento del progetto - Cristina Montefusco

Si ringrazia il Servizio Centrale dello SPRAR, ed in particolare Antonietta Navigato, per il prezioso contributo.

Un ringraziamento particolare ai referenti degli Enti locali, degli enti gestori per la disponibilità dimostrata.

Premessa

Sorpresa e conferma. Queste le due parole chiave che hanno caratterizzato la lettura e la riflessione su quanto emerso dalla ricerca di cui proponiamo i risultati.

Questo studio è stato condotto nell'arco di un anno ed ha consentito di raggiungere tutti i progetti del *Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR)* attivi nel 2006, intervistando 109 operatori, ed ha permesso di rilevare 801 interventi sanitari, effettuati nel mese di Novembre 2006, che hanno visto il coinvolgimento di 696 beneficiari *Richiedenti Asilo, Rifugiati e persone titolari di protezione Umanitaria.*

Non una ricerca esaustiva, né con la pretesa di avere dati definitivi, ma certamente è una base valida per ipotizzare percorsi organizzativi in ambito psico-socio-sanitario che possano garantire efficienza e soddisfazione da parte dei beneficiari e degli operatori.

Sorpresa e conferma: l'alta percentuale di soddisfazione sulle risposte del Sistema Sanitario e di risoluzione dei problemi sanitari coniuga bene queste due parole. Sorprende il dato poichè spesso tocchiamo con mano la lentezza, la burocratizzazione, le risposte inadeguate ma conferma allo stesso tempo come il nostro sistema sia realmente universalistico ed equo. La difficoltà forse è entrarci ma questa ricerca ha espresso con evidenza quale sia la più efficace porta d'accesso: il medico di medicina generale. Anche qui una sorpresa, ma non troppo, e la conferma del ruolo determinante di questa figura, una volta non a caso chiamato medico di famiglia, riferimento per la tutela della salute, non solo come clinico ma anche nella sua capacità di creare una relazione personale ed originale, punto di riferimento e suggeritore di percorsi ed iniziative terapeutiche. Non sappiamo se poi il medico di medicina generale sia realmente sempre ed ovunque tutto ciò, ma certamente è la figura che da questo studio risulta determinante per il grado di soddisfazione dell'utente. E la ricerca conferma anche quanto sia importante, nel garantire accessibilità al sistema, il ruolo svolto dagli operatori SPRAR nel coordinare le risposte ai RARU, seppur in un'ottica di progressiva autonomia, nell'ambito socio-assistenziale.

Altra evidenza: scarso peso nel determinare percorsi di cura o di soluzione dei problemi sanitari specifici da parte di screening iniziali, in genere per le malattie infettive, che, pur rassicurando gli operatori, mostrano meno efficacia e destano più insoddisfazione. Ciò non ha sorpreso più di tanto ma piuttosto ha ancora una volta confermato l'importanza di un approccio sanitario che metta al centro la relazione, la reale presa in carico, in una parola l'accoglienza e l'integrazione anche in ambito sanitario.

In questa ricerca sono emerse anche le criticità assistenziali nel nostro sistema che sono enfatizzate proprio nella mancata risposta a soggetti più fragili: l'ambito dell'odontoiatria, quello della riabilitazione fisioterapica e protesica, quello ancora più delicato delle risposte all'area del disagio psichico. Proprio in quest'ultimo ambito emerge tutta la difficoltà del nostro sistema di rapportarsi con l'alterità culturale e in parte con la fragilità sociale.

Sul piano dell'integrazione sociale viene la conferma che tanto più si interviene sull'autonomia delle persone, ad esempio nell'ambito del collocamento lavorativo, tanto maggiore è la percezione di soddisfazione anche in campo sanitario.

Un'altra sorpresa, ma forse solo parziale, è la difficoltà della suddivisione in progetti espressamente dedicati a beneficiari particolarmente vulnerabili, in quanto questa situazione, pur con molte sfaccettature, è comune di fatto a tutti i progetti. Forse è la complessità assistenziale che caratterizza alcuni beneficiari più di altri ma in un contesto di fragilità che deve essere affrontata in modo pluridimensionale.

Per questo abbiamo voluto indagare sulle reti esistenti, con particolare riferimento alla sanità, e su eventuali rapporti formalizzati con le aziende sanitarie. Anche qui una sorpresa: l'alta percentuale di reti e rapporti informali o appena accennati ma che non inficiano l'efficienza o l'efficacia degli interventi, anzi in alcuni casi l'eccessiva formalizzazione, ad esempio di percorsi che di fatto scavalcano il medico di base, aumentano l'insoddisfazione.

Una realtà complessa, per alcuni versi affascinante per le relazioni, le aspettative, le soddisfazioni ma anche drammatica per la difficoltà e l'articolazione dei problemi, ma che svela un impegno sia sul versante degli operatori dei progetti (che è di fatto l'unico che abbiamo indagato) ma anche del servizio sanitario che meriterebbe un maggiore investimento in ambito formativo ed organizzativo.

Abbiamo così ipotizzato delle indicazioni preliminari che vogliono essere base e stimolo per ulteriori approfondimenti al fine di delineare politiche, percorsi organizzativi e di reale promozione della salute dove nessuno sia escluso.

Salvatore Geraci e Natale Losi

1. Introduzione

Il fenomeno migratorio, ormai strutturale anche tra i confini italiani, delinea sempre più i contorni di un processo in cui le strutture socio-sanitarie nazionali si ritrovano ad operare, chiamate a trovare risposte che, fuori dalle forme emergenziali degli esordi, siano in grado di accogliere e soddisfare i bisogni di salute espressi dagli immigrati.

I RARU (Richiedenti Asilo, Rifugiati e persone titolari di protezione Umanitaria) rappresentano una delle categorie più vulnerabili di migranti per le esperienze di persecuzione, violenza e conflitto subite, per la costrizione a partire, la situazione di precarietà insita nella procedura di asilo, la situazione abitativa instabile e la posizione economica e sociale inadeguata.

Lo SPRAR, Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati, è stato costituito dalla legge n. 189/2002, raccogliendo l'eredità del PNA – Programma Nazionale Asilo, prima esperienza di sistema di accoglienza pubblico in Italia. La stessa legge ha istituito presso il Ministero dell'Interno il Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell'Asilo, al quale possono accedere – nei limiti delle risorse disponibili – gli Enti locali impegnati nella realizzazione di servizi di accoglienza e integrazione in favore di richiedenti asilo, rifugiati, titolari di protezione umanitaria. Per coordinare gli interventi di accoglienza realizzati a livello territoriale, il Ministero dell'Interno ha istituito il Servizio Centrale di informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico agli Enti locali. Il servizio centrale è affidato, dietro apposita Convenzione, all'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani).

Con l'obiettivo di offrire un *Sistema Integrato di Interventi* ai RARU ed accompagnare i beneficiari verso la loro piena autonomia, lo SPRAR prevede l'erogazione di servizi:

- di assistenza sanitaria;
- di assistenza sociale;
- di attività multiculturali;
- d'inserimento scolastico minori;
- di mediazione linguistico-culturale;
- di orientamento e informazione legale;
- per l'alloggio;
- per l'inserimento lavorativo;
- per la formazione.

Il modello di lavoro integrato tra i diversi progetti e i diversi soggetti proposto a livello nazionale trova corrispondenza a livello locale nelle *reti territoriali* che i singoli progetti sono invitati a costituire per la realizzazione delle attività loro assegnate. Il Sistema prevede infatti un pieno coinvolgimento del territorio sul quale insiste il progetto attraverso la collaborazione tra tutti gli attori pubblici e privati in grado di supportare i percorsi di accoglienza e di integrazione dei RARU.

Le peculiarità del territorio italiano e il modello decentrato del Sistema SPRAR fanno sì che la capacità dei progetti SPRAR di rispondere alla richiesta di assistenza socio-sanitaria dei RARU sia molto eterogenea. Ogni Ente locale che accede alla rete, definisce un suo progetto che, seppur rispondendo a requisiti formali definiti per legge, viene strutturato in base alle proprie capacità nonché a quelle di connessione con le risorse presenti sul territorio. Se da un lato l'approccio decentrato permette una

maggior flessibilità e rispondenza alle caratteristiche del territorio, dall'altro comporta maggior difficoltà nel garantire uniformità rispetto agli standard minimi comuni a tutti i progetti, con riguardo all'organizzazione dei propri servizi nonché alle modalità di interazione con i servizi socio-sanitari nei singoli territori.

Nel 2006, lo SPRAR ha visto il coinvolgimento di 95 tra Comuni, Province, Unioni e Consorzi di Comuni titolari di 102 progetti territoriali¹, che hanno messo a disposizione 2.428 posti di accoglienza, consentendo di dare protezione a 5.347 persone, di cui 440 inserite in progetti destinati a categorie particolarmente vulnerabili².

1.1 Il progetto

Il progetto "Sviluppo assistenza socio-sanitaria nello SPRAR: Mappatura dei Servizi Socio-sanitari sui progetti territoriali dello SPRAR" è nato con l'obiettivo generale di "favorire l'accesso e l'effettiva fruibilità da parte dei richiedenti asilo, rifugiati e persone con protezione sussidiaria dei servizi sanitari (socio-sanitari e psico-sociali, di base e specialistici) su tutto il territorio nazionale nonché contribuire al processo d'integrazione tra i diversi sistemi dei servizi locali di riferimento e al potenziamento delle competenze degli operatori dell'accoglienza".

Il presente rapporto riporta i risultati ottenuti grazie alla realizzazione di un protocollo di ricerca che ha guidato la raccolta dei dati a partire dai seguenti obiettivi:

- esplorare le modalità di organizzazione dei progetti SPRAR nella rilevazione e presa in carico dei bisogni dei beneficiari;
- rilevare i bisogni di salute dei RARU, da loro espressi e/o percepiti da operatori/trici SPRAR, durante la loro permanenza nel Sistema;
- indagare le relazioni esistenti tra i progetti SPRAR e le relative risorse socio-sanitarie territoriali: interventi messi in atto dai progetti SPRAR per rispondere ai bisogni dei RARU;
- analizzare le capacità dei servizi territoriali del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) di rispondere ai bisogni dei RARU: problemi di accesso e fruibilità dei servizi SSN percepiti dallo SPRAR;
- individuare criticità e buone prassi nei percorsi di assistenza socio-sanitaria messi in atto.

I risultati della ricerca hanno permesso di sviluppare delle "indicazioni preliminari" da riportare agli operatori dello SPRAR, dei servizi socio-sanitari di riferimento, e ai rappresentanti delle istituzioni collegate al Sistema di protezione, al fine di tradurre l'iniziativa pilota in un'ottica di sistema ed instaurare una collaborazione che permetta di elaborare delle linee guida ufficiali sul tema specifico.

L'accesso e l'effettiva fruibilità dei servizi socio-sanitari da parte dei beneficiari del Sistema, è il criterio chiave in base al quale si è scelto di analizzare l'assistenza socio-sanitaria che ricevono i RARU, nell'ottica di esplorare le reti territoriali locali attivate

¹ Ai 102 progetti iniziali si sono aggiunti a fine 2006 altri due progetti (provincia di Trento e Comune di Stornara).

² Specifici progetti sono rivolti a determinate categorie di soggetti più vulnerabili (disabili anche temporanei, soggetti che richiedono assistenza domiciliare, sanitaria specialistica e prolungata, vittime di tortura e/o violenza, minori non accompagnati, anziani).

al fine di rispondere ai bisogni di salute dei RARU, e nel tentativo di definire ed allineare gli standard di assistenza socio-sanitaria dei progetti del Sistema. Sebbene in questa ricerca non siano stati indagati approfonditamente, i servizi specifici volti alla formazione, al raggiungimento dell'autonomia economica ed abitativa, e più in generale all'integrazione nel territorio di accoglienza, assumono particolare rilievo all'interno di una visione che consideri la fragilità sociale dei RARU come ulteriore elemento della fruibilità dei servizi del SSN, nonché come determinante della salute di questa categoria di utenti.

1.2 La Salute come oggetto/soggetto di ricerca

L'esigenza da parte di ANCI/Servizio Centrale di mappare le realtà dei singoli progetti in merito all'assistenza socio-sanitaria, trova probabilmente riscontro nel peso accordato dagli informatori al tema della salute.

Sebbene in questa ricerca non sia stata fatta esplicitamente la domanda "che peso riveste la salute tra le attività di progetto" si potrebbe dire che, alla luce delle interviste raccolte, la Salute rappresenti un ambito di intervento e di confronto con i beneficiari del sistema che ricopre un particolare interesse per gli operatori SPRAR, sia in termini di tempo che le attività per l'assistenza socio-sanitaria occupano nelle agende dei progetti, sia per le varie questioni che tali attività aprono, vista la complessità insita nell'assistenza ai RARU come utenti del SSN.

2. Discorsi e Politiche sulla Salute

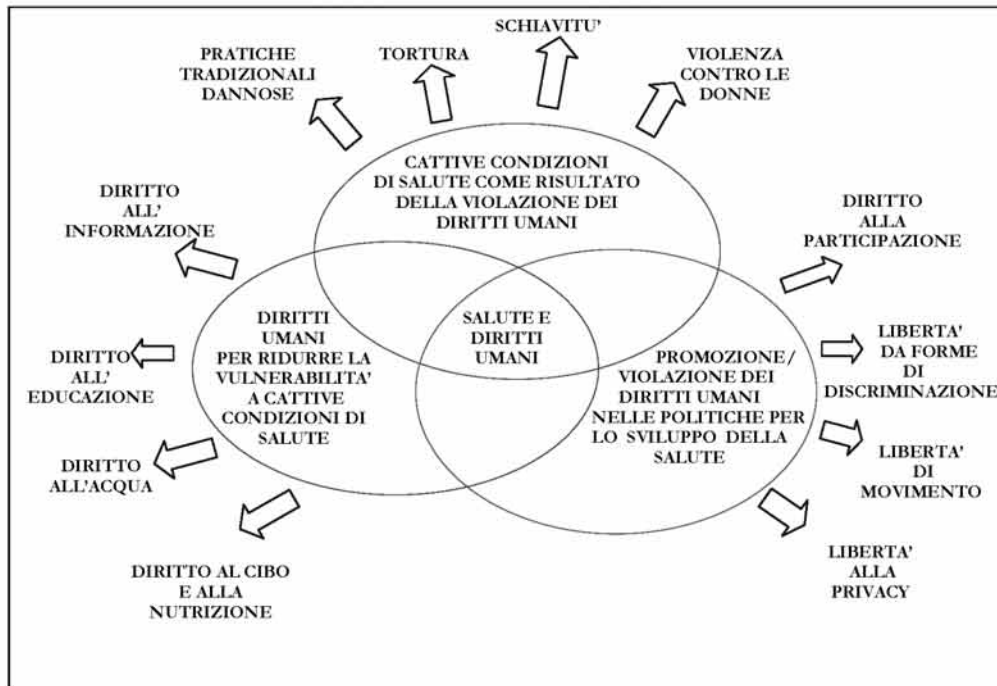
In ambito internazionale il concetto di Salute trova i suoi riferimenti nella seguente definizione: "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*"³. Come tale, la salute viene considerata un diritto che risulta profondamente interconnesso con gli altri diritti fondamentali delle persone. Questa articolazione del concetto di salute assegna agli Stati e alle autorità pubbliche compiti che vanno oltre la gestione del sistema sanitario.

A partire dagli anni ottanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato documenti e strategie per dare un impulso significativo al perseguimento della salute da parte dei governi, ai livelli delle diverse istituzioni coinvolte. Tra questi documenti due strategie vanno sotto il nome, rispettivamente, di "promozione della salute" (Carta di Ottawa, 1986)⁴ e di "strategia della salute per tutti" (Health21: La salute per tutti nel 21° secolo)⁵. In queste strategie la salute è definita in modo processuale e dinamico, come esito di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non unicamente come risultato dell'organizzazione sanitaria.

³ <http://www.who.int>

⁴ <http://www.retephitalia.it/allegati/Ottawa%20carta.htm>

⁵ http://www.trentinosalute.net/contenuti_sorelle_archivio.jsp?ID_LINK=141&area=0&page=19



<http://www.who.int/hhr/en/>: Esempio di collegamento tra la salute ed i diritti umani

“Il contributo relativo dato da ciascuno di questi determinanti alla longevità (raggiungimento dell'età di 75 anni) è stato stimato da più autori. Ad esempio, l'importanza del contributo dato dal settore prettamente sanitario al conseguimento di questo obiettivo (generalmente mitizzato) è stato valutato come pari al 10-15%, quello del patrimonio genetico tra il 20 e il 30%, il contributo dell'ecosistema del 20%, mentre l'influenza dei fattori socioeconomici, di gran lunga la più importante, è stata stimata tra il 40 e il 50%.”...“Non v'è oggi più dubbio che i maggiori determinanti della salute sono, e sono sempre stati, di tipo socioeconomico ed ambientale e che il modello biomedico dominante sull'eziologia delle malattie abbia finora impedito di porre, negli anni recenti, le vere priorità a livello di salute pubblica. Ora, i classici programmi di educazione sanitaria che mirano ad incoraggiare modifiche di comportamento e di stili di vita dimenticano tutti che fattori al di fuori dal controllo individuale (legati quindi al contesto socioeconomico, a quello ambientale e legale) sono quelli che in realtà influiscono sui comportamenti e gli stili di vita e susseguentemente sulle condizioni psicofisiche degli individui.”⁶

2.1 La Salute in Italia: l'Integrazione socio-sanitaria

In Italia, dal punto di vista normativo, la legge 833/78 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale è intervenuta sul tema affermando il principio dell'integrazione funzionale degli interventi di base sanitari e sociali. La successiva produzione normativa in materia di assistenza socio-sanitaria ha definito, già a partire dagli anni '80, l'organizzazione dei servizi sul territorio (USL e Distretti), e le competenze

⁶ Domenighetti G. “Una politica di sanità pubblica centrata sui bisogni della popolazione e non su quella dei servizi” http://www.trentinosalute.net/context_biblioteca.jsp?ID_LINK=100&area=44

gestionali dei vari livelli istituzionali (Regioni, Province, Comuni singoli e associati, Aziende sanitarie). Sullo sfondo i cambiamenti demografici, sociali e culturali avvenuti in Italia negli ultimi decenni e che hanno delineato un aumento dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione; la natura di questi bisogni è spesso composita e ha portato alla formulazione di servizi e prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale.

La componente socio-assistenziale degli interventi socio-sanitari tuttavia non è stata normata a livello centrale e ha seguito percorsi differenziati a livello locale, regolati da normative nazionali settoriali, dalla legislazione regionale e dai piani sanitari (..) e tali differenze sono evidenti in particolare tra centro-nord e sud.⁷

Dalle conclusioni della 'Commissione nazionale di studio sul tema dell'integrazione sociosanitaria' (istituita con Decreto del Ministro della Sanità), il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998), sottolinea l'integrazione sociosanitaria quale priorità strategica cui destinare congrue risorse, per "il superamento della visione dicotomica tra servizi sociali, di competenza degli Enti locali, e servizi sanitari, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale. Il riconoscimento (...) (di tale) necessità comprende il bisogno di potenziare anche i livelli attraverso i quali ha luogo l'integrazione sociosanitaria:

- il livello istituzionale, che consente di definire i 'patti per la salute' sottoscritti tra i diversi attori;
- il livello gestionale, che garantisce l'adozione di modelli organizzativi coerenti;
- ed il livello professionale, che permette di armonizzare le competenze dei professionisti chiamati in causa nella realizzazione degli obiettivi di salute comuni."⁸

2.2 Politiche sanitarie e norme per la tutela della salute degli immigrati⁹

Le politiche sanitarie per la tutela degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono un patrimonio relativamente recente. Se ne comincia a parlare agli inizi del 1990 ma solo nel 1998 il tema viene affrontato compiutamente con la legge n. 40 (la cosiddetta "Turco Napolitano") poi confluita nel Testo Unico (TU) sull'immigrazione (*Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998*). Il regolamento d'attuazione di questa legge (*Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999*) ed una Circolare del Ministero della salute (*n. 5 del 24 marzo 2000*) completano l'impianto normativo coerente con il mandato costituzionale di garanzia di cure "... come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività" (art. 32 della Carta Costituzionale).

L'articolo n. 34 del TU dal titolo "*Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*" contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul territorio nazionale cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35 dal titolo "*Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN*" affronta il tema di tutela

⁷ <http://pianisocialiesanitari.istat.it/>

⁸ Tratti da http://www.careonline.it/2006/6_06/pdf/parole_chiave.pdf

⁹ vedi - Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002

sanitaria “a salvaguardia della salute individuale e collettiva” anche nei confronti di coloro “non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno”, i cosiddetti irregolari e/o clandestini (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP). L'articolo 36, dal titolo “Ingresso e soggiorno per cure mediche”, definisce le condizioni necessarie affinché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale con l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo i rifugiati e 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 SSN, ...) 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 e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico. Tale impostazione normativa è stata supportata da alcuni documenti programmatici primi fra tutti i Piani Sanitari a valenza Nazionale dal 1998 ad oggi, nei quali si evidenzia la realtà dell'immigrazione e si incentivano interventi ed azioni locali sia per garantire accessibilità e fruibilità delle prestazioni, sia per avviare percorsi di maggiore conoscenza del fenomeno.

Queste norme dal 1998 non sono state modificate né dall'entrata in vigore della legge n. 189/2002 in materia di immigrazione (la così detta legge Bossi Fini) né dalle varie normative legate alla “devoluzione in ambito sanitario” (ad esempio nei *Livelli essenziali di assistenza – lea*, sono comprese le prestazioni per immigrati regolari ed irregolari).

Questa impostazione, accompagnata da una crescente “disponibilità” da parte degli amministratori locali e degli operatori sanitari, si sta traducendo in un progressivo aumento dell'accessibilità ai servizi e miglioramento delle condizioni di salute, almeno per alcuni ambiti.

Va però anche segnalato come non ci sia ancora una uniformità di applicazione su tutto il territorio nazionale soprattutto per le disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolarmente presenti: alcuni ambiti di discrezionalità organizzativa (in base alla diversità del territorio regionale ed alla consistenza della presenza di stranieri) vengono presi a pretesto per non garantire adeguatamente livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale.

Per i richiedenti asilo, i rifugiati, i titolari di permesso di soggiorno di tipo umanitario e/o protezione sociale (anche nelle more del rinnovo o a permesso rifiutato ma con in atto un ricorso o altra azione giuridica/amministrativa), è prevista l'iscrizione obbligatoria al SSN e quindi tutti i livelli assistenziali a parità di condizioni previste per i cittadini italiani.

2.3 Il nodo dell'accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari¹⁰

Affinché il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) è indispensabile un'efficace politica sanitaria a livello locale: è a livello regionale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare perché delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi nella quotidianità; bisogna vigilare perché la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela. E questo anche perché la normativa italiana, anche se avanzata e lungimirante, ha delle situazioni di ambiguità che possono creare dei problemi nell'accesso e fruibilità che di per sé sono ambiti critici nella promozione alla salute. Nella quotidianità si possono infatti frapporre una serie di ostacoli di varia natura, talora di tale entità da risultare vere e proprie «barriere» all'accesso che possiamo così schematicamente elencare:

- a) le barriere giuridico-legali;
- b) le barriere economiche;
- c) le barriere burocratico-amministrative;
- d) le barriere organizzative.

Rappresentano invece possibili barriere nella fruibilità dei servizi socio-sanitari:

- a) barriere linguistiche;
- b) barriere comunicative;
- c) barriere interpretative;
- d) barriere comportamentali.

Non ci si soffermerà singolarmente su tali barriere, rimandando l'approfondimento a specifici testi. Diremo semplicemente che la maggior parte dei servizi mostrano attualmente dei significativi ostacoli di tipo linguistico, comunicativo e relazionale in genere, che vengono esaltati proprio nell'ambito assistenziale dei soggetti in condizione di maggiore fragilità sociale. Ciò a sottolineare, da una parte, come la relazione terapeutica sia costituzionalmente complessa, e, dall'altra, come i concetti di salute, malattia e cura siano fortemente condizionati dalla cultura d'appartenenza e dai valori simbolici a questa collegati. Si inserisce a questo proposito il dibattito iniziato da alcuni anni sulla figura dei mediatori/mediatrici che, comunque interpretati - da una connotazione e funzione prettamente linguistica ad una più complessa che li veda assommare attitudini comunicative, psicologiche, sociologiche ed antropologiche - rappresentano figure «di cerniera» preposte a facilitare anche la relazione terapeutica. A tutto ciò, vanno aggiunte barriere comportamentali da parte degli utenti ma spesso anche da parte degli operatori condizionati sia da pregiudizi "politico culturali", sia da approcci inadeguati su un piano professionale.

Tutte queste considerazioni ci suggeriscono in modo chiaro l'importanza di continuare lungo la strada intrapresa di certezza del diritto alla salute e di progettualità per garantire a tutti l'accesso alle strutture sanitarie e la fruibilità delle prestazioni con particolare riferimento a quelle di primo livello e l'adozione di iniziative e programmi di promozione ed educazione alla salute. Tutto ciò sarà comunque efficace se inserito in un percorso di politiche di integrazione che facciano dello straniero immigrato nel nostro paese un cosciente e partecipe nuovo cittadino.

¹⁰ vedi - Geraci S. (a cura di): *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Edizioni Anterem. Roma, 2000.

2.4 Benessere psicosociale e percorso migratorio¹¹

Nel dibattito relativo alla complessità accordata al concetto di salute, l'epidemiologia sociale ha contribuito a qualificare il discorso sulle altre dimensioni della salute, e sul ruolo che queste rivestono nel caratterizzare le condizioni di salute a livello del singolo, di piccoli gruppi, di comunità o di popolazione.¹²

L'esperienza della migrazione diviene nel discorso sulla salute dimensione ulteriore che caratterizza ed informa le condizioni ed i bisogni di salute delle persone che la attraversano. Le migrazioni sono processi complessi con inevitabili ripercussioni sul benessere psicosociale delle persone, tali da richiedere un approfondimento in merito. L'attraversamento delle frontiere geografiche, socio-economiche, culturali e interpersonali richiede sempre una ridefinizione dell'identità e del sistema dei valori, spesso una ricostruzione delle proprie biografie personali, umane e sociali. Questo processo può comportare perdita dei riferimenti, inadeguatezza nelle relazioni umane e disagio sociale, anche a distanza di generazioni. Sebbene la migrazione non comporti necessariamente problemi di salute mentale, essa indubbiamente espone le persone ad una maggiore vulnerabilità psicosociale, specialmente quando si combina con altri fattori. I problemi di salute mentale e disagio psicosociale causano sofferenza, esclusione sociale, disabilità e una scarsa qualità della vita specie tra persone traumatizzate da guerre, conflitti, violenza e terrorismo. Richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, vittime di tratta incontrano bisogni specifici che riguardano la protezione, l'assistenza e la partecipazione nella nuova società di accoglienza.

I migranti sono più vulnerabili della popolazione locale per gli ostacoli che possono incontrare nella fruizione dei servizi socio-sanitari, scolastici, di giustizia, in cui peraltro il personale riceve scarsa formazione specifica nella gestione delle diversità culturali. Questo problema si aggiunge alla difficoltà di mantenere come punto di riferimento i sistemi di sostegno e di cura della propria comunità d'origine.

Il percorso migratorio, specialmente quello forzato, rappresenta una frattura profonda nelle reti di significati e di rapporti che fondano la vita individuale, culturale e sociale di ciascuno. Le migrazioni non hanno perciò conseguenze solo sul singolo, ma si estendono alla rete più ampia di relazioni attraverso le quali la persona si costruisce. Sebbene le rappresentazioni comuni lo riducano ad un'esperienza monodimensionale e lineare, il progetto migratorio viene costantemente ridefinito e tale progettualità non avviene in vacuo, ma è profondamente condizionata dal modo in cui i "discorsi" sull'immigrazione si costruiscono nell'arena sociale e politica.

La retorica che accompagna le migrazioni agisce strutturando l'opinione pubblica e l'ambito del privato su diversi piani: i media, il senso comune e le narrazioni private e quotidiane dove la figura del migrante si appiattisce e viene ridotta, a seconda del momento storico, a vittima/colpevole o ad eroe. La rigidità di tali rappresentazioni condiziona fortemente la rilevazione e presa in carico dei bisogni del migrante, influisce sulle sue capacità di risposta alle fratture che si aprono lungo il suo percorso, segnando allo stesso tempo le politiche e le pratiche di integrazione nella società d'accoglienza.

¹¹ Losi Natale e Schellenbaum Paola, *Manuale di orientamento psicosociale*, OIM, Roma 2003; Losi Natale, *Vite Altrove*, Feltrinelli, Milano 2000.

¹² Mckeown Thomas, *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?*, Sellerio, Palermo 1978.

3. Cornice di riferimento e metodologia della ricerca

Nell'ambito di questa ricerca, il concetto della Salute, intesa come benessere psicosociale, e il modello italiano del Sistema di Protezione, che propone la *rete* come vero e proprio *soggetto progettuale*, sono sullo sfondo di un'indagine che interessa da vicino il Sistema Sanitario Nazionale e l'architettura istituzionale nella quale questo si inserisce.

Il concetto di integrazione socio-sanitaria e quello più ampio di promozione della salute, così come viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, riportano l'attenzione di questa ricerca sulla capacità dei progetti SPRAR di costruire *reti territoriali* per la realizzazione delle attività loro assegnate e, in ultima istanza, per accompagnare i beneficiari verso la piena autonomia.

Nondimeno tale capacità poggia necessariamente sull'esistenza di una rete istituzionale su cui far agire il *sistema integrato di interventi* dello SPRAR, una rete su cui impostare un'*azione intersettoriale* capace di rilevare e prendersi carico dei bisogni di Salute dei RARU, beneficiari o meno dello SPRAR, garantire loro l'accesso e l'effettiva fruibilità dei servizi preposti, estendendo potenzialmente il target fino alla tipologia più vasta dei nuovi utenti del SSN – singoli/famiglie/comunità di immigrati ormai stanziali (vedi II° generazioni), migranti stagionali, irregolari.

La mancata attenzione alle complessità legate al fenomeno migratorio e alle potenziali problematiche ad esso correlate di ordine fisico e psicosociale, può comportare costi elevati per i migranti, per le comunità di accoglienza e gravare sulle istituzioni pubbliche coinvolte, tanto a livello politico quanto in termini di spesa pubblica.

Le attività di ricerca sono iniziate nel mese di Ottobre 2006 con la definizione di un protocollo di ricerca e la progettazione degli strumenti di raccolta dati:

- 1 una griglia generale, chiamata griglia SPRAR, relativa alle informazioni generali sul progetto, sui servizi erogati e le relazioni con il SSN attraverso le risorse socio-sanitarie del territorio (vedi appendice 1);
- 2 una scheda più specifica, chiamata scheda intervento sanitario, relativa agli interventi sanitari occorsi nel mese di Novembre 2006¹³, attraverso la quale sono stati raccolti dati relativi all'utente del servizio sanitario ed al suo percorso terapeutico (vedi appendice 2).

Per la complessità dell'argomento di ricerca e del contesto nel quale questa si è svolta, si è ritenuto opportuno darle un carattere estensivo e svolgere la raccolta dei dati in tutti i progetti dello SPRAR attivi nel 2006, per avere una prima visione d'insieme ed individuare gli eventuali aspetti da approfondire in una successiva indagine campione. Questa opzione, ed i limiti stessi della ricerca in termini economici, di tempo e di risorse umane a disposizione, ha portato a selezionare la categoria di informatori dai quali reperire i dati. Tra le tre tipologie di attori coinvolti nell'erogazione dei servizi socio-sanitari - operatori progetti SPRAR, operatori SSN, beneficiari progetti SPRAR - questa ricerca si concentra essenzialmente sulla prima, privilegiando gli operatori dei progetti per la ricchezza di dati a loro disposizione e la loro posizione di osservatorio privilegiato, di ponte fra i beneficiari e gli operatori del SSN. Si auspica un

¹³ Nell'ambito della ricerca si è definito "intervento sanitario" ogni contatto con le strutture sanitarie, dall'iscrizione al SSN, le visite di controllo dal medico di base, le visite specialistiche fino all'ospedalizzazione. La scelta di circoscrivere gli interventi sanitari al mese di Novembre ha avuto lo scopo di delimitare un arco di tempo al fine di valutare il carico di lavoro di tutti i progetti SPRAR e le relative strutture sanitarie territoriali.

approfondimento successivo su quanto emerso attraverso indagini campione tese a raccogliere le voci rimaste inascoltate a questo livello dell'indagine.

Lo strumento scelto per la raccolta dei dati è stato quello dell'intervista telefonica capace di indagare, attraverso le informazioni/percezioni fornite dal personale dei singoli progetti, le relative funzioni/disfunzioni nell'assistenza e presa in carico dei bisogni socio-sanitari dei RARU. Sono stati contattati tutti i 102 progetti attivi nel 2006¹⁴, inclusi quelli di Roma e Milano; in totale per le informazioni di carattere generale sui progetti sono state compilate 109 griglie¹⁵. Le schede sanitarie sono 801, limitate agli interventi registrati nel mese di Novembre per un totale di 696 beneficiari. I dati qualitativi, difficilmente riducibili entro le risposte chiuse del formulario, sono stati registrati nelle note allegate a ciascuna griglia e scheda sanitaria. Si tratta soprattutto delle riflessioni raccolte dai singoli informatori in merito a delle questioni che maggiormente si sono trovati o sono stati stimolati ad approfondire, e delle storie che sono state ricostruite in merito ai percorsi terapeutici di alcuni ospiti dei progetti. A tal proposito è importante sottolineare che il livello di soddisfazione dei beneficiari in merito ai loro percorsi terapeutici, è stato riportato dagli operatori intervistati.

Essendo anche l'intervista sostanzialmente luogo di incontro, i discorsi che l'hanno attraversata sono il risultato della combinazione dei vari termini che la compongono: le persone coinvolte (ricercatore/informatore), i temi trattati, il tempo e le modalità dell'incontro. E' importante sottolineare quanto la fonte delle informazioni così come le intenzioni e le possibilità della ricerca, siano essenzialmente legate al piano delle percezioni dei responsabili/coordinatori/operatori SPRAR intervistati per quanto riguarda le domande a risposta aperta, e delle loro singole disponibilità e possibilità a rispondere considerando le informazioni ed il tempo a loro disposizione, nonché al piano delle personali attitudini di ciascuno a condividere estratti delle esperienze vissute nell'ambito lavorativo. Per quanto riguarda le schede di intervento sanitario, le risposte dipendono anche dal livello di autonomia dei beneficiari (se i beneficiari sono autonomi, i relativi dati sanitari sono registrati dagli operatori solo se vengono loro comunicati).

Da considerare inoltre l'organizzazione da parte del Servizio Centrale del corso di formazione "La presa in carico dei RARU appartenenti alle categorie più vulnerabili", che in cinque edizioni successive ha visto la partecipazione degli operatori di tutti i progetti, e nel quale venivano affrontati, fra gli altri, argomenti oggetto dell'intervista (mappatura dei servizi sanitari, tutela della salute, accessibilità e fruibilità, etc.). L'incrociarsi temporale di queste due attività ha fatto sì che alcuni informatori, al contrario di altri, fossero sensibilizzati sull'argomento dalla recente formazione e fornissero risposte più mirate.

Limite e ricchezza di questa ricerca è stata la volontà di non rinunciare completamente al carattere qualitativo delle informazioni: ove possibile il qualitativo è stato forzato entro risposte chiuse, perdendo da una parte alcune informazioni e acquisendo dall'altra maggiore facilità nell'elaborazione.

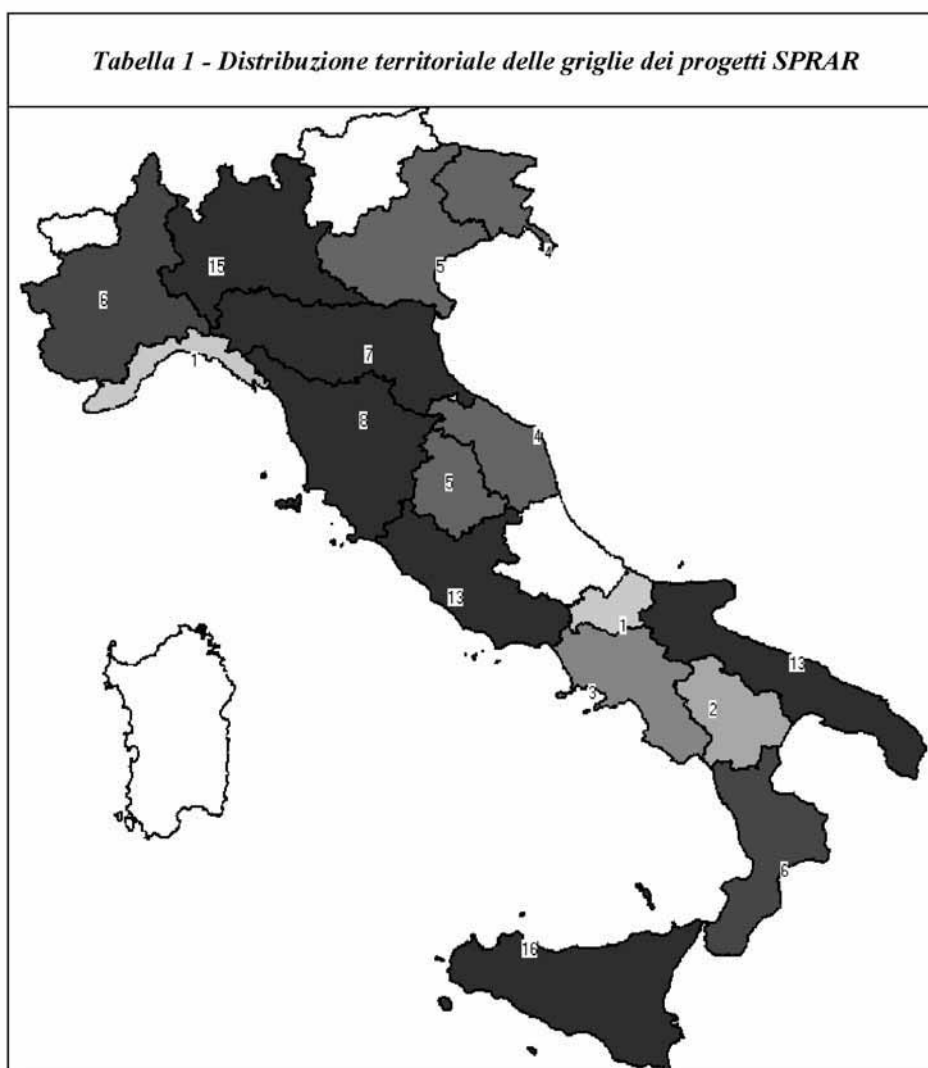
¹⁴ Alla fine del 2006 sono stati aggiunti altri due progetti – provincia di Trento e Comune di Stornara.

¹⁵ Il numero delle griglie è superiore a quello dei progetti, 102, per la presenza in alcuni di questi di più enti gestori per altrettante o più strutture abitative. Nello specifico le sette griglie in più si riferiscono a Roma (3 griglie relative ai due centri ACISEL - Casalotti e Centocelle – e al centro Astalli), Milano (5 griglie relative alle due strutture gestite dalla Croce Rossa – Via S. Martini e Via Gorlini – e alle tre gestite dal Consorzio Farsi Prossimo – Via Novara, Via Giorgi e Via Fulvio Testi) e Isola di Capo Rizzuto (2 griglie relative ai due centri gestiti dalle due associazioni Agorà e Pro Civ).

4. Il campione / universo

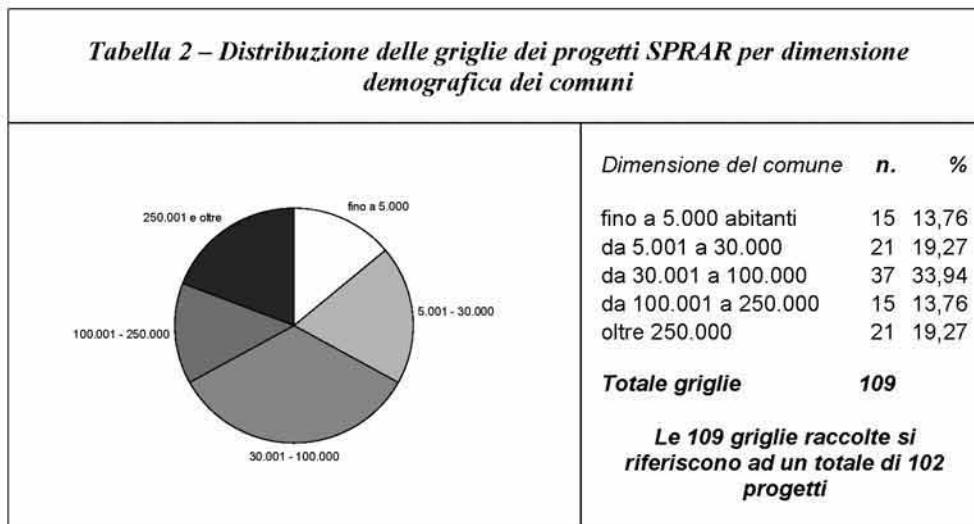
4.1 I progetti SPRAR

In questo studio le 109 griglie dei progetti SPRAR si riferiscono a tutti i 102 progetti attivi nel 2006. Si dispone perciò dell'intero universo dei progetti SPRAR e non di un campione. Nella tabella 1 le regioni con il numero più elevato di progetti sono colorate in nero. Per ogni regione viene riportata la sigla del capoluogo di regione con accanto il numero delle griglie compilate.



Per il Sud Italia sono state compilate 41 griglie (40 progetti incluso quello di Isola di Capo Rizzuto con 2 griglie), nel Nord Italia 38 griglie (34 progetti incluso quello di Milano con 5 griglie), e nel Centro Italia 30 griglie (28 progetti incluso quello di Roma

con 3 griglie)¹⁶. I progetti SPRAR nel 2006 sono assenti in Valle d'Aosta, nel Trentino Alto Adige, in Abruzzo e in Sardegna¹⁷. Le regioni con il numero più elevato di progetti sono la Sicilia (con 16 progetti), la Puglia (13), la Lombardia (11 progetti con 15 griglie), il Lazio (11 con 13 griglie), la Toscana (8) e l'Emilia Romagna (7). Oltre un terzo dei progetti è collocato in comuni di medie dimensioni, con popolazione tra i 30 e 100mila residenti (tabella 2).



L'84% dei progetti (91 con 92 griglie) sono collocati nelle aree non metropolitane e il 16% nelle aree metropolitane di Torino (1 progetto), Milano (1 con 5 griglie), Venezia (2), Genova (1), Bologna (1), Firenze (1), Roma (1 con 3 griglie), Napoli (1) e Bari (2) per un totale di 11 progetti con 17 griglie.

L'83% delle griglie compilate si riferiscono agli 83 progetti SPRAR che sulla base della tipologia di beneficiari a cui si rivolgono, sono definiti ordinari; mentre il 17% delle griglie compilate fa riferimento ai 19 progetti "vulnerabili". L'assenza di correlazioni associate a questa suddivisione (par 6.7.3) mostra che, da un punto di vista statistico, la suddivisione tra ordinari e vulnerabili è di scarsa rilevanza e di conseguenza nel riportare i risultati della ricerca tale suddivisione non è stata evidenziata come criterio per la disaggregazione dei dati.

Durante le interviste e nella successiva elaborazione la distinzione tra progetti ordinari e progetti vulnerabili e tra beneficiari ordinari e vulnerabili ha gradualmente perso valore. A tal proposito è importante sottolineare che tale distinzione è stata inserita solo nel 2006¹⁸ – prima di questa data tutti i progetti potevano ospitare beneficiari identificati in seguito nella categoria dei vulnerabili; nell'ambito della ricerca solo 5 progetti hanno dichiarato di non ospitare/aver mai accolto beneficiari vulnerabili.

Tuttavia il numero elevato di questa tipologia di ospiti nel Sistema, tale da superare il numero dei posti disponibili, e la scarsa differenziazione in termini di bisogni di Salute e di ricorso ai servizi socio-sanitari del territorio, porta a riflettere sulla validità della presunta vulnerabilità di alcuni beneficiari rispetto ad altri.

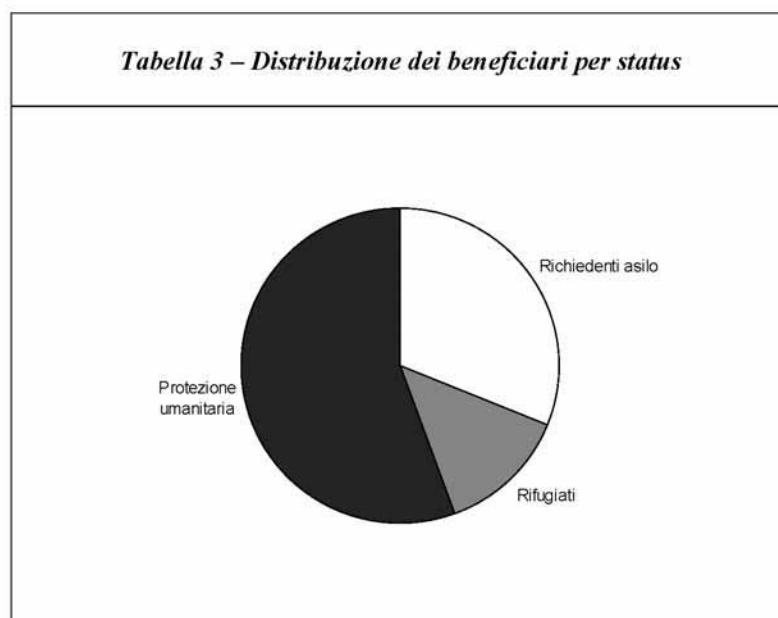
¹⁶ Su un totale di 109 griglie compilate, questa la divisione in percentuale per aree geografiche: Sud: 37%, Nord: 34% e Centro: 27%.

¹⁷ Nel 2007 sono entrati nella rete dello SPRAR anche progetti di Enti locali dell'Abruzzo e della Sardegna. Mentre già dalla fine del 2006 era attivo nella rete un progetto in Trentino Alto Adige.

¹⁸ Decreto del Ministero dell'Interno del 28/11/2005 art. 6, successivamente modificato – Decreto del Ministero dell'Interno del 27/6/2007 pubblicato su supplemento ordinario alla G.U. n.150 del 30/6/2007

4.2 I beneficiari di interventi sanitari (RARU)

Gli interventi sanitari effettuati nel mese di Novembre hanno riguardato 696 beneficiari. Il 54% aveva status di protezione umanitaria, il 30% di richiedenti asilo e il 13% di rifugiati.



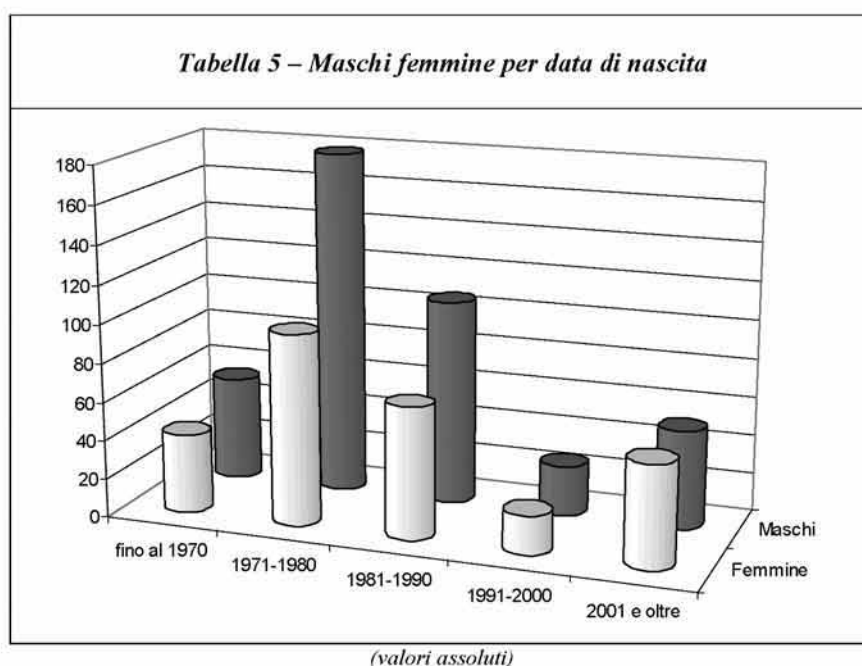
Confrontando le frequenze delle singole nazionalità, raggiunte da questa ricerca (appendice 2), con quelle ufficiali fornite dal Servizio Centrale, si osserva una corrispondenza quasi totale. Ciò sottolinea la bontà del campione e la possibilità di generalizzare i risultati della ricerca alla realtà degli SPRAR.

Tabella 4 – Beneficiari per area geografica di provenienza

Area geografica di provenienza	n.	%
Europa Centro-Orientale	47	6,75
Africa Orientale	278	39,94
Africa Occidentale	141	20,26
Africa Centro-Meridionale	78	11,21
Africa Settentrionale	40	5,75
Asia Occidentale	53	7,61
Asia Centro-Meridionale	31	4,45
Asia Orientale	2	0,29
America Centro-Meridionale	26	3,74
Beneficiari	696	

Oltre il 60% dei beneficiari che hanno chiesto un intervento sanitario a Novembre, provengono dall’Africa Occidentale e Orientale, quasi il 40% dalla sola Africa Orientale e oltre ¼ dall’Eritrea.

L’analisi di genere e per classi di età dei beneficiari che hanno usufruito del SSN, evidenzia la prevalenza degli uomini, 60%, sulle donne, poco più del 40%, ed una netta maggioranza dei nati tra il 1971 e il 1980, anche qui soprattutto uomini. (Tabella 5). Questo dato sembrerebbe mettere in luce le scelte che informano i progetti migratori a livello dei singoli, delle famiglie e/o delle comunità di appartenenza. Sono soprattutto uomini, giovani adulti, a partire e la distribuzione delle nazionalità nel chiedere asilo così come nel ricorso ai servizi socio-sanitari, mostra ai primi posti quelle aree geografiche e quei paesi che sono oggi caratterizzati da conflitti interni, da guerre e da condizioni umanitarie estreme.



In merito al genere, i dati sulle presenze degli ospiti nel mese di Novembre non si distanziano molto da quelli delle schede sanitarie: gli uomini erano il 69% del totale degli ospiti, mentre le donne il 31%.

Se da una parte non sorprende la maggiore fruizione dei servizi del SSN da parte delle donne, dall’altra l’alta percentuale degli interventi sanitari relativi agli uomini, alta rispetto alle medie nazionali nella richiesta dei servizi per la salute, apre la riflessione sui bisogni di salute espressi da questa tipologia di utenti, la dimensione di disagio e la relazione con i modelli di integrazione socio-economica e culturale nei territori di accoglienza.

Sebbene in linea con il trend relativo all’accesso ai servizi socio-sanitari, il maggiore accesso delle donne tra i nuovi utenti del SSN, rimanda inoltre alle problematiche specifiche di ordine culturale che l’assistenza alle donne migranti solleva.

5. Obiettivi della ricerca e lettura dei dati

L'analisi dei dati si è posta i seguenti obiettivi:

1. analizzare la risposta ai bisogni dei beneficiari (par. 6.1);
2. rilevare i bisogni di salute dei beneficiari (par. 6.2) e analizzare:
 - l'accesso e la fruibilità dei servizi del SSN (par. 6.3);
 - la risoluzione dei problemi (par. 6.4)
3. indagare le relazioni esistenti tra i progetti SPRAR e le relative risorse socio-sanitarie territoriali (par. 6.5);
4. esplorare le modalità di organizzazione dei progetti SPRAR (par. 6.6);
5. studiare le caratteristiche associate alle tipologie dei territori (par. 6.7);
6. studiare le difficoltà riscontrate con il SSN (par. 6.8);
7. esplorare le reti per l'integrazione socio-economica (par. 6.9);
8. individuare criticità e buone prassi nei percorsi di assistenza socio-sanitaria messi in atto (par. 7).

La lettura dei dati è stata realizzata utilizzando due strumenti:

- le *distribuzioni semplici*, ad esempio la tabella 4, che si basano sul conteggio delle risposte e le loro percentuali e che, per questo motivo, vengono indicate come analisi *quantitative* (vedi appendice 1 e 2).
- le *correlazioni*, per mezzo delle quali si studiano le relazioni tra variabili e che, per questo motivo, vengono indicate come analisi *qualitative* (appendice 3).

In questa ricerca, al fine di studiare la forza delle correlazioni, si utilizza il test statistico del Chi Quadrato (χ^2)¹⁹. In appendice 3 vengono riportate le correlazioni più significative ottenute incrociando le variabili selezionate con tutte le domande della scheda di intervento sanitario e della griglia del progetto SPRAR.

Le correlazioni più forti evidenziano, in genere, fatti ovvi. L'analisi dei dati si soffermerà perciò sulle correlazioni intermedie cercando di spiegarle e commentarle. A volte le correlazioni possono risultare difficili da spiegare; in questi casi saranno riportate senza commento, lasciando al lettore la sfida dell'interpretazione. Inoltre, saranno commentate unicamente le correlazioni di quelle variabili che, nelle distribuzioni di frequenze, non scendono sotto le 15 unità.

E' importante ricordare di non cadere nell'errore di considerare le percentuali e le correlazioni come certezze matematiche. Solo quando i risultati vengono confermati da più ricerche si può raggiungere la certezza. In questa ricerca, la lettura dei dati sarà perciò sempre al condizionale.

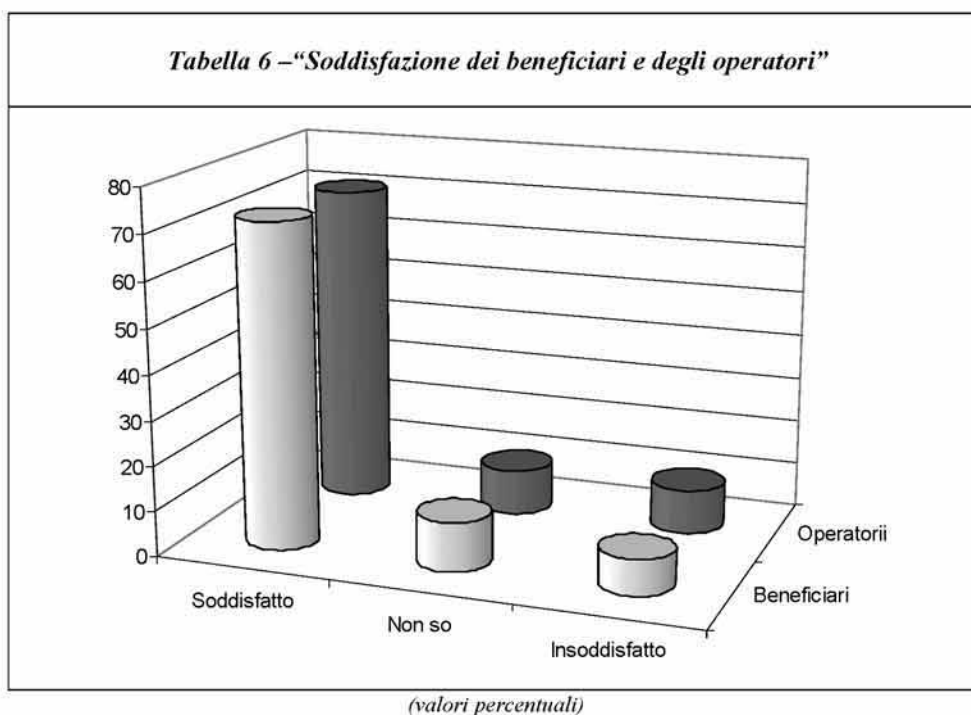
¹⁹ La forza delle correlazioni è tanto più significativa quanto minore è il rischio di sbagliare affermandone l'esistenza. In questa ricerca, un χ^2 pari a 6,635 è statisticamente significativo all'1%, ciò significa che vi è meno di 1 possibilità su 100 di sbagliare affermando l'esistenza della correlazione. Maggiore è il valore del χ^2 maggiore è la significatività statistica e la forza delle correlazioni.

6. Analisi dei dati

6.1 Risposta ai bisogni dei beneficiari

La scheda di intervento sanitario comprende domande circa la soddisfazione²⁰ e l'insoddisfazione dei beneficiari e degli operatori dello SPRAR rispetto al percorso terapeutico dei beneficiari. Il percorso terapeutico si riferisce a tutto l'arco di tempo interessato dal problema/bisogno specifico la cui "presa in carico" ha riguardato il mese di Novembre (erogazione di uno o più servizi socio-sanitari) ma che può anche essere iniziata prima o eventualmente terminata dopo il mese di Novembre. E' importante ricordare che il dato sulla soddisfazione/insoddisfazione dei beneficiari è stato raccolto sempre dagli operatori in base alle loro percezioni. Ciò ha portato, come si vedrà di seguito, ad una forte sovrapposizione delle risposte di soddisfazione e di insoddisfazione tra operatori e beneficiari, risultato questo che deve essere tenuto in considerazione nella lettura delle correlazioni.

La soddisfazione dei beneficiari e degli operatori è molto elevata, nel primo caso si arriva al 72% nel secondo al 71%. L'insoddisfazione, invece, viene riportata solo nell'8% dei casi per i beneficiari, e meno del 10% delle volte dagli operatori.



²⁰ La soddisfazione comprende anche l'eventuale risposta "indifferenza", in quanto non era possibile separare l'espressione di indifferenza da quella di soddisfazione in particolare nelle schede di intervento sanitario legate ad atti amministrativi (iscrizione al SSN, invalidità ed esenzione dal ticket).

Le tabelle delle correlazioni mostrano che:

- La “soddisfazione dei beneficiari” (tabella 10.1, appendice 3) coincide nell’89% dei casi con la soddisfazione degli operatori. Tale “concomitanza” ottiene un valore di correlazione pari a 324,4 che è estremamente elevato²¹. Il fatto che gli operatori e i beneficiari presentino una tale concordanza nelle risposte relative alla soddisfazione, e il fatto che il livello di soddisfazione dei beneficiari venisse comunicato dagli operatori, fa ipotizzare che gli operatori potrebbero aver proiettato il loro stato di soddisfazione sui beneficiari. Ciò suggerisce che, in una futura ricerca, il grado di soddisfazione dovrebbe essere chiesto direttamente ai beneficiari.

Inoltre, le correlazioni mostrano che la soddisfazione dei beneficiari è collegata con l’aver risolto il proprio problema e con aspetti relazionali come il sentirsi presi in carico e seguiti, aver sperimentato una buona empatia nelle relazioni con il personale socio-sanitario e usufruire frequentemente del Medico di Medicina Generale (MMG).

Relativamente ai progetti si osserva una soddisfazione maggiore dei beneficiari laddove:

- si sceglie come MMG il medico di fiducia e di maggiore sensibilità e competenza;
- si lascia piena autonomia al beneficiario nella scelta del MMG;
- non si effettua una mappatura dei servizi²²;
- nel mese di Novembre i beneficiari erano tutti iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (SSN);
- da parte della ASL c’è completo rispetto degli accordi presi;
- le esigenze linguistiche vengono risolte da mediatori interni allo staff dei progetti.
- la soddisfazione è, inoltre, maggiore nei centri urbani che non superano i 100.000 abitanti.

In merito alla correlazione tra soddisfazione e “non si effettua la mappatura dei servizi”, sono stati effettuati alcuni controlli, ad esempio si è studiato se questa correlazione potesse essere spuria, cioè dipendere da una terza variabile, come la dimensione dei comuni o l’area metropolitana. Si è osservato, però, il permanere della correlazione indipendentemente dai controlli effettuati. L’interpretazione alla quale si è giunti è la seguente:

- la mappatura dei servizi si realizza, principalmente, in quei progetti in cui i livelli di insoddisfazione degli operatori e dei beneficiari sono elevati.
- l’attività di mappatura sembra più presente in quei progetti in cui è stata denunciata da parte degli operatori minor empatia del personale socio-sanitario nei rapporti con il beneficiario.
- la mappatura dei servizi sembrerebbe diminuire il numero di contatti tra beneficiari e MMG, riducendo così la funzione di orientamento e di

²¹ La significatività statistica inizia dal valore 6,635

²² Per mappatura si intende l’individuazione, da parte dei progetti SPRAR, delle risorse socio-sanitarie che i singoli territori offrono e/o di riferimento per le esigenze dei singoli progetti, la raccolta delle relative informazioni anche di tipo qualitativo (orari, disponibilità/competenza del personale) e la possibilità di utilizzare queste informazioni come patrimonio comune del progetto per accompagnare, orientare e rendere autonomi i beneficiari.

indirizzamento del MMG. Le correlazioni mostrano che la funzione di orientamento del MMG è fondamentale per la soddisfazione del beneficiario.

- La “*insoddisfazione dei beneficiari*” (tabella 10.3, appendice 3) risulta correlata innanzitutto con l’incompetenza della struttura, con una differente percezione culturale della cura e della malattia, le attese troppo lunghe e le difficoltà di rapporto tra il personale socio-sanitario e il beneficiario.
- La “*soddisfazione degli operatori*” (tabella 13.1) è fortemente correlata alla competenza della struttura, all’empatia del personale socio-sanitario con il beneficiario, alla buona efficienza e organizzazione, al fatto che il beneficiario abbia risolto il proprio problema. Si osservano forti correlazioni con le aree non metropolitane, con il fatto che il MMG venga scelto per fiducia e maggiore sensibilità, lasciando piena autonomia al beneficiario, e con il fatto che non sia stata predisposta una mappatura dei servizi sanitari e che vi sia rispetto degli accordi da parte della ASL.
- La “*insoddisfazione degli operatori*” (tabella 13.3) è fortemente correlata alla difficoltà di rapporto del personale socio sanitario con il beneficiario, ad attese troppo lunghe, alla differente percezione culturale della malattia ed è maggiormente presente nel Centro Italia.

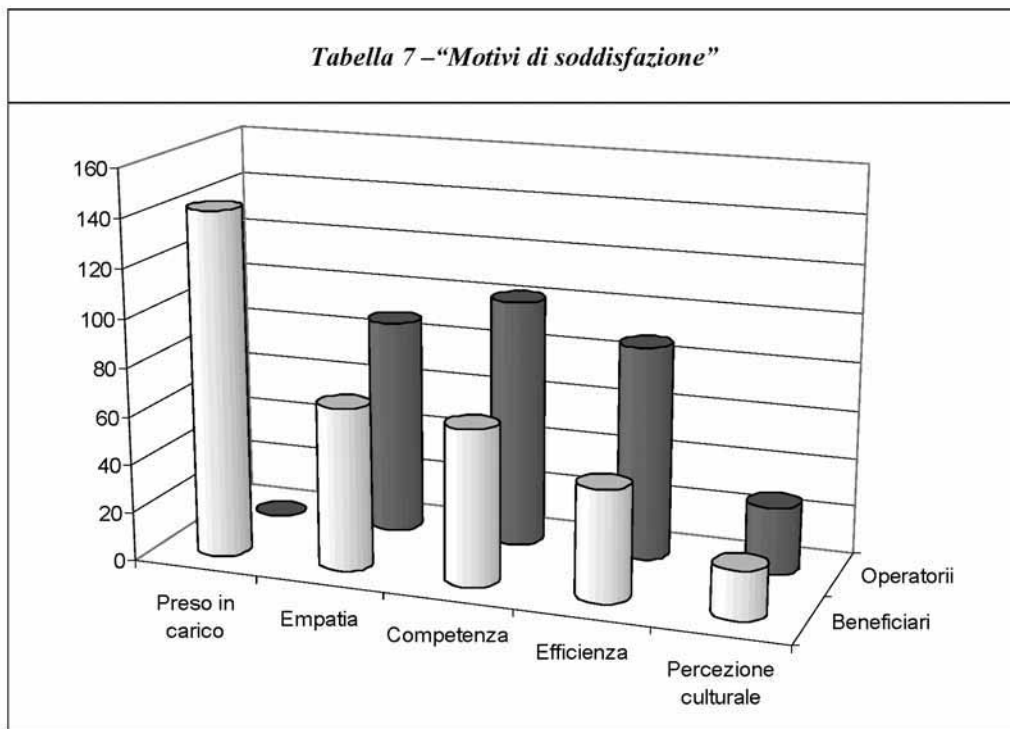
6.1.1 Motivi di soddisfazione

Per i beneficiari, i due motivi di soddisfazione più ricorrenti sono il sentirsi preso in carico/seguito (24%) e l’empatia del personale socio-sanitario (11,5%). Ciò conferma il fatto che nell’azione terapeutica l’empatia e la sensazione di non essere lasciati soli con il proprio problema sono fondamentali per il processo di guarigione e la soddisfazione del beneficiario. Seguono, poi, la competenza della struttura (11%), la buona efficienza e organizzazione (8%) e la corretta percezione culturale della malattia (3%). Per gli operatori acquista maggior rilievo la competenza della struttura (18%), l’empatia del personale socio-sanitario (15%) e l’efficienza e organizzazione (15%).

Sentirsi presi in carico, l’empatia del personale socio-sanitario, la competenza e l’efficienza della struttura, e la percezione culturale sono tutti elementi che risultano fortemente correlati tra di loro. A questi elementi si aggiunge, inoltre, in modo ripetuto e costante l’inserimento lavorativo tramite il Collocamento e il fatto che gli operatori non ritengono necessari accordi con la ASL in quanto i servizi vengono comunque erogati.

L’informazione sull’inserimento lavorativo tramite Collocamento proviene dalla griglia del progetto, e non dalla scheda d’intervento sanitario; in altre parole, si tratta di una caratteristica del progetto che si correla in modo forte alla soddisfazione dei beneficiari e alla rapida soluzione dei loro problemi. Queste correlazioni consentono di ipotizzare che nei progetti che danno attenzione all’inserimento lavorativo attraverso il Collocamento i bisogni del beneficiario vengono risolti con maggiore soddisfazione.

Tabella 7 – “Motivi di soddisfazione”



(valori assoluti)

Alcune storie, riportate in appendice 4, evidenziano il ruolo terapeutico del lavoro, ad esempio:

Una donna, titolare della protezione umanitaria, ha manifestato dei dolori al piede per i quali è stata richiesta una visita ortopedica. L'operatrice non è stata molto soddisfatta dell'intervento nonostante abbia riferito che da parte della beneficiaria ci sia stato un riscontro positivo, che si è tranquillizzata poiché il disturbo è da imputare ad una lieve dismetria, per il quale le è stato prescritto l'uso del plantare. L'operatrice ha notato che il plantare è uno strumento fastidioso da portare, da spostare da una scarpa all'altra e che non sempre la signora etiopica lo mette, inoltre da quando ha cominciato a lavorare la beneficiaria pone un'attenzione minore al suo corpo e meno peso al dolore che aveva all'inizio, riesce a tollerare meglio e a fare a meno di mettere il plantare. Inizialmente all'entrata nel progetto la donna soffriva di vari dolori, come la gastrite che si sono persi nel tempo strada facendo. (storia 1, appendice 4)

Un ragazzo etiopico, titolare della protezione umanitaria, a Novembre ha avuto una visita di controllo post-operatoria. L'operatrice ha raccontato che il beneficiario presentava un problema all'articolazione del gomito; veniva da un altro progetto da cui era andato via a causa di una grave crisi psicologica in seguito ad una lite con i datori di lavoro. L'operatrice ha riferito che lo psichiatra che lo aveva visitato aveva diagnosticato una schizofrenia mentre un altro medico etiopico a cui si sono rivolti ha parlato di sindrome di adattamento. L'operatrice ha aggiunto che con la soluzione del problema al braccio che gli impediva di lavorare con efficienza come i suoi compagni e, successivamente avendo trovato un buon lavoro, il ragazzo ha risolto completamente anche il disagio psicologico. (storia 14, appendice 4)

6.2.2 Motivi di insoddisfazione

I motivi di insoddisfazione ottengono valori di frequenza così bassi da non consentire lo studio delle correlazioni.

Tabella 8 – “Motivi di insoddisfazione”				
	Beneficiari		Operatori	
	n	%	n	%
Incompetenza della struttura	19	30,16	15	18,99
Difficoltà di rapporto	17	26,98	33	41,77
Percezione culturale della cura	16	25,40	16	20,25
Attese troppo lunghe	13	20,63	18	22,78
Altro	12	19,05	13	16,46
Percezione culturale della malattia	10	15,87	14	17,72
Difficoltà a proseguire il percorso	-		8	10,13
L'ospite rifiuta di curarsi	-		7	8,86
Scarsa efficienza e organizzazione	5	7,94	5	6,33
Pareri discordanti tra specialisti	3	4,76	4	5,06
Medicalizzazione della gravidanza	3	4,76	-	
Altre priorità	2	3,17	3	3,80
Rimozione del problema	1	1,59	3	3,80
Mancate risposte	5	7,94	3	3,80
Totale insoddisfatti	63		79	

Domanda a risposte multiple (il totale supera il 100%)

Solo 63 interventi sanitari su 801 mostrano insoddisfazione dei beneficiari, e questa è motivata soprattutto dall'incompetenza della struttura, dalle difficoltà di rapporto del personale socio-sanitario con i beneficiari, dalla diversa percezione culturale della cura e della malattia e dalle attese troppo lunghe.

In 79 interventi viene riportata insoddisfazione degli operatori, principalmente per la difficoltà di rapporto del personale socio-sanitario con i beneficiari, seguita dalle attese troppo lunghe e dalla diversa percezione culturale della cura e della malattia.

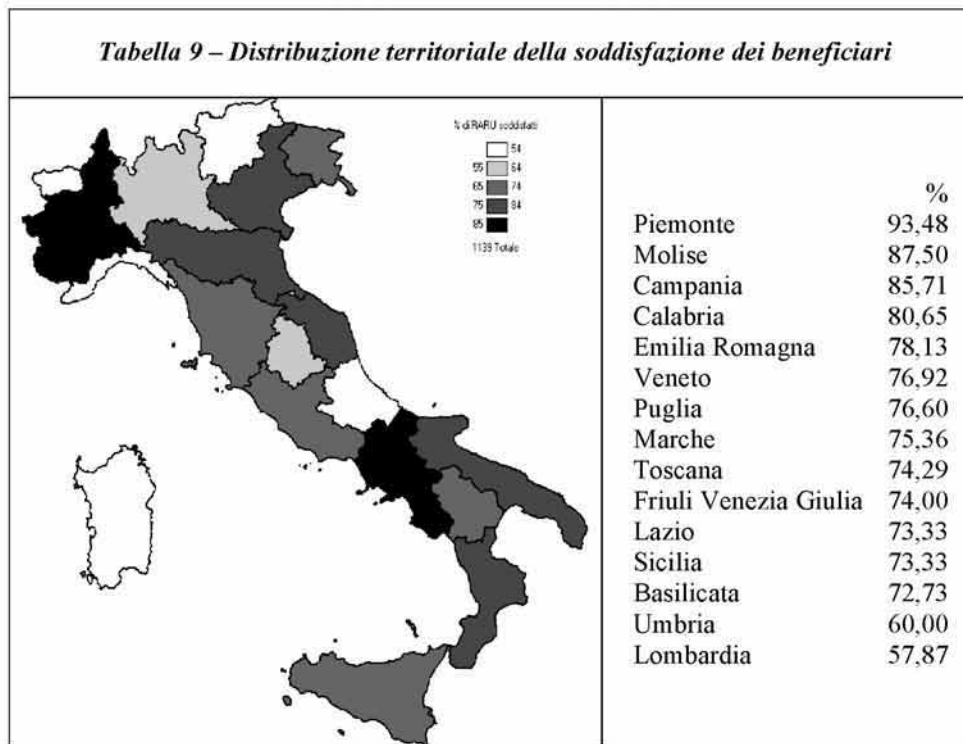
La dimensione culturale nel rispondere ai bisogni di salute dei beneficiari ha assunto, come si vedrà in seguito, un peso rilevante tra i problemi che gli operatori incontrano nel SSN.

Il concetto di salute e di malattia, e le pratiche rivolte al raggiungimento dello stato di salute sono culturalmente connotate e si rifanno ad un universo simbolico e di significati del quale partecipa sia l'operatore della salute che il paziente. Questa condivisione è importante per la relazione terapeutica, per la fiducia che il paziente ripone nel suo “guaritore” e per l'efficacia dell'intervento.

La valutazione positiva della medicina occidentale e del SSN da parte di persone che provengono da paesi portatori di valori culturali diversi, lascia comunque esposta alla possibilità di chiusura ed incomprensione la dimensione più intima della cura, nella quale la diversità dei riferimenti culturali può influenzare l'intervento sanitario: la nascita, il disagio “psico-sociale”, la concezione del corpo.

6.1.3 Distribuzione territoriale dell'indice di soddisfazione dei beneficiari

La rappresentazione territoriale della soddisfazione dei beneficiari mostra un andamento diverso da quello usualmente atteso, in cui il Nord Italia è soddisfatto e si contrappone al Sud Italia insoddisfatto.



(% di soddisfazione espressa in ogni regione)

I valori di soddisfazione più elevati si osservano in Piemonte, seguito dal Molise, dalla Campania, dalla Calabria e dall'Emilia Romagna.

La regione in cui si osservano i valori di soddisfazione più bassi è la Lombardia. E' da tener presente che in Lombardia un terzo delle griglie compilate si riferisce al progetto di Milano, dove più elevato è stato il numero delle mancate risposte sulla soddisfazione/insoddisfazione. A tal proposito è importante sottolineare il numero di nuovi arrivi che nel mese di Novembre ha caratterizzato il progetto di Milano ed il fatto che date le caratteristiche del progetto, in termini di strutture d'accoglienza e di numero di beneficiari accolti, il rapporto degli operatori con gli ospiti può essere più discontinuo ed il livello di autonomia di questi più elevato tale da non permettere di registrare tutte le informazioni relative ai percorsi terapeutici dei beneficiari, soprattutto quelle che afferiscono maggiormente alla sfera soggettiva.

Le regioni colorate in bianco nel 2006 non avevano progetti e non è quindi stato possibile calcolare un indice di soddisfazione dei beneficiari²³.

²³ Si ricorda che nel 2007 l'unica regione rimasta senza la presenza di un progetto territoriale dello SPRAR è la Valle d'Aosta.

6.2 Rilevazione dei bisogni di salute dei beneficiari

Come già precedentemente accennato, l'analisi della capacità dei servizi del SSN di rispondere ai bisogni sanitari dei RARU, cuore di questa ricerca, parte dalla definizione di tali bisogni. Per il carattere puramente esplorativo dell'indagine, si è scelto di utilizzare i bisogni percepiti o dal beneficiario e perciò espressi all'operatore SPRAR o dall'operatore stesso che ha successivamente indirizzato il beneficiario verso la soluzione del problema. Scegliendo come informatori gli operatori, si è ancor più limitata la definizione del bisogno, in quanto non tutti i bisogni percepiti dai RARU potevano essere arrivati alla conoscenza dell'intervistato.

E' evidente perciò che la lista dei bisogni raccolta non ha alcuna pretesa descrittiva, e tanto meno analitica, sui bisogni di salute della categoria RARU, e va letta semplicemente come inizio di un percorso all'interno delle strutture sanitarie, deputate ad offrire una risposta. Dall'altra parte, la scelta di raccogliere tutti gli interventi sanitari di un mese (quello di Novembre 2006) offre uno spaccato preciso, con 801 schede sanitarie per 696 ospiti diversi, che permette alcune ipotesi descrittive sul tipo di richiesta di assistenza sanitaria ed il conseguente carico di lavoro per i progetti SPRAR e per le strutture sanitarie territoriali.

Tabella 10 – “Tipo di problema espresso a Novembre”

	n.	%
Sindrome influenzale	58	7,24
Apparato gastroenterico	49	6,12
Patologie odontoiatriche	46	5,74
Problemi psichiatrici/stress	45	5,62
Apparato osteo-articolare	44	5,49
Patologie dermatologiche	43	5,37
Controlli gravidanza e parto	34	4,24
Apparato visivo	36	4,49
Apparato respiratorio	32	4,00
Problemi ginecologici	29	3,62
Malessere - sindrome indefinita	26	3,25
Traumi	29	3,62
Controllo bimbo sano/problemi pediatrici	22	2,75
Patologie metaboliche	14	1,75
Controllo TBC (Tubercolosi)	13	1,62
Apparato cardio circolatorio	10	1,25
Apparato neurologico	9	1,12
HIV	7	0,87
Patologie infettive	7	0,87
Apparato uditivo	7	0,87
Certificati	6	0,75
Apparato ematopoietico	6	0,75
Apparato genito-urinario	5	0,62
Neoplasie (benigne-maligne)	4	0,50
MST (Malattie sessualmente trasmissibili)	3	0,37
Apparato endocrino	2	0,25
Mancate risposte	215	26,84
Schede intervento sanitario	801	

I dati raccolti sono stati messi in relazione con quelli a disposizione del Servizio Centrale: su 2780 beneficiari del sistema nel mese in esame, il 25% ha richiesto un intervento sanitario. Questo dato conferma l'interesse dimostrato dagli operatori SPRAR sul tema della salute, in quanto l'impegno ed il carico di lavoro che richiede ne fa un aspetto prioritario del loro operare.

Le informazioni sui problemi/bisogni di salute dei beneficiari hanno portato alla formazione di una lista estesa di problemi che è stata poi ridotta in un numero limitato di categorie, grazie ad un lavoro di accorpamento e di aggregazione (tabella 10).

Le percentuali di frequenza dei problemi suddivisi per apparati non si discostano da quanto atteso: l'aver fatto la rilevazione a Novembre giustifica il 7,24% di sindromi influenzali. L'alta prevalenza di richiesta per problemi di tipo odontoiatrico e per problemi all'apparato visivo possono essere messi in relazione all'alto costo che generalmente hanno questo tipo di prestazioni nei paesi di origine dei RARU; corrisponde a quanto previsto anche che problemi psicologici/psichiatrici/stress (compresi probabilmente molte delle manifestazioni a carico dell'apparato gastroenterico e della pelle) siano tra i problemi più denunciati.

I problemi ottengono le seguenti correlazioni:

- Nel caso di "*sindrome influenzale*" (tabella 3.1, appendice 3) i beneficiari hanno risolto il problema nell'arco di una settimana, il trattamento è stato di tipo farmacologico e il beneficiario ha descritto il problema in modo esplicito. Al fine di risolvere il problema si è rivolto al MMG/PLS. Gli operatori e i beneficiari dichiarano soddisfazione per l'empatia mostrata dal personale socio-sanitario.
- Nel caso in cui il problema coinvolga "*l'apparato gastroenterico*" (tabella 3.2) il percorso è rappresentato dalle diete e dal trattamento farmacologico. Il beneficiario ha descritto in modo esplicito il problema. Si osserva, in questa categoria, una forte presenza di beneficiari provenienti dal Togo (33 soggetti) e una forte presenza di beneficiari nati tra il 1970 e il 1980. Una maggiore incidenza di questa categoria di problemi si osserva in Campania.
- Nel caso di "*patologie odontoiatriche*" (tabella 3.3) il beneficiario ha descritto in modo esplicito il problema, ma è insoddisfatto per l'assenza di servizi specifici e per la scarsa efficienza e organizzazione. In questa categoria si osserva una forte presenza di Afgani (20 soggetti) e di rifugiati in genere. Nei progetti in cui sono maggiori gli interventi sanitari per patologie odontoiatriche gli accordi con la ASL non sono stati presi in quanto devono essere ancora formulati. Questo dato suggerisce la necessità di un maggior coinvolgimento delle strutture sanitarie locali nell'affrontare questa tipologia di problema che compare al terzo posto in ordine di importanza. Il fatto che le patologie odontoiatriche si collochino al terzo posto fa intuire il bisogno di questo servizio specifico da parte di persone che provengono da paesi in cui questo tipo di cure non sono accessibili per tutti o per le quali la qualità del servizio non è adeguata.
- Nel caso di problemi "*psichiatrici e stress*" (tabella 3.4) il percorso è la visita specialistica presso ambulatorio specialistico o altro percorso. Il problema è stato identificato da un operatore o dall'equipe. Il problema era emerso prima dell'ingresso nel progetto e il beneficiario è spesso entrato nel progetto proprio

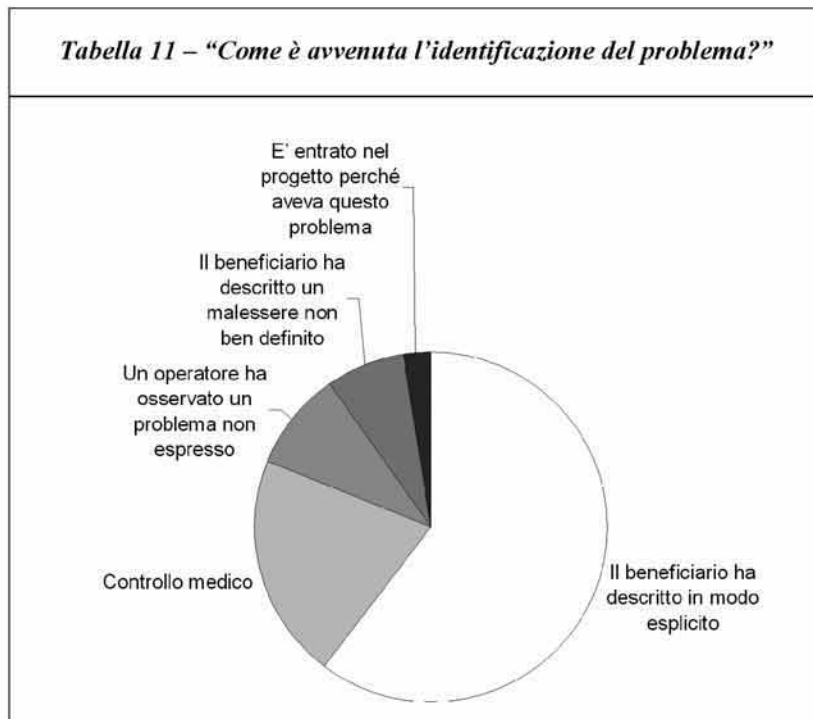
perché aveva questo tipo di problema. Una proporzione maggiore di operatori dichiara soddisfazione per la competenza della struttura e insoddisfazione per le attese troppo lunghe. Le note che accompagnano le griglie dei progetti SPRAR suggeriscono un giudizio positivo di competenza maggiormente associato alle realtà del terzo settore.

- Ai problemi all’*“apparato osteo-articolare”* (tabella 3.5) si correlano la riabilitazione fisioterapica e la risoluzione del problema dopo oltre 4 mesi. Il problema è stato descritto in modo esplicito dal beneficiario e si registra una maggiore incidenza nei soggetti nati prima del 1970. L’operatore dichiara insoddisfazione per scarsa efficienza e organizzazione e i beneficiari per incompetenza della struttura. I progetti lamentano la difficoltà nel reperimento degli strumenti (ad esempio protesi). L’incidenza di questo tipo di problemi e le forti correlazioni con situazioni di difficoltà sottolineano la necessità di una maggiore attenzione da parte delle strutture sanitarie locali.
- Nel caso di problemi all’*“apparato visivo”* (tabella 3.8) il percorso è la prescrizione/acquisto di strumenti (occhiali) e la visita specialistica (oculistica). Il beneficiario ha descritto in modo esplicito il problema e il problema è spesso stato risolto nell’arco di 2 mesi. L’insoddisfazione dei beneficiari è relativa alle attese troppo lunghe, mentre l’insoddisfazione dell’operatore è relativa al fatto che i beneficiari tendenzialmente rifiutano di curarsi per le attese troppo lunghe e l’emergere di altre priorità, come il lavoro, che nel tempo si presentano nel percorso del beneficiario.
- Nel caso di problemi all’*“apparato respiratorio”* i beneficiari hanno descritto in modo esplicito il problema. Il trattamento è stato di tipo farmacologico, con tempi di risoluzione lunghi, superiori al mese e con una proporzione significativa di casi in cui si è dovuto ricorrere al ricovero in ospedale.
- Nei *“problemi ginecologici”* sono stati accorpati anche i problemi legati all’apparato riproduttivo maschile, sebbene siano una minoranza. Gli operatori mostrano soddisfazione per l’empatia del personale socio-sanitario verso il beneficiario e affermano che i beneficiari hanno tendenzialmente risolto i loro problemi. Nei progetti in cui i problemi ginecologici sono più frequenti si osserva il ricorso al controllo iniziale ginecologico e Pap test. Questi progetti sono collocati prevalentemente in comuni medio-grandi (50-100 mila residenti).
- Il malessere da *“sindrome indefinita”* (tabella 3.11) riguarda beneficiari che hanno quasi sempre descritto in modo esplicito il loro problema, ma che non è stato possibile accorparlo in un quadro nosologico classico.
- Ai *“traumi”* (tabella 3.12) si correla il ricorso al pronto soccorso e alla riabilitazione fisioterapica. La popolazione soggetta a traumi è quasi unicamente di genere maschile.
- Per il *“controllo bimbo sano/problemi pediatrici”* (tabella 3.13) gli operatori dichiarano soddisfazione per l’empatia del personale socio-sanitario con i beneficiari. Il problema è stato spesso identificato per mezzo del controllo medico.

- Le “*patologie metaboliche*” (tabella 3.14) presentano nel percorso una proporzione elevata di diete e di indagini di laboratorio. La diagnosi è stata spesso effettuata prima dell’ingresso. Gli operatori dichiarano, in genere, insoddisfazione per la percezione culturale della cura e della malattia. In un numero significativo di casi l’identificazione del problema è avvenuta quando “l’ospite ha espresso un malessere/bisogno non ben definito”.
- Nei casi di “*controllo TBC*” (tabella 3.15) gli operatori mostrano una forte insoddisfazione per pareri discordanti tra specialisti, per le attese troppo lunghe, la scarsa efficienza e la disorganizzazione. Il percorso è caratterizzato da un ricorso maggiore al ricovero ospedaliero e al day hospital e richiede, nella maggioranza dei casi, indagini strumentali. Tra i beneficiari provenienti dal Congo (54 soggetti) si osserva una proporzione marcata di controllo di TBC. Il controllo TBC è maggiore nei progetti collocati in Puglia e nei progetti che hanno firmato un protocollo di intesa con la ASL di riferimento prima del 2001.

6.2.1 Come è avvenuta l’identificazione del problema/bisogno?

Nel 51% dei casi i problemi/bisogni sono stati identificati tramite la descrizione esplicita da parte del beneficiario, nel 17,8% grazie ad un controllo medico, nel 7,7% è stato un operatore o l’equipe ad osservare un problema non espresso, nel 6% il beneficiario ha espresso un malessere/bisogno non ben definito e nel 2% è entrato nel progetto perché aveva questo problema. A tal proposito è da notare che alcuni progetti hanno sviluppato sensibilità e competenze specifiche, tali da divenire progetti di riferimento per beneficiari con particolari tipi di vulnerabilità.



L'analisi delle correlazioni mostra che:

- La descrizione esplicita del proprio problema da parte del beneficiario si correla con sindrome influenzale, patologie odontoiatriche, problemi all'apparato gastroenterico, all'apparato osteo-articolare, all'apparato visivo, patologie dermatologiche e malessere-sindrome indefinita.
- Le patologie metaboliche si correlano con il controllo medico e con l'aver descritto un malessere non ben definito.
- I problemi psichiatrici/stress si correlano con il fatto che un operatore/equipe ha osservato un problema non espresso e con il fatto che "il beneficiario è entrato nel progetto perché aveva questo problema".

6.2.2 Viene fatto un controllo iniziale dello stato di salute?

Il controllo iniziale della salute si riferisce a tutti gli atti sanitari (visite generali e specialistiche, indagini di laboratorio e strumentali) che vengono fatti al momento dell'entrata dei beneficiari nel progetto. In 72 griglie si osserva che vengono effettuati controlli iniziali dello stato di salute, in 23 griglie al bisogno, in 9 non vengono effettuati controlli iniziali e in 5 non è stata data risposta.

	n.	%
TBC	55	76,39
HIV	35	48,61
Epatite	33	45,83
MST	15	20,83
Colloquio psicologico	8	11,11
Ginecologico	4	5,56
Pap test	2	2,78
Altro	17	23,61
Totale griglie	72	

Domanda a risposte multiple (il totale supera il 100%)

La tabella 12 riporta la distribuzione dei controlli effettuati nei progetti in cui, come risulta dalle 72 griglie, si fanno controlli iniziali dello stato di salute dei beneficiari al momento della loro entrata nel progetto. In questi progetti il controllo più frequente è quello legato alle malattie infettive - la TBC, l'HIV, l'Epatite, le MST - seguite dal colloquio psicologico, dalle visite ginecologiche e dal pap test. E' da notare che nel Sud Italia praticamente tutti i progetti effettuano controlli iniziali dello stato di salute con un'incidenza 3 volte superiore al resto dell'Italia.

Dall'analisi delle correlazioni si osserva che nei progetti in cui vige la pratica di effettuare controlli di salute al momento dell'entrata nel progetto, aumentano le schede sanitarie in cui viene riportata l'insoddisfazione del beneficiario, anche se questo si sente preso in carico. In modo particolare, l'insoddisfazione è maggiore in quei

progetti in cui i controlli riguardano l'HIV e l'Epatite. Il controllo di TBC risulta particolarmente frequente tra i richiedenti asilo, uomini, provenienti dal Sudan e dal Congo, mentre si osserva un forte ricorso ai controlli HIV nei beneficiari provenienti dall'Eritrea.

La riflessione su questa pratica deve tener presenti vari aspetti: sicuramente il sottoporre i beneficiari recentemente arrivati ad un controllo sanitario contribuisce alla tranquillità degli operatori che hanno contatti stretti con loro e favorisce la sensazione di "presa in carico" da parte del beneficiario. D'altra parte, soprattutto per le strutture collettive, è importante instaurare sin dall'inizio una vigilanza sanitaria che eviti eventuali trasmissioni di malattie. Ma, quando si tratta di analisi specifiche o controlli specialistici bisogna interrogarsi sull'appropriatezza di questi controlli in termini di costi per il Servizio Sanitario Nazionale a fronte di un ritorno reale di controllo della trasmissione. Inoltre, si corre il rischio di delegare alle analisi specialistiche un compito di educazione sanitaria e buone prassi di convivenza che non devono in alcun modo essere trascurate: la falsa sicurezza che queste possono generare può far passare in secondo piano la vigilanza e l'educazione sanitaria.

6.3 Accesso e fruizione dei servizi del SSN

La lista iniziale sui servizi usufruiti dai beneficiari è stata ricondotta ad un numero limitato di categorie grazie ad un lavoro di accorpamento e di aggregazione.

<i>Tabella 13 – "Tipo di servizio richiesto a Novembre"</i>	
MMG/PLS	236 29,46
Visite specialistiche eccetto ginecologiche	202 25,22
Pratiche amministrative	131 16,35
Indagini diagnostiche	116 14,48
Controllo malattie infettive con o senza screening	90 11,24
Consultorio e vaccinazioni	72 8,99
Ricovero ospedale e controlli pre-ospedalizzazione	49 6,12
Pronto soccorso	41 5,12
Mancate risposte	4 0,50

Domanda a risposte multiple (il totale supera il 100%)

La tabella 13 mostra che al primo posto dei servizi di cui i beneficiari hanno usufruito si trova il ricorso al MMG, subito dopo le visite specialistiche e quindi gli atti degli uffici amministrativi. Solo nel 5% degli interventi sanitari si è fatto ricorso al pronto soccorso, che si colloca così all'ultima posizione. Tra le visite specialistiche il 20,8% sono odontoiatriche, il 18,3% sono oculistiche e il 4,2% sono psicologico-psichiatriche.

Per facilitare la lettura vengono riportate le correlazioni ottenute da quei servizi che non coincidono con i problemi trattati nel paragrafo 6.2.

- I beneficiari che hanno usufruito del servizio del MMG (tabella 4.1), hanno descritto in modo esplicito il loro problema. Il problema è in genere emerso dopo l'ingresso nel progetto e il percorso è stato principalmente il trattamento

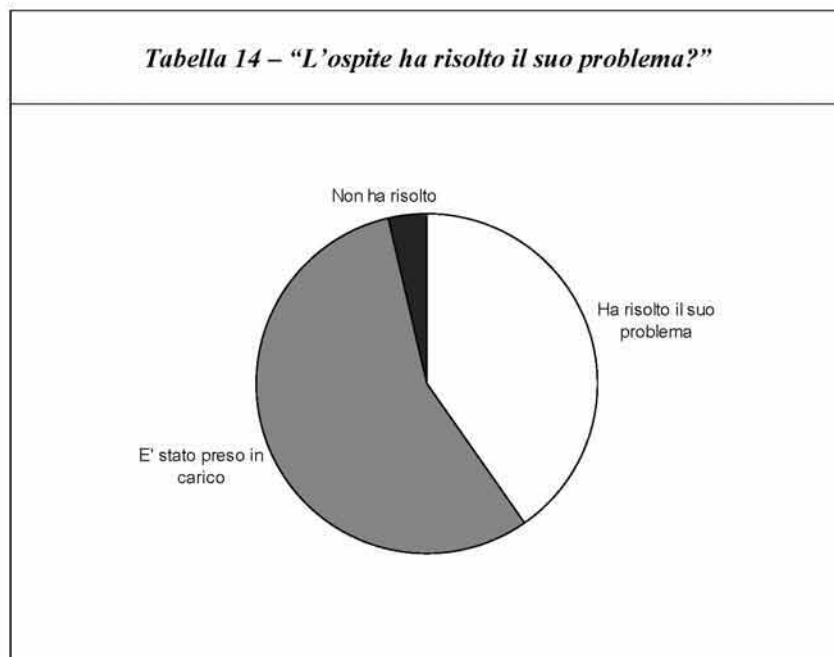
farmacologico. Nella maggioranza dei casi il problema è stato risolto in pochi giorni, al massimo 2 settimane.

- Il servizio *Uffici Amministrativi* comprende l'atto amministrativo relativo all'iscrizione al SSN, la pratica per l'esenzione del ticket ed eventuali pratiche per l'invalidità civile.
- Tra i beneficiari che hanno usufruito di *indagini strumentali e di laboratorio* (tabella 4.4) è forte l'insoddisfazione per pareri discordanti tra specialisti e per la medicalizzazione della gravidanza. Gli operatori si dichiarano, invece, soddisfatti per l'empatia del personale socio-sanitario. I progetti in cui sono state raccolte schede sanitarie legate a delle indagini strumentali lamentano difficoltà di interazione con il personale sanitario, con l'ambulatorio specialistico, con il personale paramedico e con gli specialisti.
- Si osserva una forte correlazione tra l'aver usufruito del "*pronto soccorso*" (tabella 4.6), il ricovero ospedaliero e il trattamento farmacologico. I beneficiari che rientrano in questa tipologia hanno risolto il loro problema, tendenzialmente, nell'arco di una settimana.
- Le beneficiarie che hanno usufruito del "*consultorio*" (tabella 4.7) mostrano nel percorso la visita specialistica, le indagini strumentali, il trattamento chirurgico e/o il day hospital. In questa categoria si osserva una proporzione elevata di donne provenienti dal Congo.
- Si osservano forti correlazioni tra il "*ricovero in ospedale*" (tabella 4.10), l'essersi rivolti al pronto soccorso, i trattamenti chirurgici, le riabilitazioni fisioterapiche e le diagnosi effettuate prima dell'ingresso. Si osserva, inoltre, una forte presenza di beneficiari che sono entrati nel progetto per il problema che li ha portati al ricovero ospedaliero. I beneficiari che hanno usufruito di "*visita-intervento chirurgico, pre-post operazione*" (tabella 4.15) mostrano nel loro percorso il trattamento chirurgico, il ricovero ospedaliero e il day-hospital. Il problema è stato in genere risolto in 3 mesi. Viene riportata soddisfazione da parte dei beneficiari per la buona efficienza ed organizzazione, per il fatto di essere stati presi in carico, sentirsi seguiti e per la percezione culturale della malattia.
- I beneficiari che hanno usufruito di "*visita dermatologica*" (tabella 4.13) mostrano nel loro percorso la visita specialistica, il trattamento farmacologico o rimedi casalinghi/naturali. Il beneficiario ha descritto in modo esplicito il problema. Il problema è stato in genere risolto in 2 o più settimane. La valutazione degli operatori si divide ugualmente tra soddisfazione ed insoddisfazione

Le correlazioni mostrano una forte coerenza tra problemi e servizi, ciò suggerisce una fruizione tendenzialmente adeguata e corretta, da parte dei beneficiari, dei servizi del SSN. Anche l'alta prevalenza delle visite dal MMG suggerisce un uso sostanzialmente corretto del SSN.

6.4 Risoluzione del problema

Il 39% dei beneficiari dichiarano di aver risolto il loro problema, il 55% di essere stati presi in carico e il 4% di non aver risolto il problema. Essere preso in carico in questo contesto veniva segnato con una duplice accezione: quando si rispondeva ad una richiesta di intervento sanitario, pur non trattandosi di un problema, ad esempio iscrizione al SSN, gravidanza, vaccinazione, screening iniziale, o anche quando il problema era di natura cronica, come possono essere il diabete e l'HIV.



Le correlazioni mostrano che quando:

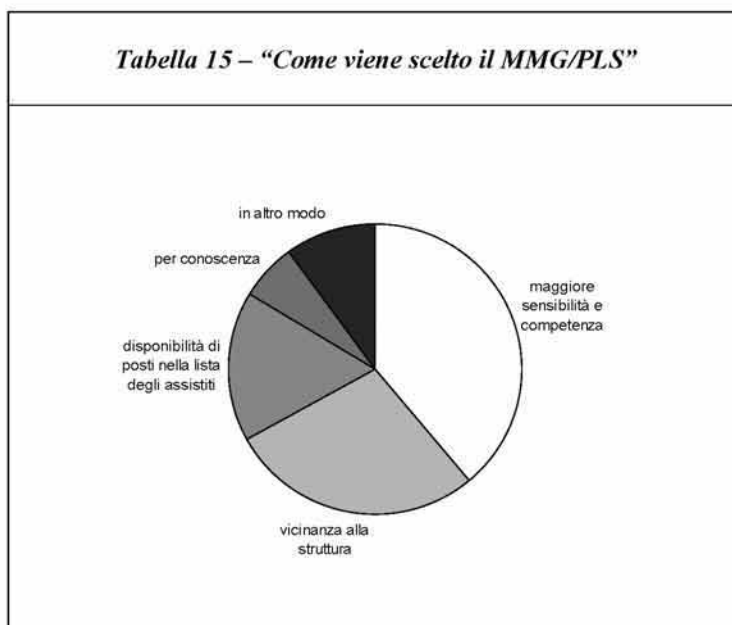
- “*l’ospite ha risolto il proprio problema*” (tabella 17.1 dell’appendice 3), il problema è in genere emerso dopo l’entrata nel progetto, è stato descritto in modo esplicito, si è usufruito del MMG e il beneficiario ha espresso soddisfazione. In questa categoria si osserva una proporzione maggiore di sindromi influenzali, patologie dermatologiche e problemi all’apparato respiratorio.
- Nei progetti in cui gli interventi sanitari si risolvono con la *presa in carico* del beneficiario (tabella 17.2) si osserva il ricorso allo screening iniziale e alle indagini di laboratorio. In questi progetti si osservano accordi specifici con la ASL per l’assistenza specialistica e reti stabili per rispondere ai bisogni di abitazione e di integrazione e lavoro.
- Quando “*l’ospite non ha risolto il suo problema*” (tabella 17.3) si osserva una forte insoddisfazione degli operatori e dei beneficiari. Il problema è spesso relativo ad un malessere/sindrome indefinita emerso dopo l’ingresso nel progetto. In questa categoria è presente una proporzione elevata di beneficiari provenienti dall’Azerbaijan (12 soggetti).

6.5 Relazioni esistenti tra i progetti SPRAR e le risorse socio-sanitarie territoriali

Obiettivo di questa sezione è l'esplorazione delle reti attivate a livello territoriale al fine di erogare i servizi sanitari. A tal proposito si fa riferimento alla scelta del medico di medicina generale/pediatra, ai rapporti con le strutture socio-sanitarie attive localmente, agli accordi con la ASL e alla realizzazione di una mappatura dei servizi.

6.5.1 La scelta del MMG/PLS

Nel 68% dei progetti il criterio di scelta del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) è quello del medico di fiducia per maggiore sensibilità e competenza, seguito dal 48% per la vicinanza del medico al progetto, dal 29% per disponibilità di posti nella lista degli assistiti²⁴ da parte del medico, dall'11% per medico di fiducia per conoscenza e disponibilità di tempo. Il 7% dei progetti lascia piena autonomia al beneficiario nella scelta del medico.



Le correlazioni mostrano che nei progetti in cui si seleziona “il medico di fiducia per maggiore sensibilità e competenza” (tabella 5.1 dell’appendice 3) è presente una maggiore soddisfazione degli operatori e dei beneficiari, un maggior ricorso al MMG e una più frequente risoluzione del problema.

I progetti in cui “il medico viene scelto per vicinanza alla struttura” (tabella 5.2) sono collocati principalmente nelle aree urbane con più di 100mila abitanti. I beneficiari mostrano maggiore soddisfazione in quanto si sentono presi in carico (probabilmente può essere rilevante la maggiore facilità di accesso al MMG).

Nei progetti in cui “il medico viene scelto per disponibilità di posti nella lista degli assistiti” (tabella 5.3) si osserva una maggiore difficoltà di rapporto con il personale

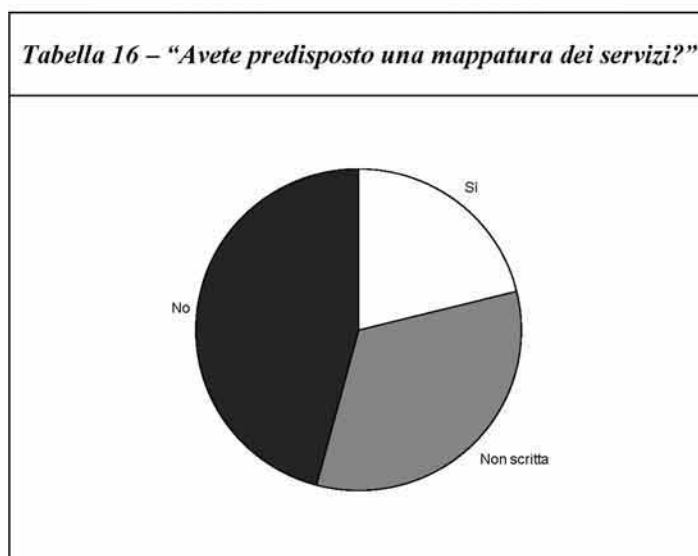
²⁴ Lista accordata ad ogni medico

paramedico, confermata anche dalle schede sanitarie di Novembre. Si osserva, infine, una soddisfazione per buona efficienza e organizzazione.

6.5.2 La mappatura delle strutture socio-sanitarie di riferimento

Per mappatura si intende l'individuazione, da parte dei progetti SPRAR, delle risorse socio-sanitarie che i singoli territori offrono e/o di riferimento per le esigenze dei singoli progetti, la raccolta delle relative informazioni anche di tipo qualitativo (orari, disponibilità/competenza del personale) e la possibilità di utilizzare queste informazioni come patrimonio comune del progetto per accompagnare, orientare e rendere autonomi i beneficiari.

Nel 46% dei progetti si osserva l'assenza della mappatura, nel 33% una mappatura non scritta e solo nel 21% mappature formalizzate. E' da notare l'alta percentuale di progetti che non hanno mai fatto una mappatura dei servizi socio sanitari.



Le correlazioni mostrano che in quei progetti in cui “è stata predisposta una mappatura dei servizi” (tabella 6.1 dell'appendice 3) gli operatori si dichiarano insoddisfatti per pareri discordanti tra gli specialisti e per le attese troppo lunghe; si osserva la presenza di un responsabile stabile di banca dati, si dichiara che il Comune fa attività di rete; inoltre in questi progetti un numero considerevole di beneficiari ha, per il mese di Novembre, più di 3 schede di intervento sanitario con una forte incidenza di visite specialistiche. Tutti i servizi presenti nel territorio di Roma dichiarano di aver predisposto una mappatura dei servizi.

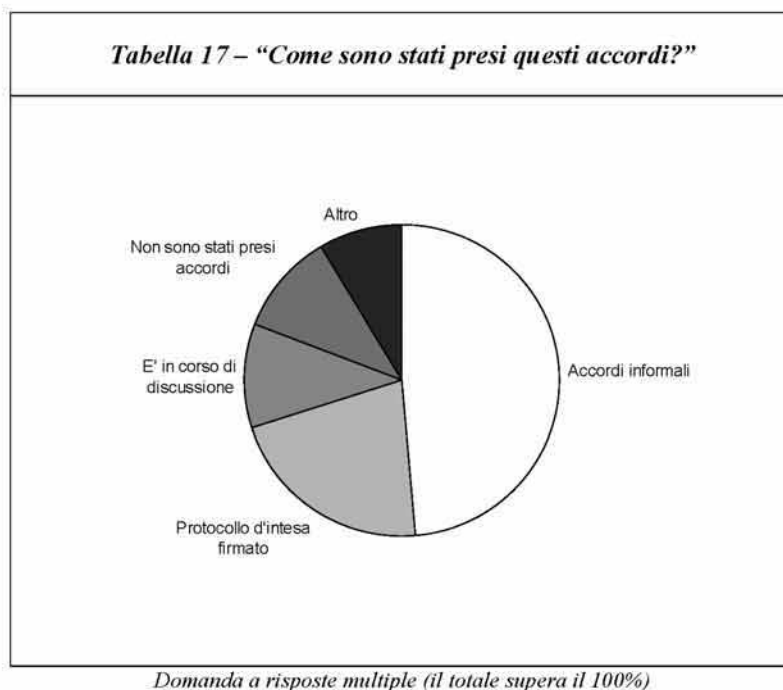
In quei progetti in cui “è stata predisposta una mappatura non scritta dei servizi” (tabella 6.2), si osserva un maggior ricorso al MMG/PLS ed una forte presenza di psicologi e di accordi specifici per servizi di assistenza psicologico-psichiatrica.

In quei progetti in cui “non è stata predisposta una mappatura dei servizi” (tabella 6.3), si afferma che nel proprio territorio non c'è bisogno di mappatura, non si vede l'utilità della mappatura e non servono accordi specifici con la ASL. In questi progetti si osserva una forte soddisfazione di beneficiari e operatori.

6.5.3 Sono stati presi accordi con la ASL?

Nel manuale operativo redatto dal Servizio Centrale, ai fini di una maggiore integrazione ed efficacia delle attività di progetto con le istituzioni socio-sanitarie di riferimento, viene consigliato di formalizzare i rapporti attraverso un protocollo di intesa in cui indicare ruoli e compiti che ciascuna delle parti si impegna ad osservare.

Il 62% dei progetti dichiara di aver preso accordi informali con la ASL, il 27% di aver firmato un protocollo d'intesa, il 14% che l'accordo è in corso di discussione e un ultimo 14% che non sono stati presi accordi (la percentuale supera il 100% in quanto si trattava di una domanda a risposte multiple).



Le correlazioni mostrano che nei progetti in cui “*gli accordi con la ASL sono informali*” (tabella 7.1 dell’appendice 3) sono state stabilite corsie preferenziali per le pratiche burocratiche e si ricorre più facilmente ad un controllo iniziale dello stato di salute. Nei progetti in cui “*è stato firmato un protocollo d’intesa con la ASL*” (tabella 7.2) si osservano frequentemente accordi nella forma di dichiarazioni generali di intenti e vi è un forte ricorso al controllo iniziale dello stato di salute. Nei progetti in cui “*non sono stati presi accordi con la ASL*” (tabella 7.4) si afferma che gli accordi non servono per l’erogazione dei servizi perché non sembrano necessari per garantire l’assistenza sanitaria. In questi progetti si afferma frequentemente: “*non vediamo l’utilità della mappatura*”. Si osserva, inoltre, un forte ricorso al MMG e un maggior ricorso ai trattamenti farmacologici. Inoltre, emerge una forte soddisfazione dei beneficiari, in modo particolare perché si sentono presi in carico e seguiti e una forte soddisfazione degli operatori per l’empatia del personale socio-sanitario, per la percezione culturale della malattia e per la competenza della struttura. Infine, un’alta proporzione di beneficiari ha risolto i loro problemi.

Quali accordi sono stati presi con la ASL?

Gli accordi descritti in questo paragrafo possono essere sia di tipo formale che informale. Nel 39% delle griglie, i progetti dichiarano di aver preso accordi con la ASL per il controllo iniziale dello stato di salute, nel 38% per corsie preferenziali e per pratiche burocratiche, nel 20% per l'iscrizione al SSN e per l'individuazione di un referente, nel 18% per le liste di attesa e nel 15% per le attività di sorveglianza sanitaria. Inoltre, nel 22% delle griglie i progetti dichiarano che non servono accordi specifici in quanto i servizi vengono comunque erogati.

Tabella 18 – “Quali accordi sono stati presi con la ASL?”		
	n.	%
Controllo iniziale dello stato di salute	43	39,45
Altro corsie preferenziali per pratiche burocratiche	42	38,53
Non servono accordi specifici, i servizi vengono erogati	25	22,94
Iscrizione SSN	22	20,18
Individuazione Referente	22	20,18
Liste di attesa	20	18,35
Attività di sorveglianza sanitaria sugli ospiti	17	15,60
Percorsi di orientamento/accompagnamento sanitario	13	11,93
Dichiarazioni generali di intenti	12	11,01
Accesso al CUP (Centro Unico Prenotazioni)	8	7,34
Allestimento di un ambulatorio soltanto per il progetto	6	5,50
Formazione e supervisione operatori di progetto	4	3,67
Altro	31	28,44
Mancate risposte	5	4,59
Totale griglie (relative a 102 progetti)	109	

Domanda a risposte multiple (il totale supera il 100%)

Le correlazioni mostrano che i progetti in cui sono stati presi con la ASL “*accordi per il controllo iniziale dello stato di salute*” (tabella 8.1 dell'appendice 3) si trovano prevalentemente nelle grandi aree urbane (con oltre 100mila residenti). I progetti in cui si dichiara che “*non servono accordi specifici, i servizi vengono comunque erogati*” (tabella 8.3) mostrano valori elevati di fiducia nei confronti del SSN, affermano che gli accordi non sono stati presi perché non sembrano necessari per garantire l'assistenza sanitaria, i servizi sono a portata di mano e non c'è bisogno di una mappatura. In questi progetti i beneficiari mostrano livelli elevati di soddisfazione, in modo particolare per il fatto che si sentono presi in carico e seguiti. Anche gli operatori mostrano soddisfazione, in modo particolare per la competenza della struttura. Infine, la maggioranza dei beneficiari ha risolto il problema/bisogno. Tra i progetti in cui sono stati presi con la ASL “*accordi per l'iscrizione al SSN*” (tabella 8.4) spiccano quelli collocati nella regione Piemonte. In quei progetti in cui sono stati presi con la ASL “*accordi per l'individuazione di un referente*” (tabella 8.5) gli operatori si dichiarano soddisfatti per la buona efficienza dell'organizzazione e i beneficiari per la competenza della struttura. In quei progetti in cui sono stati presi con la ASL “*accordi per attività di sorveglianza sanitaria sugli ospiti*” (tabella 8.7) si osserva un maggior ricorso ai controlli iniziali (HIV, epatite, MST e TBC) e una maggiore presenza di beneficiari che hanno espresso un malessere/bisogno non ben definito. In quei progetti in cui sono stati presi con la ASL “*accordi per percorsi di orientamento e accompagnamento sanitario*” (tabella 8.8) si osserva un maggior numero di beneficiari che hanno

espresso un malessere/bisogno non ben definito e una buona soddisfazione degli operatori per la percezione culturale della malattia e per una buona efficienza e organizzazione.

Per quanto riguarda gli accordi formali o informali (88% dei progetti) con strutture socio sanitarie che offrono assistenza specialistica, il 65% sono relativi all'assistenza psicologico/psichiatrica e il 46% all'assistenza ginecologica. E' rilevante l'alta percentuale degli accordi con il terzo settore e del privato sociale (37%). Questo dato lascerebbe pensare, in alcuni casi, alla mancanza di risposte adeguate nel SSN, tanto da portare i progetti a cercare altrove le competenze necessarie.

6.5.5 C'è rispetto degli accordi da parte della ASL?

Nel 63% dei casi vi è un completo da parte della ASL degli accordi presi (formali e informali), mentre nel 9% un rispetto solo parziale.

<i>Tabella 19 – “Complessivamente c'è rispetto da parte della ASL degli accordi?”</i>		
	n	%
Si, completo	69	63,30
Solo in parte	10	9,17
Altro (mancate risposte, contatto informale,...)	30	27,53
Totale griglie	109	

Le correlazioni mostrano che quando gli accordi sono rispettati (tabella 9.1 dell'appendice 3) si osserva soddisfazione da parte degli operatori e dei beneficiari e gli accordi sono principalmente relativi alle liste di attesa. In quei casi in cui il rispetto degli accordi è solo parziale (tabella 9.2), si osserva una maggiore presenza del progetto di Milano, dove le schede sanitarie raccolte riguardano principalmente servizi di tipo amministrativo²⁵.

6.6 Modalità di organizzazione dei progetti SPRAR

Sono state raccolte informazioni sulle figure professionali interne o esterne allo staff, ed eventuale turn over, al fine di delineare in termini di competenze specifiche e rapporti di continuità con i beneficiari, le capacità di accogliere e rispondere ai bisogni da questi espressi.

E' stato esplorato il primo livello di assistenza che i RARU ricevono perché, tranne i beneficiari che hanno raggiunto una considerevole autonomia in merito, questo è il livello attraverso cui i loro bisogni di salute vengono riconosciuti per poi essere indirizzati alle strutture di riferimento del territorio. Si tratta soprattutto delle questioni legate ai disturbi di ordine psicosociale, per le quali il MMG, filtro predisposto dal SSN per indirizzare gli utenti all'assistenza sanitaria di secondo livello, può non avere gli strumenti consoni ad una rilevazione di questo tipo di bisogni non avendo rapporti quotidiani con i beneficiari dei progetti.

²⁵ A Novembre a Milano sono state registrati molti nuovi arrivi

L'analisi dell'organizzazione dello staff dei progetti ha rilevato la presenza, innanzitutto, di operatori generici, seguiti da mediatori, psicologi, legali, assistenti sociali, educatori, interpreti, responsabili di banca dati e volontari

Tabella 20 – “Nello Staff del progetto a Novembre quali figure professionali sono coinvolte?”		
	n	%
Operatori generici	98	89,91
Mediatori	88	80,73
Psicologi	81	74,31
Legale	80	73,39
Assistenti sociali	71	65,14
Educatori	45	41,28
Interprete	45	41,28
Responsabile banca dati	39	35,78
Volontari	39	35,78
Totale griglie	109	

Domanda a risposte multiple (il totale delle percentuali supera il 100%)

A tal proposito è importante prendere in considerazione le indicazioni del Servizio Centrale in merito allo staff dei progetti²⁶.

La figura dello *psicologo* è presente in 81 delle 109 griglie compilate, con una prevalenza di figure esterne allo staff. Inoltre, è rilevante la differenza tra il Nord e l'area Centro-Sud nei rapporti di lavoro, che risultano più stabili nella prima. La presenza dello psicologo si correla con i progetti in cui “*la mappatura non è stata scritta*” (tabella 2.3, appendice 3).

La figura dell'*educatore* è presente principalmente nel Nord Italia; 40 delle 45 griglie in cui è stato raccolto questo dato, indicano questa professionalità come interna allo staff. La figura dell'educatore si correla maggiormente con la presenza di volontari, interpreti e psicologi; viene spesso incaricato degli aspetti sanitari e per l'organizzazione dei servizi vi è un forte ricorso alla formazione. Si osserva, inoltre, da parte dei beneficiari, un forte ricorso al MMG/PLS (tabella 2.6, appendice 3).

La prevalenza della figura dello psicologo a quella dell'educatore sembrerebbe evidenziare la presenza di un bisogno maggiormente definito relativo al disagio di ordine psicosociale espresso dagli ospiti o percepito all'interno dello staff di progetto. E' importante sottolineare che la figura dell'educatore è di recente qualifica e definizione, tuttavia sembrerebbe che le competenze di una formazione psicologica vengano utilizzate per coprire il ruolo dell'educatore sfumando le competenze in base ai bisogni. Inoltre, la maggior incidenza di personale esterno con competenze specifiche per supportare le relazioni dirette con i beneficiari, sembrerebbe indicare che la dimensionale relazionale sia lasciata soprattutto nelle mani degli operatori generici, con il rischio di burn-out che questo può comportare.

²⁶ Dal Manuale operativo redatto dal Servizio Centrale, le figure professionali previste sono quelle dell'assistente sociale, dell'educatore e del mediatore; le competenze trasversali richieste sono la capacità di ascolto, di mettersi in relazione con il beneficiario, la conoscenza dell'utenza specifica e la capacità di muoversi all'interno di una rete di servizi.

La qualifica dell'*operatore generico* si riferisce a quella figura che si occupa delle attività quotidiane del progetto in virtù di una formazione legata all'assistenza. Ciononostante a dispetto di una formazione specifica, può capitare che figurino come operatori persone che hanno una formazione specifica ma senza esperienza sul campo (neolaureati) o al contrario persone che, alla luce di esperienze diverse nell'ambito dell'accoglienza/assistenza (infermieri, volontariato sociale) vengano indicati come operatori. E' importante sottolineare la netta prevalenza di rapporti stabili di lavoro, elemento che rimanda alla capacità di prendersi carico dei beneficiari in un'ottica di continuità delle relazioni instaurate. Il numero degli operatori varia in base alle strutture abitative dei progetti, al numero delle persone che questi ospitano e alla possibilità di fare riferimento ad un numero di operatori esterni/volontari/servizio civile legati alle caratteristiche dell'ente gestore.

Nei progetti che ricorrono in modo significativo al *volontario* (tabella 2.9) spicca una proporzione elevata di progetti che non hanno preso accordi con la ASL perché non sembrano necessari per garantire l'assistenza sanitaria dei beneficiari.

La figura dell'*interprete* è stata aggiunta dagli informatori durante le interviste, ma dai dati raccolti sembrerebbe poco chiara la distinzione tra la figura del mediatore linguistico-culturale e quella dell'interprete. La questione ancora aperta a livello istituzionale sulla definizione e riconoscimento della figura del mediatore culturale sembrerebbe spiegare la mancata coincidenza e la poca chiarezza di questi dati. E' importante considerare che per questioni organizzative legate alle diverse provenienze dei beneficiari, la presenza di mediatori/interpreti nei progetti indica nella maggioranza dei casi collaborazioni esterne, spesso con associazioni/cooperative di mediatori/interpreti. Inoltre, questo dato rimanda alla forte denuncia da parte degli operatori della mancanza del servizio di mediazione culturale nel SSN.

L'organizzazione dello staff in merito all'erogazione dei servizi per l'assistenza sanitaria riguarda le questioni amministrative (l'iscrizione del beneficiario al SSN, l'esenzione dal ticket o le pratiche per l'invalidità), le prenotazioni degli appuntamenti per l'assistenza sanitaria specialistica e l'eventuale accompagnamento del beneficiario presso le strutture del SSN.

Tabella 21 – “C’è qualcuno che è incaricato agli aspetti sanitari?”

	n.	%
Operatore generico	41	37,61
Un operatore per beneficiario o nucleo familiare	16	14,68
Assistente Sociale	11	10,09
Nessuno in particolare	8	7,34
Coordinatore	6	5,50
Educatore	5	4,59
Mediatore culturale	4	3,67
Responsabile Ente Gestore	3	2,75
Psicologo	3	2,75
Altro	12	11,01
Totale griglie	109	

(prima scelta)

In quasi la metà dei progetti la persona incaricata è un operatore generico, seguito da un operatore per beneficiario o nucleo familiare, dall'assistente sociale, da una persona qualunque dello staff, dal coordinatore, dall'educatore, dal mediatore culturale, dal responsabile dell'Ente Gestore, dallo psicologo.

Le tabelle delle correlazioni mostrano un maggior ricorso alle indagini di laboratorio e di screening iniziali in quei progetti in cui l'incaricato degli aspetti sanitari è "un operatore generico" (tabella 1.1 dell'appendice 3). E' da notare che in quei progetti in cui l'incaricato degli aspetti sanitari è "un operatore per beneficiario/nucleo familiare" (tabella 1.3) vi sono pochi interventi sanitari per il mese di Novembre, emerge la soddisfazione dell'operatore per l'empatia con il personale socio-sanitario e la soddisfazione dei beneficiari per il fatto di sentirsi presi in carico. I progetti in cui l'incaricato degli aspetti sanitari sono "gli assistenti sociali" (tabella 1.4) sono caratterizzati da richieste di servizi amministrativi e spicca l'area metropolitana di Milano.

6.7 Caratteristiche associate alle tipologie dei territori

6.7.1 Area geografica

Il 34,8% delle griglie dei 102 progetti è collocato nel Nord Italia, il 27,5% nel Centro Italia e il 37,6% nel Sud Italia. Le correlazioni mostrano che nei progetti del Nord Italia (tabella 19.1 dell'appendice 3) si osserva una maggiore presenza di educatori. I progetti sono collocati più di frequente in comuni con oltre 100mila abitanti, la proporzione di beneficiari di genere maschile è maggiore ed è maggiore il ricorso ai servizi di tipo amministrativo. Nei progetti del Centro Italia (tabella 19.2) si osserva una presenza più elevata del servizio civile. Gli operatori sono insoddisfatti per le attese troppo lunghe e per la percezione culturale della cura e della malattia. Si osserva una proporzione elevata di beneficiari che risolvono il loro problema. Nel Sud Italia (tabella 19.3) è più diffuso il controllo iniziale dello stato di salute (triplicato rispetto al resto dell'Italia), si osserva una presenza maggiore di beneficiari provenienti dall'Eritrea e dalla Somalia e una maggiore soddisfazione da parte degli operatori.

6.7.2 Aree metropolitane

Il 15,6% delle griglie è collocato in Aree Metropolitane, l'84,4% in Aree non metropolitane. Le correlazioni mostrano che nelle aree metropolitane (tabella 20.1 dell'appendice 3) vi è un ricorso maggiore agli educatori, volontari, mediatori, legali e ai servizi di tipo amministrativo. Nelle aree non metropolitane (tabella 20.2) si osserva una soddisfazione maggiore dell'operatore e del beneficiario e una proporzione maggiore di beneficiari che hanno risolto il loro problema. La soddisfazione è dovuta all'empatia del personale socio-sanitario, alla buona efficienza e organizzazione e alla competenza della struttura.

6.7.3 Tipologia del progetto

I progetti sono divisi in 83 progetti ordinari e 19 progetti vulnerabili. Le tabelle delle correlazioni (tabella 18, appendice 3) mostrano che nei progetti vulnerabili è presente una proporzione maggiore di donne, di beneficiari provenienti dall'Iraq e dal Congo e di difficoltà denunciate dagli operatori con il personale paramedico.

6.8 Difficoltà con le strutture socio-sanitarie del SSN

Durante le interviste (nella parte generale della griglia dei progetti) sono state raccolte informazioni in merito alle difficoltà che in generale i progetti incontrano con il SSN.

<i>Tabella 22 – Difficoltà</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>
Non conoscenza legislazione RARU	58	53.21
Comprensione transculturale	50	45.87
Assenza del mediatore culturale nel SSN	38	34.86
Competenza problematiche RARU	34	31.19
Esistenza di servizi specifici	33	30.28
Interazione con il personale	32	29.36
Attese troppo lunghe	29	26.61
Presa in carico	25	22.94
Richiesta presenza operatore SPRAR	23	21.10
Il personale non parla direttamente al beneficiario	17	15.60
Ritardi amministrativi	15	13.76
Identificazione del problema	12	11.01
Trasporti	9	8.26
Reperimento strumenti (protesi...)	4	3.67
Trattamento	3	2.75
Altro	14	12.84
Mancate risposte	8	7.34
Totale griglie	109	

Domanda a risposte multiple (il totale supera il 100%)

Pur rappresentando l'opinione di un operatore, senza alcuna garanzia che sia rappresentativa di tutta l'equipe, e pur inducendo la domanda ad una generalizzazione, colpisce come le difficoltà più frequenti siano con il personale amministrativo (59,6%) e che nella lista delle difficoltà quelle che assumono maggior rilievo sono per il 53,1% relative alla denuncia della mancanza di conoscenza, da parte del personale amministrativo delle strutture sanitarie pubbliche, della legislazione che regola l'assistenza sanitaria ai RARU.

E' interessante a tal proposito ricordare i dati degli iscritti al SSN, con riferimento al mese di Novembre. Il 66,9% dei progetti ha indicato che tutti i RARU da loro ospitati risultavano iscritti, mentre per il 31,2% che non tutti gli ospiti erano iscritti al SSN. Le motivazioni raccolte, riguardano per il 22,9% ritardi amministrativi.

Inoltre, tra i problemi denunciati assume particolare rilievo la dimensione culturale dell'assistenza. Dalle tabelle delle correlazioni si osserva che le difficoltà di *comprensione transculturale* correlano con il personale specialistico e con il pronto soccorso; la *mancanza di mediatori culturali* è trasversale; la mancanza di *competenze sulle problematiche RARU* correla con il personale medico, paramedico ed amministrativo, e con gli ambulatori specialistici; la mancanza di *servizi specifici* correla con le difficoltà riscontrate negli ambulatori specialistici e con gli specialisti. E' importante sottolineare che, tranne per la mancanza di conoscenza della legislazione specifica sui RARU, le difficoltà emerse ricalcano le motivazioni addotte all'insoddisfazione nelle schede di intervento sanitario.

Un ragazzo sudanese, titolare della protezione umanitaria, ha effettuato una radiografia al torace e al cranio a causa di mal di testa. L'operatrice ha riferito che a fine ottobre il ragazzo ha iniziato a lamentare mal di testa per il quale il MMG ha prescritto una cura farmacologica, dopo la quale il mal di testa si è riacutizzato; all'inizio le operatrici hanno pensato somatizzasse un disagio di tipo psicologico, perché era chiuso in se stesso, aveva difficoltà a relazionarsi con gli altri e a chiarire bene questo suo disturbo. Continuando l'operatrice ha raccontato che il ragazzo è entrato in crisi perché voleva avere la stessa cura che in caso di mal di testa usava sua nonna: dei buchi nel naso, all'interno delle narici, per far uscire il sangue. Le operatrici insieme al MMG gli hanno spiegato che non era possibile perché in Italia non si usa fare così in caso di mal di testa, che la cultura è diversa come la cura farmacologica è diversa e più adatta a queste necessità. L'operatrice ha aggiunto che all'inizio lui pensava non lo capissero ma poi vedendo che a seguito della diagnosi (sinusite) e della terapia prescritta stava meglio, il ragazzo si è rilassato e tranquillizzato ed è diventato più collaborativo. (storia n. 23 appendice 4).

Un'operatrice ha raccontato che al pronto soccorso è stato chiesto ad una donna incinta, che è stata infibulata nel suo paese, se avesse acconsentito ad un parto cesareo. Secondo l'operatrice è stata una domanda fuori luogo, fuori tempo, che ha messo in difficoltà la signora in quanto era ancora al secondo mese. L'operatrice ha aggiunto che è stata necessaria una forte opera di mediazione culturale; secondo lei questa domanda nascondeva una curiosità, un giudizio, una meraviglia culturale dietro una questione medica. (storia n. 16 appendice 4)

Un uomo armeno a Novembre ha accompagnato la moglie in sala parto. L'operatrice ha raccontato che il signore è rimasto traumatizzato perché "costretto" da una infermiera ad assistere al parto di sua moglie. (storia n. 17 appendice 4)

Una donna rifugiata, al nono mese di gravidanza, è andata a Novembre al pronto soccorso per controllare le sue condizioni, l'operatrice ha raccontato che la donna pensava di avere finito il tempo; in quella occasione le sono stati trovati degli ansiolitici in borsa che la donna ha riferito appartenere al marito. La coppia è nel progetto con una figlia adolescente e due gemelli nati in Italia, più il figlio nato da questa gravidanza. L'operatrice ha raccontato che la coppia ha perso tre figli durante il viaggio in mare per raggiungere l'Italia e che secondo il marito della donna, ora stanno meglio perché con questo terzo figlio nato in Italia hanno recuperato i tre figli deceduti. Lo staff del progetto vorrebbe che la donna cominciasse un percorso psicoterapeutico ma non riescono ad attivarlo, non ci sono servizi sul territorio se non quelli tarati sull'utilizzo di farmaci. (storia n. 7 appendice 4)

Una donna del Kosovo, richiedente asilo, a novembre è andata urgentemente all'ambulatorio STP (non aveva ancora la tessera sanitaria sebbene presente nel progetto da diverso tempo) per problemi di palpitazioni e ansia. L'operatrice ha riferito che le hanno dato un ansiolitico, inoltre dopo due giorni ha avuto un altro attacco, era pallida stava male, e sono andati al Pronto soccorso dove le hanno dato un altro ansiolitico. L'operatrice ha raccontato che anche un anno fa le era successo, non aveva niente di organico, "capita ogni volta che (i beneficiari) hanno notizie non buone". L'operatrice ha aggiunto che la donna ha un figlio dislessico ma lei non capisce bene cos'è, inoltre ha riferito che sebbene gliel'abbiano proposto non vuole un sostegno di tipo psicologico perché dice di "non essere matta". (storia n. 19 appendice 4)

A dispetto delle difficoltà riscontrate, è interessante sottolineare che il grado di soddisfazione sui percorsi terapeutici espresso dagli operatori (per operatori e beneficiari), è comunque molto alto.

6.9 Integrazione socio-economica nei territori di accoglienza

Sebbene solo a livello esplorativo, sono state raccolte informazioni sulle attività dei progetti SPRAR che riguardano l'integrazione dei beneficiari nei territori d'accoglienza. Anche in questo ambito la ricerca si è posta come principale obiettivo quello di esplorare le *reti* attive a livello territoriale, all'interno delle quali i singoli progetti si muovono per l'erogazione di questi servizi.

Dalla ricerca, le attività dei progetti riguardano principalmente l'inserimento lavorativo (90,8%) seguito dalla formazione professionale, dall'abitazione, dalla formazione in generale (scolastica/linguistica) e dalle attività di integrazione. Si evidenzia una forte correlazione tra inserimento lavorativo con il Collocamento e la soddisfazione dei beneficiari.

<i>Tabella 23 – Ambiti di attività dei progetti per l' integrazione socio-economica</i>		
	n	%
Inserimento lavorativo	99	90.83
Formazione professionale	94	86.24
Abitazione	88	80.73
Formazione in generale	83	76.15
Attività di integrazione	75	68.81
Totale griglie	109	

Domanda a risposte multiple (il totale supera il 100%)

L'erogazione di tali servizi viene realizzata innanzitutto con i privati (77,9%), seguiti da Comune, Associazioni, Cooperative, Provincia, Collocamento, Parrocchia, Sindacati e Regione

<i>Tabella 23 – Soggetti con cui si effettua attività di rete</i>		
	n	%
Privati	85	77,98
Comune	67	61,47
Associazioni	66	60,55
Cooperative	41	37,61
Provincia	32	29,36
Collocamento	27	24,77
Parrocchia	17	15,60
Sindacati	15	13,76
Regione	12	11,01
Altro	58	53,21
Totale griglie	109	

Domanda a risposte multiple (il totale supera il 100%)

L'importanza accordata a queste attività sembra trovare riscontro nei discorsi raccolti dagli operatori dei progetti in merito al ruolo che questi servizi ricoprono sulle condizioni di salute dei loro ospiti. Si tratta di opinioni/percezioni personali legate alle loro esperienze nell'ambito dello SPRAR, difficilmente analizzabili in termini quantitativi ma che costituiscono tuttavia un valore aggiunto all'indagine, nella loro

capacità di restituire la complessità che caratterizza l'assistenza ai RARU, nella sua dimensione psicosociale.

Una donna della Sierra Leone, richiedente asilo, a Novembre ha fatto ricorso al pronto soccorso. Ha perso i sensi ed è caduta per strada. L'operatrice ha riferito che l'accaduto è da imputare alle condizioni di stress della donna che da sola si trova in Italia con due bambini, uno di 2 anni e l'altro di 6 mesi. L'operatrice ha raccontato di essere rimasta soddisfatta dell'intervento così come la beneficiaria che si è sentita seguita e presa in carico: la signora ora sta meglio, il progetto di integrazione per lei sta andando avanti grazie anche alla partecipazione ad un corso di cucito che le ha aperto la possibilità di aprire un laboratorio. L'operatrice ha inoltre aggiunto con soddisfazione che da dicembre la donna ha iniziato un percorso psicoterapeutico a Roma, aperto a future esperienze di laboratorio teatrale. (storia n. 2 appendice 4)

Una donna somala, titolare della protezione umanitaria, a Novembre è andata in visita dal MMG per mal di testa. L'operatrice come la beneficiaria ha espresso soddisfazione, le analisi prescritte non hanno rilevato nulla ed inoltre, l'operatrice ha raccontato che la donna è un'infermiera e che anche grazie ai suoi studi ha capito che il disturbo accusato è legato alle condizioni di stress per le notizie che a Novembre ha ricevuto da casa. Lei non riesce a mandare i soldi alla sua famiglia ma il progetto le ha dato un piccolo contributo e la ASL di riferimento ha approvato la richiesta di un tirocinio formativo. (storia n. 3 appendice 4)

Un'anziana donna cecena ospite in un progetto insieme alla sua famiglia – marito, figlia, genero e i figli di questi – nel mese di Novembre ha fatto una radiografia ed una risonanza magnetica di controllo. L'operatore ha raccontato che la donna è arrivata nel progetto con problemi di deambulazione (sedia a rotelle), e di articolazione del linguaggio descritti dalla famiglia risalenti alla Cecenia: nel 2001 la donna ha subito violenze in seguito alle quali è stata ricoverata per problemi di deambulazione e di mutismo. L'operatore ha riferito che in Italia sono state svolte molte analisi e che l'obiettivo ultimo del progetto a tal proposito è stato quello di farle riconoscere l'invalidità; inoltre ha aggiunto che inizialmente si sono rivolti ad una realtà del privato sociale del loro territorio per affrontare il trauma subito dalla donna ma, soprattutto per problemi di comunicazione legati al suo analfabetismo e alla mancanza di un mediatore ceceno, l'intervento sulla signora si è spostato successivamente sugli approfondimenti di ordine neurologico. L'operatore ha raccontato che nel frattempo senza alcuna terapia, tranne il serenase prescritto dopo una visita neurologica, è iniziato un lieve miglioramento della signora: maggiore mobilità, a partire dalle sue esigenze fisiologiche e miglioramenti nell'umore. L'operatore ha spiegato che la donna ha iniziato a fare racconti di brutti ricordi alla figlia, la quale insieme al marito e successivamente con i loro figli, ha iniziato una serie di colloqui psicoterapeutici per affrontare i problemi d'inserimento che vivono i ragazzi a scuola. L'operatore, come la beneficiaria, è soddisfatto ed ha aggiunto che secondo lui il miglioramento dell'anziana signora forse è da imputare al miglioramento generale della famiglia che sta trovando maggiore serenità, ora hanno una casa e le condizioni di tutti membri stanno cambiando. (storia n. 15 appendice 4)

7. Buone prassi, criticità ed indicazioni preliminari

Nel formulare gli obiettivi della ricerca si era ipotizzato di individuare, nel corso delle interviste, delle modalità di assistenza socio-sanitaria che potessero essere indicate come significative di buone prassi; in realtà sono stati raccontati dagli intervistati molti problemi nei rapporti con le strutture sanitarie ma è emerso con forza come percorso virtuoso il rapporto individuale con professionisti sanitari, in particolare con il MMG, spesso sensibili ed attenti, che facilitano il percorso all'interno delle strutture.

Sembra che anche nell'ambito dell'assistenza alla categoria specifica dei RARU il sistema sanitario ricalchi un'impostazione che si ritrova in quasi tutto il suo campo d'azione: una volta che la persona con un bisogno sanitario è "penetrato" nel sistema, la capacità di risposta specifica al suo problema è buona, con punte di eccellenza, trovando clinici e sanitari in genere che con competenza trattano la patologia.

I risultati presentati evidenziano infatti che il SSN offre una buona risposta ai bisogni/problemi dei beneficiari, con oltre il 70% di risposte di soddisfazione per beneficiari e operatori dei progetti. Inoltre, la forte coerenza tra problemi e servizi e l'alta incidenza delle visite dal MMG suggeriscono un uso sostanzialmente corretto del SSN. La distribuzione territoriale della soddisfazione dei beneficiari non è comunque omogenea e non è possibile delineare un gradiente geografico in quanto gli opposti nella scala di questa percezione sono territori limitrofi (soddisfazione più alta in Piemonte, quella più bassa in Lombardia).

Quando però il bisogno è più in generale di "presa in carico" cioè di assunzione di responsabilità da parte del SSN sulla tutela della salute delle persone, che richiede misure di organizzazione sanitaria, quale l'accessibilità alle strutture, lo snellimento delle pratiche burocratiche, le liste d'attesa, misure di promozione della salute, quali la prevenzione attiva, con attività di informazione e di educazione sanitaria, ed offerta attiva di servizi alle categorie più fragili, misure di formazione del personale perché l'aspetto relazionale venga sempre più considerato una misura terapeutica, allora tale bisogno viene quasi del tutto disatteso. Ciò è particolarmente evidente nell'ambito del bisogno di sostegno psicologico e/o di intervento psichiatrico, nel quale la componente culturale, sia nell'interpretazione del disagio, sia la "terapeuticità" della relazione medico-paziente, giocano un ruolo particolarmente rilevante.

E questa esigenza diviene ancora più inconfutabile quando si tratta di persone portatrici di una alterità culturale spiccata, con riferimento ad altri sistemi medici e ad altre modalità di cura; la difficoltà a relazionarsi con la diversità nel SSN è particolarmente evidente.

7.1 Buone prassi

La soddisfazione dei beneficiari e la risoluzione dei loro problemi è certamente collegata con l'aver sperimentato una buona relazione con il personale socio-sanitario e con il ruolo che il MMG ha nella risposta ai problemi di salute anche come riferimento ed orientamento. Nei progetti risulta importante sia la scelta del MMG come medico di fiducia, di maggiore sensibilità e competenza sia quella di lasciare piena autonomia all'ospite nella scelta del MMG. Questi risultati sottolineano l'azione terapeutica, fondamentale per il processo di guarigione e la soddisfazione del beneficiario, dell'empatia del personale e della sensazione di non essere lasciati soli

con il proprio problema. Nel processo che porta al sentirsi soddisfatto nelle risposte avute in ambito sanitario altri due elementi vengono percepiti come significativi: uno su un piano relazionale, il superamento cioè degli ostacoli nella comunicazione per mezzo di mediatori interni, a riprova dell'importanza della dimensione culturale della malattia e l'altro su un piano sociale cioè l'inserimento lavorativo.

Anche per gli operatori si osserva l'importanza della scelta del MMG, per fiducia e maggiore sensibilità, e la piena autonomia del beneficiario nella scelta del MMG. Altrettanto importanti sono la competenza della struttura, l'empatia del personale socio-sanitario, la buona efficienza e organizzazione e chiaramente essi risultano particolarmente soddisfatti quando il beneficiario risolve il proprio problema.

Le reti, attraverso le quali si cerca di dare una risposta ai bisogni lavorativi, di abitazione, formazione e integrazione, sono sviluppate maggiormente nel Centro-Nord e meno sulla costa adriatica, a partire dalle Marche e nel meridione. In queste reti partecipano innanzitutto privati, seguiti poi da Comune, Associazioni, Cooperative, Provincia, Collocamento, Parrocchia, Sindacati e Regione.

7.2 Criticità

L'insoddisfazione dei beneficiari è stata rilevata in meno dell'8% degli interventi sanitari e risulta correlata innanzitutto con l'incompetenza della struttura, la difficoltà nei rapporti, la differente percezione culturale della cura e della malattia, le attese troppo lunghe e le difficoltà di rapporto tra il personale socio-sanitario e il beneficiario.

Anche l'insoddisfazione degli operatori è stata rilevata in meno del 10% degli interventi sanitari. In questi casi l'insoddisfazione è fortemente correlata alla difficoltà di rapporto con il beneficiario, ad attese troppo lunghe ed alla differente percezione culturale della malattia. Nei progetti del Centro Italia gli operatori si dichiarano maggiormente insoddisfatti.

Alcune condizioni patologiche mostrano situazioni di criticità che suggeriscono la necessità di una maggiore attenzione da parte delle strutture sanitarie. Ad esempio, per le patologie odontoiatriche si lamentano l'assenza di servizi specifici e la scarsa efficienza ed organizzazione, per le patologie dell'apparato osteo-articolare si lamentano scarsa efficienza e difficoltà nel reperimento ad esempio di protesi e di presidi e per le patologie all'apparato visivo si lamentano le attese troppo lunghe.

La mancanza di attenzione alle richieste dei RARU prende contorni molto delicati quando il bisogno è di tipo psicologico/psichiatrico: la forte richiesta di questo servizio specialistico se da un parte sembra evidenziare un bisogno diffuso in tal senso da parte dei beneficiari del Sistema, dall'altro apre la riflessione sul rischio di medicalizzare le manifestazioni di tale disagio e sull'opportunità di articolare risposte adeguate capaci di coinvolgere in diverso modo le reti entro le quali i beneficiari del Sistema si muovono (famiglie/comunità di riferimento, operatori/ospiti progetti SPRAR, risorse del territorio).

Inoltre, l'esplicita dichiarazione da parte degli operatori della non necessità di realizzare una mappatura socio-sanitaria del territorio per migliorare le risposte - e dalla ricerca si è visto come l'assenza di mappatura non condiziona la soddisfazione di

beneficiari ed operatori, anzi spesso accade il contrario - si collega ad un'altra evidenza della ricerca e cioè come accordi con la ASL, possono a volte aumentare l'insoddisfazione dei beneficiari e diminuire la risoluzione dei loro problemi.

L'apparente paradosso può essere spiegato correlando questo dato al fatto che quando gli accordi vanno oltre gli aspetti prettamente burocratici (liste di attesa, atti amministrativi) questi sembrano ridurre il ruolo di orientamento del MMG causando insoddisfazione e mancata risoluzione dei problemi; e ciò è particolarmente evidente quando questi accordi favoriscono controlli iniziali dello stato di salute basati su screening ed analisi in quanto sembrano far diminuire l'attenzione nei confronti della qualità dei rapporti e dell'integrazione sociale con conseguente disagio e insoddisfazione dei beneficiari.

Ed è questa la chiave di lettura anche sull'apparente effetto di riduzione di soddisfazione dove si produce una mappatura: lo spostare l'attenzione dal ruolo del MMG anche come colui che può correttamente orientare i beneficiari, declinando questa funzione ad una lista di indirizzi fa sì che si produca o si percepisca una minor attenzione alla qualità e all'empatia nei rapporti con il beneficiario.

E' interessante notare che quando i beneficiari si sentono maggiormente seguiti e presi in carico si osserva nei progetti una forte incidenza della risposta "non sono necessari accordi con la ASL in quanto i servizi vengono comunque erogati".

Infine nei progetti in cui vige la pratica di effettuare controlli di salute, al momento dell'entrata nel progetto, aumentano le schede sanitarie in cui viene riportata insoddisfazione del beneficiario. Nel Sud Italia il controllo iniziale dello stato di salute coinvolge quasi tutti i progetti. Questo dato può forse essere ricondotto all'elevato numero di arrivi che coinvolgono il meridione. Il diffuso ricorso ai controlli iniziali dello stato di salute su tutto il territorio nazionale (72 progetti in totale) sembra enfatizzare l'aspetto di medicalizzazione della salute a scapito della dimensione relazionale, culturale e di integrazione che le correlazioni hanno evidenziato come fondamentali.

7.3 Indicazioni preliminari

I risultati di questa attività di ricerca evidenziano con forza l'importanza del ruolo di presa in carico e orientamento del MMG. Vengono infatti riportati livelli più elevati di soddisfazione e di risoluzione dei problemi per quei beneficiari che vanno dal MMG non solo per farsi prescrivere le ricette o l'analisi, ma per un'attività di monitoraggio e di orientamento. Questo dato mostra l'importanza di investire sul MMG affinché la sua funzione si rafforzi come attore centrale nell'intervento sanitario (presa in carico, cura e orientamento).

Inoltre, la ricerca ha sottolineato l'importanza degli aspetti relazionali. L'empatia del personale sanitario gioca un ruolo fondamentale nella risoluzione dei problemi dei beneficiari e nella loro soddisfazione. Ciò fa risaltare l'importanza di investire sulla formazione del personale sanitario al fine di valorizzare gli aspetti relazionali e di rapporto con i pazienti in genere e in particolare con quelli più vulnerabili, come è il caso dei RARU.

Si è anche osservata una forte importanza dell'inserimento lavorativo tramite percorsi formali (uffici di Collocamento). Questo dato sottolinea la centralità di quelle forme di integrazione che non fanno ricorso al sommerso e all'irregolare. Il benessere dei beneficiari passa attraverso il pieno riconoscimento dei loro diritti e ciò suggerisce l'importanza di attività e politiche volte a favorire la regolarizzazione dei RARU, a tutti i livelli della vita sociale ed in modo particolare in ambito lavorativo.

Si è osservato un ricorso elevato dei controlli sanitari iniziali soprattutto nei progetti del Sud-Italia, generalmente correlati con insoddisfazione dei beneficiari e minore risoluzione dei loro eventuali problemi. Questo dato segnala che un approccio eccessivamente medicalizzato non è giustificato e può a volte aumentare la percezione di problemi sanitari con conseguente dispendio di risorse pubbliche e minore soddisfazione dei beneficiari e degli operatori. L'indicazione è quella di ridurre i controlli iniziali (che servono più a rassicurare gli operatori che rispondere ad un bisogno dei beneficiari), eventualmente proporre un colloquio/visita con il MMG che fin dall'inizio rafforzerebbe quel binomio relazionale-terapeutico (beneficiario/medico di riferimento) che la ricerca ha evidenziato come sensibile ed efficace.

Su problematiche particolarmente complesse anche per lo stesso personale dei servizi socio-sanitari, quali quelle riguardanti l'area del disagio psichico, tali indicazioni devono essere suffragate da una costante attenzione per la formazione e la supervisione periodica degli operatori.

Indicazioni preliminari: sintesi in 15 punti

(queste indicazioni tengono conto della presenza di RARU nei progetti dello SPRAR, e non sono tarate sulle esigenze della presenza di RARU in centri più o meno grandi di identificazione, di accoglienza collettiva o in agglomerati più o meno spontanei – alloggi occupati...)

Sul piano delle politiche

- Promuovere politiche di integrazione per favorire l'autonomia economico-abitativa dei RARU in particolare con l'inserimento nel mondo lavorativo.
- Semplificare le norme e le procedure per l'iscrizione al SSN dei beneficiari anche nel tempo che intercorre dall'arrivo, dalla presentazione della domanda al rilascio del primo pds, e sempre nelle more del rinnovo del pds, anche con indicazioni regionali che superino eventuali ostacoli burocratico-amministrativi locali.
- Favorire politiche integrate in ambito locale in particolare nella definizione dei piani di zona per l'integrazione socio-sanitaria, con la partecipazione dei soggetti istituzionali e con il coinvolgimento di quelle organizzazioni di specifica esperienza.
- Identificare politiche sanitarie (di sanità pubblica e di promozione della salute) che tengano conto dei RARU come soggetti particolarmente vulnerabili sul piano sociale e sanitario.

Sul piano organizzativo

- Favorire l'accessibilità ai servizi sanitari, valorizzando il ruolo del MMG non solo in ambito clinico ma anche come riferimento locale per i percorsi sanitari e con compiti di monitoraggio e di orientamento eventualmente rafforzandolo, nelle zone di maggiore presenza di RARU, con figure specifiche di supporto (mediatori linguistico-culturali).
- Concentrare gli sforzi sulla presa in carico socio-psico-assistenziale del beneficiario, favorendo un approccio dialogico-relazionale integrato tra i vari soggetti presenti e pianificando eventuali (anche se spesso non necessari) interventi di screening come successivi al colloquio/incontro/visita con il MMG.
- Rafforzare localmente gli ambiti di maggiore criticità assistenziale quali l'odontoiatria, la fisioterapia e l'oculistica, potenziandone i servizi (anche in un'ottica di integrazione pubblico-privato) e garantendone la diffusa e pronta disponibilità.
- Promuovere nelle strutture pubbliche équipe nell'area della sofferenza psichica che sappiano rapportarsi con l'alterità culturale e con situazioni di estrema fragilità psico-sociale; in questo ambito appare determinante il rapporto con organizzazioni del settore e favorire forme di coordinamento, collegamento e scambio di esperienze e competenze.
- Favorire nei rapporti con le Aziende sanitarie locali in primo luogo percorsi amministrativi veloci e certi e quando possibile tavoli di confronto per ridurre barriere e avviare anche percorsi formativi comuni.
- Sollecitare da parte delle Aziende sanitarie, l'utilizzazione di mediatori linguistico-culturali negli ambiti di maggiore criticità dei percorsi assistenziali.
- Prevedere una costante supervisione dei progetti e degli operatori con particolare riferimento agli aspetti psico-socio-culturali.

Sul piano della formazione

- Promuovere ed investire nella formazione del personale socio-sanitario a tutti i livelli, ivi compreso quello amministrativo, sui temi della c.d. "medicina delle migrazioni" (scenari socio-sanitari, indicazioni epidemiologiche specifiche, area dei diritti, delle leggi e dei percorsi amministrativi, approccio relazionale-culturale) al fine di dotare il SSN e le sue articolazioni, di strumenti culturalmente adeguati per la relazione e la presa in carico dei bisogni di salute degli immigrati ed in particolare dei RARU.
- Prevedere una specifica formazione del personale socio-sanitario ed in particolare del personale impiegato nell'assistenza psicologico-psichiatrica, in merito al disagio psico-sociale, alla dimensione culturale della malattia e della salute mentale e alla psicotraumatologia.
- Definire dei percorsi di formazione specifica per la mediazione culturale in ambito sanitario, con particolare riferimento alla dimensione psicologica e psicotraumatologica.
- Favorire interventi di supervisione anche in ambito organizzativo con particolare riferimento all'esigenza del lavoro di équipe integrata tra le varie articolazioni dell'Azienda sanitaria, degli Enti (pubblici e privati) impegnati nell'assistenza ai RARU integrandoli con il supporto dei mediatori linguistico-culturali.

Fonte: Società Italiana di Medicina delle Migrazioni su dati e considerazioni IOM – Unità Psicosociale e Caritas – Area sanitaria, 2007

Appendici

Le appendici sono pubblicate all'indirizzo <http://www.serviziocentrale.it>

Appendici:

1. Distribuzioni di frequenze della griglia di informazioni progetti SPRAR
2. Distribuzioni di frequenze della scheda intervento sanitario
3. Tabelle delle correlazioni
4. Storie percorsi terapeutici
5. Griglia informazioni generali progetti SPRAR
6. Scheda intervento sanitario

Indice

Premessa	1
1. Introduzione	3
1.1 Il progetto	4
1.2 La Salute come oggetto/soggetto di ricerca	5
2. Discorsi e Politiche sulla Salute	5
2.1 La Salute in Italia: l'Integrazione socio-sanitaria	6
2.2 Politiche sanitarie e norme per la tutela della salute degli immigrati	7
2.3 Il nodo dell'accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari	9
2.4 Benessere psicosociale e Percorso migratorio	10
3. Cornice di riferimento e metodologia della ricerca	12
4. Il campione / universo	13
4.1 I progetti SPRAR	13
4.2 I beneficiari di interventi sanitari (RARU)	15
5. Obiettivi della ricerca e lettura dei dati	17
6. Analisi dei dati	18
6.1 Risposta ai bisogni dei beneficiari	18
6.1.1 Motivi di soddisfazione	20
6.1.2 Motivi di insoddisfazione	22
6.1.3 Distribuzione territoriale dell'indice di soddisfazione dei beneficiari	23
6.2 Rilevazione dei bisogni di salute dei beneficiari	24
6.2.1 Come è avvenuta l'identificazione del problema/bisogno?	27
6.2.2 Viene fatto un controllo iniziale dello stato di salute?	28
6.3 Accesso e fruizione dei servizi del SSN	29
6.4 Risoluzione del problema	31
6.5 Relazioni esistenti tra i progetti SPRAR e le risorse socio-sanitarie territoriali	32
6.5.1 La scelta del MMG/PLS	32
6.5.2 La mappatura delle strutture socio-sanitarie di riferimento	33
6.5.3 Sono stati presi accordi con la ASL?	34
6.5.4 Quali accordi sono stati presi?	35
6.5.5 C'è rispetto degli accordi da parte della ASL?	36
6.6 Modalità di organizzazione dei progetti SPRAR	36
6.7 Caratteristiche associate alle tipologie dei territori	39
6.7.1 Area geografica	39
6.7.2 Aree metropolitane	39
6.7.3 Tipologia del progetto	39
6.8 Difficoltà con le strutture socio-sanitarie del SSN	40
6.9 Integrazione socio-economica nei territori di accoglienza	42
7. Buone prassi, criticità ed indicazioni preliminari	44
7.1 Buone prassi	44
7.2 Criticità	45
7.3 Indicazioni preliminari	47

Finito di stampare nel mese di Ottobre 2007
Presso la Tipografia Grasso Antonino sas
00178 Roma - Via Anicio Paolino, 27 - Tel. 06 78358662