

Salute senza esclusioni



*collana a cura di
Salvatore Geraci*

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Atti del XV Congresso Nazionale
18-20 aprile 2018

Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni

a cura di

Manila Bonciani, Salvatore Geraci,
Maurizio Marceca, Alessandro Rinaldi,
Maria Laura Russo

 Pendragon

Atti del XV Congresso Nazionale
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Catania 18-20 aprile 2018)

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

ISBN 987 88 6598 995 1

Tutti i diritti riservati
© 2018, Edizioni Pendragon
Via Borgonuovo, 21/a – 40125 Bologna
www.pendragon.it

stampato nell'aprile 2018 dalla MIG Moderna Industrie Grafiche - Bologna

INDICE

PRESENTAZIONE

- Dinamiche di salute e migrazioni tra continuità e nuovi bisogni** 21
Maurizio Marceca (Presidente SIMM)

LA SIMM INFORMA

- L'attività di formazione della SIMM: brevi considerazioni su un biennio di attività (2016-17)** 24
Maria Laura Russo, Emma Pizzini, Betty Cescatti, Claudia Gandolfi, Cinzia Gradellini, Michele T. Loiudice, Marco Mazzetti, Alessandro Rinaldi, Graziella Sacchetti, Maurizio Marceca

- Il programma nazionale Linee Guida Salute Migranti** 33
Giovanni Baglio, Antonio Fortino, Salvatore Geraci, Maurizio Marceca, Maria Elena Tosti, Stefano Vella

- Codice Etico della SIMM** 36
Marco Mazzetti, Chiara Bodini, Manila Bonciani, Emilio Di Maria, Emanuela Forcella, Luisa Mondo, Alessandro Rinaldi, Maria Laura Russo, Maurizio Marceca

- Documento di indirizzo: il Gruppo di coordinamento GrIS** 40
Maria Chiara Boninsegna, Salvatore Geraci, Luciano Gualdieri, Guglielmo Pitzalis

RELAZIONI E COMUNICAZIONI

Sessione – I lavori della SIMM: Il Rapporto pubblico-privato sociale e l'Advocacy

- I mille volti della migrazione e l'impegno della SIMM di ieri, di oggi e di domani** 45
Mario Affronti

I mille volti della migrazione e l'impegno della SIMM di ieri, di oggi e di domani	53
<i>Chiara Bodini</i>	
Comunicazione	
Esperienze di collaborazione pubblico e privato no profit nella risposta ai bisogni di salute dei migranti recentemente arrivati in Italia	57
<i>Albiani S., Borgioli G., Tizzi G.</i>	
Sessione – Patologie cronico-degenerative: come gestire la sfida della transizione epidemiologica	
La transizione verso la cronicità per le popolazioni migranti: uno sguardo globale	58
<i>Guglielmo Trovato</i>	
Migranti e cronicità in Italia: quali sfide per la presa in carico?	63
<i>Ardigò Martino</i>	
Malattie croniche e migrazione: l'esperienza fiorentina della comunità peruviana	68
<i>Donata Magnelli, Michele Spinicci, Benedetta Formelli, Lorenzo Zammarchi, Pietro Amedeo Modesti, Maria Boddi, Maria José Caldés, Gavino Maciocco, Alessandro Bartoloni</i>	
Integrazione anche nella prevenzione: interventi per favorire l'accesso ai programmi di screening cervicale delle donne straniere temporaneamente presenti nella città di Torino	71
<i>Giordano Livia, Appiano Silvana, Bronzino Mariapia, Castagno Roberta, Gallo Federica, Garena Francesca, Guglielmotti Enrica, Mondo Luisa, Rau Mirela, Sacchi Laura</i>	
Sostenere la complessità. Migranti e disagio mentale: nuovi stimoli per il sistema sanitario pubblico	75
<i>Davide Bruno</i>	
Comunicazioni	
Stato dell'arte dell'assistenza socio-sanitaria e analisi delle caratteristiche cliniche e neuropsicologiche degli immigrati con patologia cronica	78
<i>Balconi M., Bossola M., De Filippis D.</i>	
Analisi dei ricoveri ospedalieri in regime di day-service dei migranti in situazione di irregolarità giuridica e dei migranti forzati	79
<i>Prizzi V., Pollaccia E., De Michele M., Scelfo M., Boscarino M., Davì D., Affronti M.</i>	

Presa in carico e gestione dei pazienti con ipertensione arteriosa presso un Poliambulatorio a bassa soglia di accesso nella città di Roma	80
<i>Corsaro A., Pettinicchio V., Civitelli G., de Soccio P., Salvatori L.M., Maestrini M.C., Cinque F., Bruno S., Damiani G., Marceca M., Geraci S.</i>	
Il diabete nei pazienti provenienti dal sub-continente indiano	81
<i>Kaur P., Pighini E., Giarelli G., Camellini R., Mecugni D.</i>	
La gestione delle malattie infettive a decorso cronico: il progetto 'MEDITERRANEO'	82
<i>Raspagliesi M., Campione S. R., Desiderio C., Uccellatore P., Leonforte S., Coco G., Sofia S., Vecchio O., Sapienza S., Favetta A., La Corte A., Iacobello C.</i>	
Sessione – Salute dei minori stranieri: quale presente e quale futuro	
Profilo di salute del minore migrante: cosa è cambiato?	83
<i>Gianni Bona, Valentina Mancioppi, Roberta De Grandi, Francesso Moretto, Mauro Zaffaroni</i>	
Accoglienza MSNA a un anno dalla promulgazione della legge 47/2017	85
<i>Alessandra Granata</i>	
Determinazione della minore età: stato dell'arte	89
<i>Simona La Placa</i>	
Comunicazioni	
Minori stranieri non accompagnati vittime di violenza: un confronto tra nuovi e vecchi arrivi	96
<i>Pettinicchio V., Aragona M., Da Silva E., Caizzi C., Ciambellini S., Mazzetti M., Geraci S.</i>	
Accoglienza Sanitaria del Bambino da Adozione Internazionale: Dati di uno Studio Multicentrico Italiano GLNBM - SIP	97
<i>Chiappini E., Zaffaroni M., Bianconi M., Veneruso G., Grasso N., Garazzino S., Arancio R., Valentini P., Ficcadenti A., Da Riol R.M., La Placa S., Galli L., de Martino M., Bona G.</i>	
Allattamento tra le madri straniere: risultati del monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana	98
<i>Bonciani M., Lupi B., Corazza I.</i>	
Sessione – La tutela della salute dei lavoratori stranieri	
Tutele, rischi ed ostacoli per i lavoratori immigrati nel diritto del lavoro	99
<i>Laura Calafà</i>	

La tutela della salute dei lavoratori stranieri in Italia: riflessioni su dati di contesto e spunti di ricerca	104
<i>Benedetta Persechino</i>	
Stress e condizioni lavorative nell'assistenza familiare: un'indagine sui lavoratori immigrati nel territorio romano	109
<i>Marta Petyx, Maura Benedetti, Giuliana Buresti, Bruna Maria Rondinone, Benedetta Persechino</i>	
"Terragiusta" contro lo sfruttamento dei lavoratori migranti in agricoltura	114
<i>Giulia Chiacchella</i>	
Comunicazioni	
Infortuni sul lavoro tra gli stranieri residenti in Italia: analisi del database longitudinale Whip-Salute	118
<i>Di Napoli A., Gaudio R., Giraud M., Strippoli E., Costanzo G., Mirisola C., Petrelli A., Bena A.</i>	
	119
Il lavoro integra l'uomo	
<i>GrlS Campania</i>	
Migranti e lavoro, l'esperienza di una Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro in Lombardia	120
<i>Leocata G.</i>	
Percezione del rischio e fabbisogno formativo dei lavoratori immigrati in agricoltura: i risultati di una indagine INAIL	121
<i>Persechino B., Valenti A., Rondinone B.M., Fortuna G., Iavicoli S.</i>	
Sessione – Dalle raccomandazioni alle pratiche: responsabilità e governance per l'implementazione di linee guida e di indirizzo	
Dall'evidenza alle raccomandazioni, dalle raccomandazioni alle pratiche	122
<i>Silvia Declich, Maria Grazia Dente</i>	
L'impegno del Ministero della Salute per un approccio nazionale inclusivo per la salute dei migranti	130
<i>Serena Battilomo</i>	
"Governance partecipata" nella chiarezza di ruoli e competenze: l'esempio della Regione Lazio	138
<i>Salvatore Geraci</i>	

Comunicazioni

- Indagine su politiche e pratiche nella presa in carico regionale degli stranieri richiedenti protezione internazionale** 147
Salvia C., Bianchi J., Corsaro A., Dalla Zuanna T., D'Aloisio F., De Battisti E., Gianfredi V., Mammana L., Milani C., Mormile P., Paglione L., Raguzzoni G.
- Ricognizione delle attività e dei network territoriali per l'attuazione del "Piano d'azione salute per e con le comunità rom, sinti e caminanti", e individuazione delle best practice a supporto dell'implementazione** 148
Di Palma R., Eugeni E., Forcella E., Geraci S., Motta F., Mirisola C., Piccirillo G., Baglio G.
- La salute del bambino rifugiato: barriere nell'accesso ai servizi sanitari e possibili soluzioni nel contesto europeo** 149
Riboldi B., Ciannameo A., Chiarenza A.
- Migrazione e TBC. Contributo ad una stima dell'impatto sul sistema sanitario della provincia di Catania (2011-2017)** 150
Platania A., Giorgianni G., D'Agati P., Cuccia M., Marranzano M., Zappalà G.

Poster

Aspetti organizzativi assistenziali

- MMG e pazienti migranti** 153
Taormina L., Giacomelli G., Petrona Baviera E., Salamone F., Affronti M.
- Accesso ai servizi di mediazione linguistico e interculturale in salute: dove siamo e dove vogliamo andare? Due paesi a confronto** 154
Ciannameo A., Verrept H., Dall'Asta I., Riboldi B., Chiarenza A.
- (Dis)Uguaglianze** 155
Schiavone G., Pitzalis G., Amadio T., Mo G., Korenfeld P., Marini R., Pittalinga C.
- Coma to Community nei Migranti: Integrazione socio-sanitaria nella presa in carico dei pazienti con disordine della coscienza** 156
Angelillo M.T., De Filippis D., Intiso D., Balconi M.
- Migrazioni e Sanità in Italia** 157
Cicerchia A., Solipaca A.
- Centro residenziale per cure post-acute per titolari di protezione e potenziali richiedenti asilo dimessi da strutture ospedaliere** 158
Maringhini G., Galli E., Bellissimo F., Fabbri T., Di Donna F.

SILVER-Soluzioni innovative per le vulnerabilità e reinserimento sociale dei migranti <i>Sparaco A.</i>	159
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Il paziente straniero nell'ambulatorio di Medicina Generale: la realtà del Trentino <i>Oddo B., Rama G.</i>	160
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Malattie cronico-degenerative

Patologie cronico degenerative nelle popolazioni migranti: focus sulla prevalenza di diabete tra gli immigrati dal Sub continente indiano e linee di prevenzione <i>Arniani S., Magi S., Modesti P.A., Piacentini P.</i>	161
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Disagio cronico. La patologia cronica nel paziente irregolare <i>Sabbatini F., Signorelli F., Medema A.I., Bozzolo E., Gerosa C., Durante A., Cusi C., Vecchi G., Meregalli G.</i>	162
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Professione badante, professione usurante <i>Angeletti M., Dhroso Z., Ben Hassen N., Mazzetta M.L.</i>	163
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Percorso condiviso tra pubblico e privato sociale per lo screening dei tumori della cervice uterina <i>Abba C., Appiano S., Ferrando C., Giordano L., Guglielmotti E., Marcu E.G., Peris C., Rau M.A., Sacchi L., Vola M.</i>	164
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Studio longitudinale dei differenziali di ospedalizzazione per asma tra immigrati e italiani a Roma <i>Cacciani L., Agabiti N., Marino C., Bargagli A.M., Davoli M.</i>	165
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Una dieta culturalmente orientata per pazienti stranieri affetti da diabete mellito: risultati di un'indagine sulle scelte alimentari <i>Piombo L., Barbarossa G., Castaldo M., Aktar P., Kabir R., Chamkhi M., Cavani A., Rossi A., Pandolfo M.M., Tubili C., Mirisola C., Costanzo G.</i>	166
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Progetto Tabibi <i>Petrona Baviera E., Giacomelli G., Taormina L., Salamone F., Affronti M.</i>	167
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Malattie infettive

Schistosomiasi Urinaria nella popolazione migrante africana. Nostra esperienza <i>Indovina C., Di Lorenzo F., Di Bernardo F., Dino O., Di Bella F., Sodano C., Sagna J.D., Prestileo T. per Immigrant Take Care Advocacy (I.Ta.C.A.) team Palermo</i>	168
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Protocollo dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine diagnosi precoce di TBC, screening e presa in carico integrata ospedaliero-territoriale dei richiedenti asilo ospiti delle caserme “Cavarzerani” e “Friuli”	169
<i>Bassetti M., Brussi V., Mauro K., Gnesutta D., Brianti G., Canciani L., Fragali A., Agnoletto A.P., Pitzalis G.</i>	
Micetoma: una diagnosi non comune di un caso importato	170
<i>Cervo A., Colomba C., De Luca A., Romanin B., Gioè C., Trizzino M., Mililli D., Agrenzano S., Fasciana T., Cascio A.</i>	
Un caso di tubercolosi e artrite reumatoide di difficile gestione	171
<i>Gioè C., Trizzino M., Mililli D., Cervo A., De Luca A., Romanin B., Mariano S., Fasciana T., Cascio A., Colomba C.</i>	
Prevezione e cura delle infezioni sessualmente negli immigrati senza permesso di soggiorno: una sfida, una necessità	172
<i>Bonvicini F., Fornaciari R., Simonazzi D., Pastore E., Monici L., Greci M., Sparano M., Saccani S., Crotti C., Riboldi B., Bertani D.</i>	
La schistosomiasi in un ambulatorio STP/ENI	173
<i>Pollaccia E., Prizzi V., De Michele M., Scelfo M., Boscarino M., Davì D., Affronti M.</i>	
Schistosomiasi, una parassitosi “confinata”	174
<i>Della Pepa M.E., Ianniello D., Rinaldi L., Maurelli M.P., Pepe P., Della Rocca M.T., Melardo C., Gualdieri L., Cringoli G., Galdiero M.</i>	
Il monitoraggio, la “frontiera” per le parassitosi neglette	175
<i>Ianniello D., Della Pepa M.E., Rinaldi L., Maurelli M.P., Pepe P., Chianese A., Russo C., Curto S., Cringoli G., Galdiero M.</i>	
Prevenzione	
L’offerta vaccinale della ASL Roma 4 ai minori migranti nel periodo 2013-2017	176
<i>Fusillo C., Sinopoli M.T., Morucci L., Lopalco M., Benigni M., Rossi S., Serra M.C., Sgricia S., Quintavalle G.</i>	
Integrazione di dati, analisi di processi e comportamenti nelle reti sociali, estrazione e diffusione della conoscenza: framework IoP per la prevenzione	177
<i>Scatà M., Di Stefano A., La Corte A., Raspagliesi M.</i>	
Fare rete per accogliere: l’esperienza della Asl Roma 4	178
<i>Sinopoli M.T., Fusillo C., Morucci L., Trani F., Marchetti C., Di Marzio L., Serra M.C., Sgricia S., Quintavalle G.</i>	

Offerta attiva di orientamento sanitario e di prevenzione: un'esperienza di medicina di prossimità in un contesto multi-etnico di Roma	179
<i>Geraci S., Pettinicchio V., Giannini D., Civitelli G., Landeo M.L., Mutta I., Gnolfo F., Liddo M.</i>	

Salute dei gruppi vulnerabili

Medicina di prossimità e mediazione di sistema: interventi socio-sanitari per immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica negli edifici occupati di Roma	180
<i>Eugeni E., Brandimarte A., Colosimo F., Gnolfo F., Leotta D., Napoli P., Baglio G.</i>	

Il progetto "OLTRE LA STRADA" in Emilia Romagna: le attività per la "riduzione del danno" a Piacenza	181
<i>Donisi A.</i>	

Disagio abitativo e Patologie correlate	182
<i>Saccani M., Incerti Telani M.</i>	

Determinanti sociali di malattia: un caso emblematico	183
<i>Brussi V., Gandolfi C., Gnesutta D., Mauro K., Pilutti G., Pischiutti A., Pitzalis G.</i>	

La validazione linguistica e culturale della scala PCCPS per misurare la 'cultural competence' degli infermieri: un progetto in progress	184
<i>Gradellini C., Ahmed R., Mecugni D., Tolentino Diaz M.Y., Marceca M., Finotto S.</i>	

Medicina e migrazioni: le prestazioni ambulatoriali di un presidio medico dedicato all'assistenza degli immigrati irregolari e/o clandestini	185
<i>Davì D., Affronti M.</i>	

Progetto START - Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale	186
<i>El-Hamad I., Capone S., Pelleri D., Vagni S., Lanza P., Alessandrini L., Simonini F., Pasini N., Merotta V., Amorosi A., Ranieri R., Castelli F.</i>	

Ricerca attiva della malattia tubercolare nella popolazione rom romena residente in un Centro di Emergenza Sociale nel Comune di Milano	187
<i>Grassi M., Jacchetti G., Giarolli T., Vezzoli A.</i>	

Pensare globale & agire locale: imparare dall'esperienza inglese per contrastare le disuguaglianze di salute anche nella popolazione straniera	188
<i>Sesti F., Mirisola C., Bell R., Costanzo G., Marceca M.</i>	

Medici col camper (CUAMM): servizio itinerante di assistenza sanitaria di base ai braccianti agricoli del foggiano	189
<i>Laforgia R., Raho L., Limosano V., Schiavone M., Marotta C., Volpe A., Zacchè I., Cavagna C., Cotugno S., Di Gennaro F., Putoto G.</i>	
Bisogni di salute mentale tra i pazienti di un ambulatorio medico all'interno di un Centro di Accoglienza per persone senza fissa dimora; pensare percorsi di cura multidisciplinari ed integrati con i servizi territoriali	190
<i>Maestrini M.C., Corsaro A., Civitelli G., Pettinicchio V., de Soccio P., Salvatori L.M., Bruno S., Marceca M., Damiani G., Geraci S.</i>	
Analisi dell'utilizzo del Pronto soccorso da parte della popolazione straniera in cinque grandi ospedali di Roma dal 1998 al 2015	191
<i>Migliara G., Di Paolo C., Mele A., Paglione L., Prencipe G.P., Salvatori L.M., Marceca M., Bertazzoni G., De Vito C.</i>	
Inappropriatezza, migrazioni e livello di istruzione: una prima valutazione sulle disuguaglianze in tre DEA di Roma	192
<i>Paglione L., Migliara G., Di Paolo C., Mele A., Prencipe G.P., Salvatori L.M., Bertazzoni G., Villari P., De Vito C., Marceca M.</i>	
La competenza culturale degli infermieri - Studio preliminare	193
<i>Tolentino Diaz M.Y., Barbato D., Marceca M.</i>	
Formare alla cura in un contesto transculturale: esperienze di "transformative learning" come strumento di contrasto alle disuguaglianze in salute	194
<i>Mutta I., Liddo M., Civitelli G., Castro Cedeno G., Geraci S.</i>	
Garantire il diritto alla salute e allo studio di persone in condizioni di estremo disagio: esperienze di collaborazione pubblico-privato sociale a Roma	195
<i>Buonomo E., Mancinelli S., Giampaolo R., Russo G., Zampa A., Gnolfo F.</i>	
Sviluppo di indicatori per la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione straniera a partire dagli accessi dei frequent users del pronto soccorso	196
<i>Raguzzoni R., Ubiali A., Martino A.</i>	
Stato socio-economico-culturale ed appropriatezza di accesso in Pronto Soccorso	197
<i>Vicenzi A., Codazzi C., Brignolo Ottolini B., Jacchetti G., Guzzetti S.</i>	

Salute dei minori

- Minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel sistema di prima accoglienza: rilevazione delle modalità e procedure di presa incarico e tutela della salute dei minori ospiti** 198
Diodati A., Luccini D., Del Gaudio R., Greco C., Visco G., Mirisola C., Costanzo G.
- Percorso di prima accoglienza sanitaria dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD): revisione di 12 anni di attività** 199
Brussi V., Gandolfi C., Gnesutta D., Mauro K., Pilutti G., Pischiutti A., Pitzalis G., Sammartano F.
- Politiche e strategie di offerta vaccinale ai migranti nei paesi dell'UE e EEA** 200
Marchetti G., Gambi C., Del Manso M., Ranghiasi A., Nacca G., Dente M.G., Marceca M., Adel Ali K., Declich S.
- La malnutrizione infantile nella regione del Dawro Konta (Etiopia). Un progetto di Infermieristica transculturale** 201
Albanese C., Camellini R., Simonazzi D., Mecugni D., Gradellini C.
- Equipe multidisciplinare per l'accertamento dell'età dei MSNA. L'esperienza di Agrigento in anticipo sulla legge Zampa** 202
Castellano S., Aprigliano A., Sciacca F., Cani A.
- Passaggi "pericolosi". Promozione della salute e prevenzione del rischio negli adolescenti stranieri. Alcune riflessioni cliniche a partire dall'esperienza di alcuni centri per minori** 203
Policicchio N.
- Indagine socio sanitaria sulla salute di un gruppo di MSNA a Torino** 204
Fossarello L., Mastrocola L., Prioglio D.
- Circoncisione rituale: diritto alla sicurezza** 205
Giorgis S., Mazzola E., Faccio L., Moroni M., Bardari F., Mondo L.

Salute dei rifugiati e dei richiedenti asilo

- L'accesso e il ricorso alle cure mediche da parte dei migranti: il caso dei migranti subsahariani in Algeria** 206
Maraviglia E.
- Disagio psicologico e disturbi psichiatrici nei richiedenti asilo e rifugiati** 207
Nosè M., Turrini G., Ostuzzi G., Purgato M., Barbui C.

Barriere all'accesso dei servizi sanitari per i rifugiati e chiedenti asilo nei paesi europei coinvolti dalla crisi del 2015	208
<i>Chiarenza A., Baatout S., Ciannameo A., Chiesa V., Douvrin M., Riboldi B., Verrept H.</i>	
Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di MGF o altre pratiche dannose	209
<i>Angelucci M.A., Dal Pra T., Demurtas S., Farina P., Mancini I., Scassellati Sforzolini G.</i>	
L'esperienza di Crinali e l'approccio transculturale all'interno del progetto FAMI "START: Laboratori di musica e danza per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale"	210
<i>Scolari M.G., De Padova S., Perez C., Cattaneo M.L., Sacchetti G.</i>	
Laboratorio didattico: in fuga dalla Siria	211
<i>Lusetti S., Pighini E., Gradellini C., Chiesi I., Camellini R., Mecugni D.</i>	
Percorsi integrati di accoglienza, cura e tutela dei migranti. Studio descrittivo del modello di presa in carico globale di richiedenti asilo vulnerabili presso l'ARNAS Civico di Palermo	212
<i>Vegna V., Geraci A.M., Lo Coco D., Di Pasquale A.</i>	
I bisogni di salute dei richiedenti asilo della provincia di Reggio Emilia: un'indagine retrospettiva	213
<i>Chiesi I., Febbraro G., Camellini R., Fornaciari R., Casoni C., Castagni I., Davoli A., Mecugni D.</i>	
Medical Booklet: un utile strumento per il migrante lungo tutto il percorso migratorio	214
<i>Testa J., Postiglione C., Ofogwu G., Marchese V., Santucci B., Monteiro G., Caregaro L., Rigoli G.</i>	
Approccio psicodinamico breve	215
<i>Fanali P.</i>	
Attività vaccinale e screening tubercolare nei migranti richiedenti asilo: collaborazione AUSL- Caritas nella città di Ferrara	216
<i>Florescu C., Cova M., Brosio F., Piccinni L., Zanotti C., Aresu S., Zimotti M., Cosenza G., Guerra S., Stefanati A.</i>	
Relazioni in salute: percorso di incontri con uomini richiedenti asilo e loro educatori per affettività e sessualità	217
<i>Fornaciari R., Gemmi M.C., Simonazzi D., Bonvicini F., Castagni I., Davoli A., Tagliavini L., Pignedoli M.C.</i>	

Mal di frontiera - Un'analisi delle condizioni di vita, dell'accesso alla salute e degli episodi di violenza tra i migranti in transito a Ventimiglia	218
<i>Mancini S., Spinelli S., Zamatto F., Argenziano S., Di Donna F., Laino E., Fabbri T.</i>	
Adozione delle Linee guida in materia di controlli sanitari all'arrivo per richiedenti asilo e rifugiati: rassegna sistematica della letteratura e proposte per un piano di implementazione locale	219
<i>Roveta S., Di Maria E.</i>	
Analisi antropologica e valutazione psicopatologica delle persone migranti cinesi in Italia richiedenti protezione internazionale per motivi religiosi	220
<i>Castaldo M., Aragona M., Schillirò C., Dal Secco A., Tumiatì T., Forese A., Agrò F., Tosi M., Mirisola C.</i>	
Riorganizzazione dei servizi di sorveglianza sindromica nella AUSL Toscana centro	221
<i>Bianchi J., Milani C., Fanini M., Sicuranza G., Baggiani L., Maciocco G.</i>	
Manuale operativo della Regione Marche "Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e dei lavoratori dei centri di accoglienza"	222
<i>Carletti P., Pagani S., Agostini M., Angelini C., Barboni A., Belfiglio A.R., Calvaresi V., Ciarrocchi G., De Santis M., Fratello E., Marcolini P., Migliozi F., Orazi N., Trovato M., Calcagni A.M.</i>	
Profilo socio-sanitario dei richiedenti asilo nell'ambito del Progetto START "Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale"	223
<i>El-Hamad I., Capone S., Vagni S., Pelleri D., Lanza P., Bruno V., Trapelli P., Lombardi L., Scolari C., Rossi S., Castelli F.</i>	
Le infezioni sessualmente trasmissibili nei richiedenti asilo: quanto persiste l'effetto migrante sano?	224
<i>Bonvicini F., Fornaciari R., D'Urzo R., Casoni C., Monici L., Greci M., Guidi L., Pinotti E., Wamba Donsop G.J., Posocco A., Jomiru A., Guatelli S., Ceinar N., Bagga R.</i>	
Il ruolo dell'odontoiatra nel team di sanitari nell'identificazione, presa in carico e riabilitazione delle vittime di tortura	225
<i>Di Caccamo P., Arru E.</i>	
Insedimenti informali nell'ASL Roma 2: supporto sociosanitario rivolto a persone in condizioni di fragilità. Un intervento di Medici Senza Frontiere (MSF), Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle Povertà (INMP) e ASL Roma 2	226
<i>Duranti S., Tarallini S., Farina G., Di Donna F., Baglio G., Napoli P., Zamatto F., Al Rousan A.</i>	

La salute dei migranti: salute percepita dai richiedenti asilo e rifugiati e salute riferita dagli operatori delle strutture di accoglienza	227
<i>Bertoncello C., Bellio S., Brunetta R., Dalmanzio M., Gallina R.</i>	
Conseguenze della nuova normativa sulla residenza per l'accesso alle cure del SSN dei cittadini stranieri nel territorio di Roma: criticità e soluzioni	228
<i>Munoz V., Maggi M.</i>	
Continuità assistenziale per richiedenti protezione internazionale in Emilia-Romagna: analisi e criticità dall'hub regionale ai territori. Dati preliminari	229
<i>Mammana L., Salvia C., Raguzzoni G., Parisotto M., GrIS Emilia-Romagna</i>	
Quando e perché chiudere la sorveglianza sindromica nei migranti?	230
<i>Declich S., Dente M.G., Ranghiasi A., Nacca G., Tosti M.E., Baglio G.</i>	
Fenomeni migratori e problemi sanitari: esperienza del CENTRO ASTALLI di Catania negli anni 2015-2017	231
<i>Alario A., Donzelli G., Santangelo C., Sciacca A., Sicurezza E., Zingales I., Iovino E.</i>	
Salute e tutela della vulnerabilità nel contesto del progetto Start-ER: una sperimentazione per l'integrazione della presa in carico sociale, sanitaria e psicologica nel Centro Mattei (Bologna)	232
<i>Parisotto M., Martelli M., Campalastri R., Comellini G., Ceka M., Gaddi P., Tsobeng P., Fejza E., Kana M., Dassi Dany S., Mammana L.</i>	
Diritto alla salute: la formazione con richiedenti asilo e operatrici/ori per l'empowerment e la co-costruzione di percorsi per l'autonomia	233
<i>Bettinzoli M., Bodini C., Cacciatore F., Ciannameo A., Gentilini V., Lorusso A., Maranini N., Parisotto M., Riccio M.</i>	
Health and Legal Literacy: quale relazione con la salute?	234
<i>Banzola S., Clemente G., Berghenti F., Ciusa F., Choroma F.</i>	
Controllo popolare nei Centri di accoglienza straordinaria (CAS) come strumento di sensibilizzazione e risoluzione delle problematiche sanitarie dei migranti	235
<i>Altavilla B., Mondin A., Patti S., Salzano A., Scilipoti M., Flora M., Formisani N., Romualdo M.</i>	
Missione Freedom Mountains – Assistenza sanitaria per chi cerca di attraversare le Alpi alla ricerca della libertà	236
<i>Pittana L., Chiale F., Franchi E., Pazè E., Torre F., Massara S., Martino C., Lamorte A., Cerri D., Rivolta L., Di Fine G., Frigerio S., Narcisi P.</i>	

L'esperienza del Biocontenimento per la gestione di casi acuti di patologie rilevanti fra i migranti sbarcati al porto di Catania – Dati 2016	237
<i>D'Agati P., Cuccia M., Giorgianni G., Platania A., Zappalà G., Rubino S., Marranzano M., Pintaudi S.</i>	
Migrazioni e salute: un progetto di formazione-intervento sull'assistenza sanitaria ai richiedenti protezione internazionale	238
<i>Mammana L., Adja Y., Canal V., Cosentino A., Grilli B., Miceli R., Quargnolo M., Fantini M.</i>	
Salute del lavoratore	
L'eredità dei padri... al lavoro!	239
<i>Pendezzini A.</i>	
Salute della donna	
Progetto Informazioni sanitarie per donne migranti	240
<i>Pittini L., Florio G., Scarpa A.</i>	
Analisi dei bisogni di salute nel Community Health Educator Model	241
<i>Borgioli G., Celmi R., Menozzi S., Marcucci M., Tizzi G.</i>	
L'esperienza delle IVG in donne straniere presso la Casa di Cura Candela	242
<i>Grassi S., Bevilacqua S., Catania W., Guli G., Gristina L., Pasta L.</i>	
Donne e storie di vita: l'importanza degli approcci di genere nei percorsi migratori	243
<i>Dentico N., Angelucci M.A., Colella A., De Filippis G., Falqui E., Fraudatario S., Guerzoni G., Guido G., Longo E., Sachy M., Valentini C., Beristáin C.M.</i>	
Accesso delle donne straniere per complicanze della gravidanza al Pronto Soccorso di 5 Ospedali Romani, 1999-2014	244
<i>Salvatori L.M., Migliara G., Di Paolo C., Mele A., Paglione L., Prencipe G.P., De Vito C., Marceca M.</i>	
Le storie e la salute delle donne migranti a Bologna: dal Centro di identificazione ed espulsione ai centri di accoglienza per richiedenti asilo	245
<i>Lesi G., Gramenzi A., Zucchelli L., Garavini C.M.</i>	
Caratteristiche della popolazione femminile straniera nella ASL ROMA 1	246
<i>Marceca M., Saccucci P.</i>	
L'attività ostetrica multietnica della Casa di Cura Candela di Palermo	247
<i>Bevilacqua S., Cinquegrani M., Nasta G., Quartararo F., Barraco G., Grassi S., Augello V., Piccinno G., Gristina L., Pasta L.</i>	

Salute in situazione di restrizione della libertà

- Mediazione culturale e promozione della salute per i detenuti stranieri** 248
Celmi R., Imberti E., Zaddach I.M.

Salute mentale

- L'esperienza di Crinali e l'approccio transculturale all'interno del progetto FAMI – START "Servizio sostegno psicologico transculturale a richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale"** 249
Cattaneo M.L., Conti E., Banis A., Gianformaggio M., Parravicini C.

- Cura dei disturbi mentali nei migranti sopravvissuti a tortura: l'esperienza del centro Psychè a Roma** 250
Barbieri A., Chiacchella G., Di Rienzo F., Russo V., Schepisi C., Visco-Comandini F.

- La presa in carico della vulnerabilità psico-sanitaria in contesto migratorio: l'esperienza Start-ER sul territorio di Ferrara** 251
Campalastri R., Zanini L., Parisi M.L.

- Vulnerabilità psico-sociale dei richiedenti asilo nell'ambito del progetto START: Servizi sociosanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale** 252
El-Hamad I., Bruno V., Simonini F., Trapelli P., Capone S., Lanza P., Vagni S., Pelleri D., Mosca L., Alessandrini L., Turrina C., Castelli F.

- Traduzione ed adattamento culturale in lingua araba del LiMEs (List of Migration Experiences)** 253
Aragona M., Camillo Da Silva E.T., Ait Souabni F., Boubker F., Mazzetti M., Geraci S.

- Per un migliore approccio psicologico** 254
Bartolucci M., Angeletti M., Greco G.

- La salute psichica dei migranti e il fenomeno degli sbarchi: un'analisi delle dimissioni ospedaliere da reparti psichiatrici in Italia (2008-2015)** 255
Baglio G., Salvatore M.A., Mazzetti M., Burgio A., Geraci S., Aragona M.

- Salute mentale nei soggetti richiedenti protezione internazionale: considerazioni a partire dall'esperienza di accoglienza e cura in Casa della Carità** 256
Lammoglia M., Landra S., Arduini L., Bianchi S., Geromini E.

- La vulnerabilità psicologica nei richiedenti asilo e rifugiati: una risposta di rete a Reggio Emilia** 257
Monici L., Bonvicini F., Greci M., Riboldi B., Fornaciari R., Trevia M., Bevolo P., Aicardi M., De Moraes L., Degl'Incerti Tocci N., Latrofa M., Tagliavini L., Mazzocchi A.

Salute Orale

Coordinamento Odontoiatria Sociale a Torino	258
<i>Cavallo L., Francone T., Zerosi C., Di Caccamo P.</i>	

Allegati

Raccomandazioni finali del XIV Congresso SIMM (2016)	259
IV Workshop Nazionale dei GrIS (2017)	
Gruppo di lavoro sul tema "Rapporto pubblico-privato sociale"	262
Gruppo di lavoro sul tema "Integrazione sociosanitaria nell'assistenza ai migranti, in particolare ai richiedenti protezione internazionale: dalle pratiche alle politiche"	264
Gruppo di lavoro sul tema "Advocacy"	266
Gruppo di lavoro sul tema "Minori stranieri non accompagnati"	268
Lettera alla FNOMCeO "Richiesta espressione di orientamenti professionali eticamente e scientificamente fondati per la determinazione dell'età dei MSNA" (2017)	269
Protocollo d'intesa SIMM - MSF (2017)	273
Lettera d'intenti tra SIMM e AIP	275
Statuto SIMM	277
Regolamento SIMM	283
Indice per autori	289
Indice per tematiche	294
La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni	295
La collana "Salute senza esclusione"	297

PRESENTAZIONE

Dinamiche di salute e migrazioni tra continuità e nuovi bisogni

Maurizio Marceca

Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

*Ad Alessandro Leogrande
(e agli altri uomini e donne impegnati per la dignità di tutti)*

Il XV Congresso Nazionale della SIMM è, ancora una volta, l'occasione di incontro e di confronto di tutte le persone che, a diverso titolo (ricercatori, professionisti, attivisti, volontari) si interessano delle diverse dimensioni della 'salute dei migranti' e si impegnano sul campo per promuoverne e difenderne la tutela.

Benvenute e benvenuti a tutti voi, socie e soci della SIMM e persone che per la prima volta si avvicinano ad un nostro Congresso!

Dopo il IV Workshop InterGrIS a Cividale del Friuli (Udine) del maggio 2017, ci ritroviamo a Catania ospitati, grazie alla cortesia dell'Università, nella prestigiosa sede del Monastero dei Benedettini, per approfondire, capire di più e cercare insieme risposte coerenti e praticabili.

Credo di poter rappresentare il sentimento comune nel dire che è stato per noi un anno difficile, con alcune peculiarità rispetto ai precedenti: purtroppo non sono mancate (e non mancano giornalmente) ulteriori tragedie del mare; purtroppo non è venuto meno – anzi sembra essersi ulteriormente rafforzato – l'atteggiamento di aperto rifiuto non solo dell'immigrazione come fenomeno, ma soprattutto delle persone e delle famiglie migranti, anche se in fuga da gravi pericoli per la loro vita. Tale atteggiamento, come ben sapete, è stato ed è coltivato artatamente e in modo demagogico in diversi paesi d'Europa (compreso il nostro) e talora (vedi il caso dell'Ungheria, della Polonia, dell'Austria, della Slovacchia e della Repubblica ceca) rappresentato al massimo livello istituzionale come esplicito rifiuto a far la propria parte nella cosiddetta 'relocation', cioè la redistribuzione europea dei richiedenti protezione internazionale.

Mi limito a ricordare due episodi che ritengo abbiano un forte significato simbolico: i tristi fatti di Macerata, che hanno visto un ragazzo (per psicolabile ed esaltato che fosse) decidere di uscire armato e mettersi a sparare a caso dalla propria automobile alla sola vista di persone dalla pelle scura; non è ovviamente il primo caso di razzismo violento,

Atti del XV Congresso Nazionale SIMM

ma per le sue caratteristiche (e per l'attualità che ne è seguita) credo debba far riflettere tutti noi sul pericolo di 'sdoganamento' di una volontà di annullamento fisico di chi, non conosciuto, viene vissuto come un nemico... con il conseguente rischio di polarizzazione del conflitto.

L'altra circostanza riguarda la mancata approvazione definitiva (in Senato) del cosiddetto 'lus soli temperato / lus culturae', un disegno di legge del tutto ragionevole che ci avrebbe permesso di ridare dignità, visibilità e rappresentanza civica a chi nel nostro Paese ha deciso di vivere sentendosi italiana/o a tutti gli effetti ed essendo desideroso di dare il proprio contributo. Si tratta, anche in questo caso, di un fatto grave, perché non sono stati sufficienti due anni di tempo (dall'approvazione nella Camera dei Deputati) per portare alla discussione politica pubblica un tema di così palese rilevanza. Evidentemente, si è ritenuto poco opportuno proporre all'attenzione pubblica, prima di nuove elezioni, una tematica, quella dei diritti di cittadinanza, che continua ad essere ritenuta 'scomoda'. La comunicazione pubblica sulla realtà del fenomeno migratorio - che ha visto assiduamente impegnate attraverso il proprio lavoro persone come Alessandro Leogrande, cui vogliamo dedicare queste brevi riflessioni - continua ad essere spesso distorta dai media e 'piegata' a logiche populistiche di 'costruzione del nemico': non può quindi stupire se una parte (temiamo attualmente crescente) della popolazione veda l'immigrazione più come una minaccia od un fardello economico per il nostro Paese¹ che come un'opportunità.

Fortunatamente, insieme a queste amarezze e delusioni, abbiamo anche salutato - e in diversi casi contribuito a costruire e realizzare - elementi di speranza e raccolto successi incoraggianti.

Desidero qui citare su tutti: 1) l'emanazione della L. 47/2017 (conosciuta come 'legge Zampa') sulla protezione dei minori stranieri non accompagnati (di cui parleremo nella sessione sulla salute dei minori), che ci pone all'avanguardia in Europa e nel mondo, anche se necessita - come tutte le norme - di un impegno applicativo importante; 2) la conferma, nei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), della tutela sanitaria per tutte le tipologie di immigrati, con particolare riferimento al riconoscimento del diritto al Pediatra di Libera Scelta (PLS) per i minori figli di stranieri privi di permesso di soggiorno (battaglia condotta dalla SIMM in stretta collaborazione con la SIP - Società Italiana di Pediatria); 3) la produzione di alcune Linee Guida che rappresentano un riferimento fondamentale per le Istituzioni, i servizi sociosanitari pubblici, le ONG ed il Terzo settore più in generale (di cui parleremo nell'ultima sessione del Congresso). Più specificatamente: nell'aprile 2017, la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale delle "*Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*" (documento predisposto da un Tavolo tecnico insediato presso il Ministero della Salute cui la SIMM ha fornito un particolare contributo); e, come primi prodotti della collaborazione tra SIMM, INMP e ISS, la presentazione e pubblicazione: nel luglio 2017, della Linea Guida "*I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*"²; pochi giorni fa, la presentazione e pubblicazione della Linea Guida "*Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia*". Tali rilevanti documenti richiedono ora uno sforzo di disseminazione e implementazione locale attraverso un'azione di adattamento agli specifici contesti.

Come vedete, la determinazione, la competenza e l'impegno, insieme alla possibilità di collaborare efficacemente con le Istituzioni, producono risultati importanti.

Tornando al nostro Congresso, vi invito a soffermarvi sul titolo che il Consiglio di Presidenza ha scelto per esso dopo un lungo dibattito: "DINAMICHE DI SALUTE E MIGRAZIONI TRA CONTINUITÀ E NUOVI BISOGNI". Nel definirlo, si è inteso dare un messaggio che orienti 'oltre l'emergenza'; in questi anni infatti, pur presentandosi come situazione critica che richiede risposte adeguate, l'emergenza ha finito per essere imposta quasi fosse l'unica dimensione della migrazione, finendo per trascurare gli oltre cinque milioni di stranieri che vivono e lavorano ordinariamente nel nostro Paese. Ecco perché, insieme alla necessaria 'continuità' dei processi già in corso, abbiamo voluto dare enfasi sulle 'dinamiche' che riguardano la salute dei migranti e sull'opportunità di cogliere i 'nuovi bisogni'.

Nel cercare di farlo in modo coerente, e volendo prevedere la sola Sessione plenaria (per consentire la massima partecipazione), abbiamo scelto - tra le tante opzioni possibili vista la caratteristica fortemente interdisciplinare della nostra Società scientifica - le tematiche delle diverse sessioni congressuali, consapevoli di rinunciare ad altri temi molto sentiti (che avevano già trovato spazio in precedenti Congressi).

Come potete constatare dal Programma del Congresso, è stato mantenuto il tradizionale approccio multidisciplinare, dando voce, nelle oltre 20 tra relazioni ed interventi preordinati, a diverse figure professionali (sociologi, giuristi, epidemiologi, clinici...).

L'adesione al Congresso è stata molto incoraggiante: abbiamo infatti ricevuto ben 138 abstract per comunicazioni e poster (con un aumento del 25% rispetto al Congresso di Torino del 2016).

E grazie ad un notevole sforzo editoriale siamo lieti di potervi distribuire direttamente, qui al Congresso di Catania, il volume degli Atti.

Il Congresso, un evento accreditato ECM, ci darà anche l'occasione di presentare due documenti che sono stati 'in lavorazione' per diverso tempo e che hanno già ricevuto la valutazione ed il contributo dei nostri gruppi territoriali (GrIS): il nostro (primo) Codice Etico e il documento sul rapporto 'Pubblico-Privato sociale', che affronta cioè il tema della sussidiarietà orizzontale.

Non mi resta, anche a nome dell'intero Consiglio di Presidenza e del Comitato scientifico della SIMM, che augurarvi di vivere con interesse e partecipazione questo evento e di avere una piacevole permanenza in questa bella città.

Note

¹ «Abbiamo calcolato che sin qui gli immigrati ci hanno regalato circa un punto di PIL di contributi sociali a fronte dei quali non sono state loro erogate delle pensioni» è l'affermazione del Presidente dell'Inps Tito Boeri riportata da Il Sole 24 ore del 20 luglio 2017.

² Di entrambe queste Linee Guida gli Atti del XIV Congresso Nazionale SIMM di Torino 2016 riportano, benché ancora in corso di elaborazione, un'ampia presentazione.

LA SIMM INFORMA

L'attività di formazione della SIMM: brevi considerazioni su un biennio di attività (2016-17)

Maria Laura Russo, Emma Pizzini, Betty Cescatti, Claudia Gandolfi, Cinzia Gradellini, Michele T. Lojudice, Marco Mazzetti, Alessandro Rinaldi, Graziella Sacchetti, Maurizio Marceca

La SIMM è giunta al suo sesto anno di attività come *Provider* ECM, e nel corso di questi anni all'interno della società si è progressivamente diffusa la tendenza a passare da una logica di 'servizio formazione' a una logica di 'sistema della formazione'. Tale tendenza ha portato a ragionare in una prospettiva di cultura della formazione, allontanandosi quindi da un'immagine della formazione come deposito di informazioni e proponendone una prevalentemente esperienziale.

La SIMM come provider ECM e la costruzione partecipata del Piano Formativo

La SIMM ha fatto richiesta di accreditamento nel gennaio 2011 e ha visto riconosciuta la sua funzione come *provider* provvisorio nel dicembre 2012, dal 2013 ha iniziato operativamente a svolgere la sua funzione e, dopo un impegnativo ed articolato *iter* di attestazione dei requisiti minimi richiesti, le è stato riconosciuto il ruolo di *provider* standard nell'ottobre 2017.

Assumere il ruolo di *Provider* ECM ha comportato e comporta a tutt'oggi, la continua necessità di superare la logica di governo del singolo evento per abbracciare quella di un progetto formativo riconoscibile attraverso un 'Piano formativo' annuale comprensivo di diversi eventi, da valutare e rendicontare.

Ogni singolo anno, il Piano Formativo della SIMM è stato formulato secondo le proposte pervenute da parte dei soci e valutate dal Comitato Tecnico per la Formazione (CTF) - la cui stesura definitiva è avvenuta nei mesi di dicembre - gennaio, nel rispetto delle scadenze indicate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua per l'inserimento degli eventi.

Il CTF ha espresso una propria valutazione sulle proposte e sulle richieste formative provenienti dai diversi soci o enti/associazioni per valutare la pertinenza e la congruità dei contenuti e delle metodologie didattiche proposte rispetto ai bisogni formativi rilevati e ai parametri di riferimento espliciti proposti nelle linee d'indirizzo della SIMM in tema di formazione. Durante la fase di progettazione del PnF per ogni singolo evento formativo proposto è stata richiesta la descrizione coerente dei seguenti elementi: bisogni e finalità, destinatari potenziali e reali, obiettivi dell'intervento (formativi e didattici), con-

tenuti, metodologie di conduzione, metodologie di valutazione, ruoli e funzioni degli attori coinvolti, fasi di svolgimento, tempi e loro articolazione, aspetti organizzativi e logistici, preventivi economici, modalità di diffusione e promozione.

Accanto a ciò, il CTF ha condiviso una serie di criteri o elementi guida a partire dai quali si sarebbero dovute costruire le singole attività formative. Queste sono:

- rendere coerenti gli obiettivi formativi individuati con quelli definiti nei programmi nazionali;
- sostenere l'interdisciplinarietà e l'interprofessionalità;
- diffondere metodologie educative appropriate per la formazione dell'adulto;
- valorizzare strategie e metodologie formative di dimostrata efficacia;
- sostenere la crescita di *sistema* della formazione, favorendo le occasioni di scambio di esperienze e confronto tra i professionisti;
- sostenere e monitorare le azioni che implicano innovazione e cambiamento organizzativo.

L'approccio formativo scelto dalla SIMM

Per i bisogni formativi che maggiormente intercetta la SIMM, il principale riferimento è il processo che viene indicato come 'apprendimento complesso'. Secondo questo approccio l'apprendimento non avviene tramite un'aggiunta di nuovi elementi, ma piuttosto attraverso una modifica dei precedenti campi cognitivi dei soggetti coinvolti nella formazione

Proprio a partire da queste consapevolezza, si è chiesto ai proponenti – nella fase d'ideazione – di tener conto di una serie di 'requisiti minimi'. In particolare, il CTF ha suggerito di: utilizzare, lì dove possibile, la metodologia dei piccoli gruppi (*small group learning*); coinvolgere i partecipanti nel trovare soluzioni a problemi clinico-assistenziali, possibilmente da loro stessi formulati (*problem-based learning*); garantire un elevato livello d'interazione tra docenti e discenti, limitando il numero di partecipanti.

Questo perché, il CTF considera, gli eventi formativi che compongono i piani formativi come momento privilegiato di ascolto delle dinamiche delle organizzazioni, dei climi e dei saperi. Ascolto che, a nostro avviso, può diventare strumento per una trasformazione dei saperi individuali in conoscenze collettive e sempre più strumento d'integrazione multi- e interprofessionale.

In linea con quanto proposto da Choi BC e Pak AW, la SIMM ha promosso una formazione multiprofessionale e multidisciplinare con il fine di promuovere un sistema di collaborazione, caratterizzato dalla partecipazione di varie figure, in un sistema coordinato d'interventi in cui vi sono titolarità e responsabilità differenziate. Per tale ragione, iniziative formative sono state rivolte a tutti i possibili attori coinvolti nel percorso di vita e di assistenza del paziente straniero (figure amministrative, con particolare riferimento agli operatori addetti all'orientamento ai servizi e al *front-office*; personale di assistenza socio-sanitaria: infermieri e assistenti sanitari, ostetriche, medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, mediatori linguistico - culturali, volontari...), integrandole con i programmi di attività professionali e interprofessionali dei diversi operatori coinvolti.

La programmazione formativa ha inteso stimolare i percorsi che, attraverso l'utilizzo di metodologie didattiche finalizzate a sviluppare una coscienza critica, hanno affrontato tematiche legate con i diversi ambiti di competenza professionale, con i fenomeni

migratori e le strategie di approccio assistenziale interculturale, col fine di orientare i partecipanti al lavoro in *equipe* multidisciplinari e multiprofessionali.

Fondamentale in questo processo, è stato il ruolo svolto dai Gruppi Immigrazione e Salute – GrIS sia perché sono stati attivi nella programmazione e realizzazione locale degli eventi formativi, sia perché molti dei referenti scientifici degli eventi erano essi stessi referenti o membri dei GrIS.

Il coinvolgimento dei gruppi territoriali ha permesso di abbattere i costi in fase di realizzazione degli eventi. Quest'ultimo punto è fondamentale in quanto la SIMM cerca di favorire al massimo l'informazione e l'accessibilità alle iniziative formative, in particolare contenendo gli eventuali costi d'iscrizione.

In particolare, è risultato strategico valorizzare le esperienze locali e il confronto tra i partecipanti, ciò ha comportato di prevedere, nella predisposizione dei programmi, spazi effettivi per gli interventi e le interazioni tra e con i partecipanti; inoltre, come già in fase di programmazione, si è avuta attenzione a mantenere contenuto il numero dei partecipanti, in modo da rendere effettivamente possibile il coinvolgimento diretto di ciascuno, attraverso interventi e testimonianze e in modo da agevolare la conduzione di lavori di gruppo/esercitazioni.

Infine, in relazione all'impianto valutativo della costruzione e realizzazione del PnF, a prescindere dall'obbligo previsto dall'ECM e, quindi, anche nel proporre iniziative formative prive di accreditamento, il CTF ha riconosciuto lo specifico valore della dimensione della valutazione, sia di apprendimento (per la quale si è consigliato di registrare le conoscenze e attitudini iniziali e finali dei partecipanti attraverso strumenti semplici e affidabili), sia di gradimento da parte degli stessi partecipanti, mettendoli nelle condizioni di esercitare liberamente il proprio spirito critico e di formulare i propri suggerimenti per le eventuali future iniziative. Per rafforzare il ciclo della valutazione, il CTF si è impegnato nell'elaborazione di una griglia di valutazione del processo di progettazione e realizzazione dei singoli eventi da utilizzare in modo diffuso e come riferimento principale per la programmazione futura.

Nello specifico, per il biennio **2016-2017**, i Piani Formativi della SIMM, hanno previsto un totale di 25 eventi, 14 nel 2016 ed 11 nel 2017, tutti di tipo 'residenziale', con il coinvolgimento previsto di 1.150 partecipanti (750 nel 2016 e 400 nel 2017), per una durata complessiva di 372 ore. La distribuzione geografica degli eventi proposti, nel biennio 2016-2017, secondo le sedi regionali previste, è stata la seguente: 10 nel Lazio, 4 in Sicilia, 2 in Friuli Venezia Giulia, 2 nelle Marche, 2 nella Provincia Autonoma di Trento, 1 in Toscana, 1 in Liguria, 1 in Piemonte, 1 in Emilia Romagna e 1 in Calabria.

Dopo l'inserimento iniziale, i Piani formativi sono stati ridimensionati, per difficoltà di varia natura evidenziate da alcuni dei proponenti, a 15 eventi complessivi 'definitivi', 8 per il 2016 e 7 per il 2017.

Pertanto, considerando nel loro insieme i 15 eventi effettivamente realizzati nel biennio, il totale dei professionisti raggiunti (giacché partecipanti a tutti gli effetti) è stato di 778 persone sul massimo di 820 previste, 472 discenti effettivamente partecipanti nel 2016 e 306 nel 2017, con 192 ore di durata effettiva di formazione: di questa, circa il 29,6% è inquadabile come 'attività formativa interattiva'.

La tipologia di formazione svolta è stata quella 'residenziale' per tutti gli eventi realizzati. La distribuzione regionale degli eventi è stata la seguente: 2 in Friuli Venezia Giulia, 2 nelle Marche, 3 nella provincia Autonoma di Trento, 1 in Toscana, 1 in Liguria, 1 in Piemonte, 1 in Sicilia e 4 nel Lazio.

Infine, il piano formativo del **2018** prevede 15 eventi formativi e per la prima volta è stato formulato interamente dal CTF, che ha – sostanzialmente – tenuto conto delle linee di progetto che vedono coinvolta la SIMM a vario titolo e che includono al loro interno azioni specifiche riguardanti la formazione dei professionisti della salute. Il PnF prevede un totale di 15 eventi, tutti di tipo 'residenziale', con il coinvolgimento massimo previsto di 745 partecipanti e per una durata complessiva di 286 ore.

Va anche aggiunto, come elemento positivo, la 'reingegnerizzazione' del sito della SIMM che ha facilitato la gestione delle attività di formazione arricchendola anche di un'area dedicata.

La progettazione e il coordinamento negli anni 2016-2017 conferma quindi quanto emerso nel corso degli anni precedenti, il riconoscimento delle attività formative all'interno del sistema ECM può risultare oneroso, non tanto da un punto economico quanto nel tempo dedicato a livello centrale e periferico alla gestione delle diverse fasi procedurali.

L'attenzione agli aspetti procedurali non ha, comunque, generato e non dovrà produrre una cultura burocratica dell'"adempimento" ma deve essere inserita nel comune obiettivo di "fare bene le cose giuste" anche nell'ambito della formazione.

In conclusione, da quanto riportato si rileva una complessiva crescita quantitativa e qualitativa della SIMM lungo il percorso intrapreso nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina e, più in generale, della formazione.

Infatti, come rappresentato:

- il numero delle iniziative, dei professionisti raggiunti e dei crediti riconosciuti agli eventi e quindi ai partecipanti, sono rilevanti e consolidati;
- la distribuzione degli eventi sul territorio sembra mostrare una tendenza positiva ad un numero progressivamente maggiore di regioni interessate;
- i GrIS sembrano essere progressivamente sempre più coinvolti nella dimensione della formazione (anche come gestori diretti); le valutazioni espresse circa la qualità complessiva degli eventi sono particolarmente incoraggianti;
- le verifiche di bilancio eseguite mostrano una complessiva capacità di autofinanziamento delle attività intraprese.
- le attività e le competenze in ambito della formazione degli adulti della SIMM, sono sempre più al centro delle relazioni con altri soggetti attivi nell'ambito della tutela della salute dei migranti.

Riferimenti Bibliografici

- Choi BC, Pak AW., *Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness.* Clin Invest Med. 2006 Dec; 29(6):351-64.
- Choi BC, Pak AW., *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement.* Clin Invest Med. 2007; 30(6):E224-32.
- Choi BC, Pak AW., *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline.* Clin Invest Med. 2008;31(1):E41-8.
- Pizzini E., Russo M.L., *Spunti e riflessioni per la formazione dei professionisti come strategia per la promozione e la tutela della salute dei migranti.* Sistema Salute, Vol. 6, N.3, luglio-settembre 2017, pp 139 - 152 (Cultura e Salute Editore Perugia)
- Cortese A, *Appunti sulla formazione dei formatori. L'esperienza e i pensieri di un educatore degli adulti,* Roma, Edizioni Lavoro, 2007.
- Freire P, *La pedagogia degli oppressi,* Torino, EGA, 2002.
- Quaranta I, Ricca M, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale,* Milano, Raffaello Cortina Ed, 2012.

Piano Formativo 2016

Titolo del corso	Tipo Formazione	Regione	Città
La tutela della salute dei migranti in un'ottica di sanità pubblica e solidarietà sociale	RES	FVG	Pordenone (Pn)
XIV congresso nazionale SIMM persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute	RES	Piemonte	Torino (To)
Corso di aggiornamento e informazione sugli aspetti socio-assistenziali della medicina delle migrazioni	RES	Sicilia	Palermo (Pa)
Diseguaglianza nelle diseguaglianze. La donna profuga emigrante: aspetti medici, sociali e psicologici	RES	Marche	Senigallia (An)
Infanzia e adolescenza transculturali	RES	PA di Trento	Trento (Tn)
La salute psicofisica del migrante e del caregiver: percorsi di migrazione e percorsi di cura	RES	Liguria	Genova (Ge)
Minori stranieri non accompagnati: modelli di risposta integrata socio-sanitaria	RES	Toscana	Firenze (Fi)
Salute e migrazione: linee guida per la programmazione sanitaria e la promozione delle buone prassi	RES	Lazio	Roma (Rm)

Piano Formativo 2017

Titolo del corso	Tipo Formazione	Regione	Città
XXV edizione corso base di medicina delle migrazioni	RES	Lazio	Roma
"Bambini e adolescenti profughi e migranti" salute, dignità, protezione ed inserimento sociale	RES	Marche	Senigallia
Fare formazione: la cassetta degli attrezzi dei professionisti della salute culturalmente competente	RES	Lazio	Roma
La costruzione di una comunità di pratica per promuovere e custodire la salute dei migranti	RES	Lazio	Roma
Linee guida per l'identificazione e il trattamento delle vittime di violenza intenzionale	RES	Lazio	Roma
Promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento sui temi della salute materno-infantile per le popolazioni migranti	RES	Sicilia	Palermo
Un servizio sanitario multiculturale: dalla teoria alle buone pratiche	RES	Lazio	Roma
Articolo trentadue: individuo, collettività, diritti. la salute della persona immigrata	RES	Emilia-Romagna	Reggio nell'Emilia
Corso base sulla salute dei migranti forzati	RES	PA di Trento	Trento
Linee guida per la programmazione sanitaria e la promozione delle buone prassi	RES	Lazio	Roma
Richiedere protezione internazionale in Friuli Venezia Giulia: accoglienza, salute ed integrazione	RES	Friuli V.G.	Udine

Piano Formativo 2018

Titolo del corso	Tipo Formazione	Regione	Città
XXVII edizione corso base di medicina delle migrazioni	RES	Lazio	Roma
"Il fenomeno migratorio: salute globale, aspetti normativi e cura dei gruppi vulnerabili"	RES	Lazio	Roma
Salute globale e migrazioni Executive Master: "La salute degli immigrati: tutele e aree critiche"	RES	Lazio	Roma
Salute globale e migrazioni Executive Master: "I principi della salute globale, determinanti sociali e disuguaglianze"	RES	Lazio	Roma
Dinamiche di Salute e Migrazione: tra continuità e nuovi bisogni	RES	Sicilia	Catania
Assistenza sociosanitaria e servizi territoriali in un'ottica di equità: la realtà di Roma	RES	Lazio	Roma
Assistenza sociosanitaria e servizi territoriali in un'ottica di equità: la realtà di Napoli	RES	Campania	Napoli
Assistenza sociosanitaria e servizi territoriali in un'ottica di equità: la realtà di Milano	RES	Lombardia	Milano
Corso base: Linee Guida Vittime di Violenza Intenzionale	RES	Lazio	Roma
Linee guida vittime di violenza intenzionale: gli aspetti tecnici	RES	Lazio	Roma
MIG-H Migrazione e salute: la salute mentale	RES	Lazio	Roma
MIG-H Migrazione e salute: le malattie infettive	RES	Sicilia	Palermo

segue

Piano Formativo 2018 – segue

Titolo del corso	Tipo Formazione	Regione	Città
Dalle Linee guida nazionali sull'assistenza ai migranti alla definizione dei processi e delle responsabilità regionali	RES	Piemonte	Torino
Costruire comunità di pratica per l'implementazione delle Linee Guida sull'Assistenza Sanitaria ai Migranti	RES	Lazio	Roma
Individuare percorsi, condividere responsabilità: le linee guida sull'assistenza sanitaria ai migranti nei territori	RES	Campania	Napoli

Il programma nazionale Linee Guida Salute Migranti

Comitato scientifico: Giovanni Baglio (INMP), Antonio Fortino (INMP), Salvatore Geraci (SIMM), Maurizio Marceca (SIMM), Maria Elena Tosti (ISS), Stefano Vella (ISS)

Hanno collaborato:

Rosario Ascitto, Giulia Barbarossa, Laura Carletti, Eugenia Di Meco, Anteo Di Napoli, Erica Eugeni, Alessandra Diodati, Rosalia Marrone, Giorgia Mazzarini, Maria Chiara Pajno, Esmeralda Tyli per l'INMP; Gabriella Badoni, Franca D'Angelo, Maurella Della Seta, Paola D'Errigo, Loredana Falzano, Luigina Ferrigno, Scilla Pizzarelli, Ornella Punzo per l'ISS; Pasquale De Soccio, Emilia De Vita, Lorenzo Paglione, Adolfo Marco Perrotta, Erica Pitini, Annalisa Rosso, Livia Maria Salvatori, Paolo Villari per il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive – Sapienza Università di Roma.

Documenti:

I controlli alla frontiera / La frontiera dei controlli
Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia

Il "Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti" è frutto di una collaborazione tra l'Istituto nazionale Salute, Migrazioni e Povertà (INMP), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Nel Programma sono stati coinvolti anche i referenti regionali della Rete nazionale INMP, che fungono da intermediari rispetto ai decisori impegnati a livello locale nelle scelte di programmazione sanitaria, e i GrIS che promuovono la disseminazione dei documenti prodotti e la diffusione delle buone pratiche presso i professionisti sanitari dei rispettivi contesti di attività.

In accordo con le indicazioni emerse nell'ambito della consultazione pubblica per la definizione del *priority setting*, la prima linea guida sviluppata ha riguardato i controlli sanitari all'arrivo e i percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza.

Il documento nasce come strumento operativo per le organizzazioni e i professionisti sociosanitari che quotidianamente si impegnano nell'assistenza dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale; e affronta il tema degli accertamenti sanitari da effettuare in fase di soccorso e prima assistenza, e nelle diverse fasi del percorso di accoglienza. Infatti, la marcata eterogeneità osservata in questo ambito nei diversi contesti regionali e locali ha reso necessario formulare indicazioni chiare e univoche, a partire dalle evidenze disponibili nella letteratura scientifica nazionale e internazionale.

La Linea Guida ha tre principali obiettivi: promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa, all'interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci; evitare sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti; ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da ingiustificati allarmismi. Più in generale, la sua finalità è quella di promuovere modalità assistenziali per questa fascia di popolazione particolarmente vulnerabile, improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità.

All'elaborazione del documento ha lavorato un gruppo tecnico composto da professionisti delle istituzioni coinvolte; e un panel multidisciplinare e multiprofessionale di esperti, scelti in rappresentanza delle principali società scientifiche interessate al tema e di organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali. Inoltre, in ragione della particolare rilevanza assunta dal tema dei controlli sanitari e dell'opportunità di condividere le linee generali di policy tra le diverse istituzioni nazionali e regionali coinvolte nell'accoglienza ai migranti, è stato costituito un *policy panel* cui è stato affidato il compito di accompagnare il percorso di elaborazione della linea guida, attraverso una valutazione critica del documento nelle diverse fasi del suo sviluppo, e di condividere, a stesura ultimata, strategie e modalità implementative.

Sono state prese in considerazione le principali malattie infettive e diffuse (tubercolosi, malaria, epatite B e C, HIV, parassitosi, infezioni sessualmente trasmissibili) e alcune patologie cronico-degenerative (diabete, anemie, ipertensione, carcinoma cervice uterina) la cui diagnosi precoce si associa a una riduzione degli esiti negativi per la salute e dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state anche considerate alcune condizioni di particolare fragilità, come la gravidanza, che prevedono percorsi di accoglienza differenziati.

Il documento non ha affrontato il tema della salute mentale dei migranti, che è stato oggetto di una recente trattazione da parte del Ministero della Salute.

Per la realizzazione della Linea Guida è stata seguita una metodologia rigorosamente *evidence-based*, che ha previsto una ricognizione sistematica della letteratura biomedica sui temi individuati. In totale, sono stati reperiti e valutati criticamente 1.059 documenti e formulate 50 raccomandazioni in riferimento alle strategie da adottare per l'identificazione precoce dei bisogni di salute dei migranti.

Prima della pubblicazione, il documento è stato reso disponibile ai fini della revisione pubblica, sul sito dell'INMP, per circa tre settimane. Obiettivo di tale forma di consultazione è stato quello di rendere possibile un confronto trasparente, partecipato e costruttivo tra gli stakeholder e gli operatori sociosanitari, e favorire la costruzione del consenso intorno alle raccomandazioni elaborate, in vista della loro futura implementazione.

Il documento, infine, è stato inviato a *referee* esterni (uno pneumologo, un epidemiologo, un igienista e un bioeticista), con il mandato esplicito di valutare la leggibilità e la chiarezza del testo, nonché la rilevanza e l'applicabilità delle raccomandazioni formulate.

Queste ultime sono state contestualizzate all'interno delle diverse fasi che attualmente caratterizzano il percorso di accoglienza dei migranti sul territorio italiano, secondo un approccio che tiene conto delle priorità assistenziali per l'individuo e per la sanità pubblica, e delle opportunità offerte dal contesto (spazi, mezzi disponibili e tempi di permanenza dei migranti); e comunque in una prospettiva di continuità assistenziale, che va dalla valutazione iniziale in fase di soccorso, alla visita medica completa in fase di prima accoglienza, fino alla presa in carico vera e propria in fase di seconda accoglienza. Nello specifico, le raccomandazioni sono volte tanto alla rilevazione di segni e sintomi suggestivi delle specifiche condizioni morbose, quanto all'identificazione dei soggetti asintomatici da sottoporre a *screening*, sulla base di specifici criteri epidemiologici e/o di esposizione a fattori di rischio. Indipendentemente dalle procedure e dai test utilizzati, viene sottolineata la necessità di porre attenzione alla dimensione linguistica e socio-relazionale nei diversi *setting* di intervento, attraverso l'adattamento dei contenuti e della forma

dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento delle persone. Infine, si enfatizza la necessità che il personale sociosanitario sia adeguatamente formato all'approccio interculturale e riceva supporto psicologico nella gestione di situazioni che possono rivelarsi emotivamente stressanti.

Nel mese di marzo 2017, inoltre, con la prima riunione del Panel di esperti, è stata avviata la realizzazione della seconda linea guida, relativa al contrasto della tubercolosi tra gli immigrati, in Italia. Per l'elaborazione del documento è stata considerata come riferimento la *consensus conference* italiana "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi – Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata", realizzata nel 2008 e recepita dal Ministero della Salute nel 2010.

La popolazione target di questa seconda linea guida è rappresentata dagli immigrati presenti sul territorio nazionale, in quanto soggetti particolarmente vulnerabili. Sono esclusi da tale popolazione gli stranieri richiedenti protezione internazionale ospiti nei centri di accoglienza, già considerati nella prima linea guida. Sono stati considerati i seguenti ambiti tematici: l'accessibilità dei servizi sanitari, l'identificazione precoce della malattia tubercolare e dell'infezione latente, l'aderenza al trattamento e la vaccinazione antitubercolare nei minori immigrati. Per quanto riguarda la metodologia, ivi compresa la revisione aperta mediante consultazione pubblica, è stato seguito il medesimo approccio *evidence-based* già sperimentato per il documento relativo ai controlli sanitari. Complessivamente sono stati considerati 942 documenti, per un totale di 25 raccomandazioni graduate.

Entrambi i documenti sono stati presentati in occasione di un convegno tenutosi a Roma presso la sede dell'INMP, in data 12 aprile c.a., e sono attualmente disponibili sui siti delle istituzioni proponenti.

Codice Etico della SIMM

Proposto all'Assemblea SIMM del 19 aprile 2018

Documento predisposto dal Consiglio di Presidenza della SIMM, che si è avvalso dei contributi dei GrIS, per essere poi sottoposto all'approvazione dell'Assemblea dei Soci.

Marco Mazzetti, Chiara Bodini, Manila Bonciani, Emilio Di Maria, Emanuela Forcella, Luisa Mondo, Alessandro Rinaldi, Maria Laura Russo, Maurizio Marceca

Preambolo

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni ha deciso di dotarsi del seguente codice per offrire alle socie e ai soci e alle unità territoriali (GrIS) una guida ad agire in modo etico e per indirizzare l'azione complessiva della Società. Il codice, inoltre, ha anche la funzione di fornire all'esterno informazioni sul comportamento che ci si deve attendere dalle socie e dai soci della SIMM.

Nel redigere questo codice etico, la SIMM fa riferimento, in primo luogo, al proprio Statuto, e in particolare all'*articolo 2*, nel quale pone a fondamento del proprio operato i seguenti principi:

- *la difesa incondizionata della dignità umana;*
- *l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali e da differenti stati giuridici, amministrativi, economici e sociali;*
- *la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia;*
- *la tutela della salute come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività;*
- *la propria natura di associazione laica e aconfessionale, estranea a logiche di appartenenza partitica o settaria;*
- *il diritto-dovere di partecipazione ai processi decisionali che riguardano il bene comune e l'interesse generale;*
- *il vincolo della trasparenza nei rapporti con altri soggetti pubblici e privati.*

Fa inoltre riferimento ad alcuni principi fondamentali che devono guidare l'azione dei cittadini e delle cittadine italiani e di chi esercita professioni sanitarie. Questi principi fondamentali sono desunti:

1. Dalla Costituzione della Repubblica Italiana, in particolare (ma non limitatamente a questi) dagli articoli 2 (*"la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo"*), 3 (*"Tutti... hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"*), ed *"è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che (...) impediscono il pieno sviluppo della persona umana"*), 10 (*"Lo straniero,*

al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repubblica") e 32 ("La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti").

2. Dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, in particolare (ma non limitatamente a questi) dagli articoli 1 (*"Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza"*), 2 (*"A ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione. Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico o internazionale del paese o del territorio cui una persona appartiene, sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi limitazione di sovranità"*), 14 (*"Ogni individuo ha il diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni"*), 25 (*"Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale"*).
3. Dai Codici di Deontologia dei Medici, delle Ostetriche, degli Infermieri, degli Assistenti sociali e degli Psicologi.

Il presente codice distingue i comportamenti etici che debbono essere tenuti dalle socie e dai soci nei confronti delle persone assistite, delle scienze sanitarie, dei colleghi e delle colleghe della SIMM e dell'ambiente sociale nel suo complesso, basandosi sui principi classici della bioetica del minimo morale (non maleficità e giustizia) e del massimo morale (beneficenza e promozione dell'autonomia). Agli stessi comportamenti etici sono tenuti ad attenersi i partecipanti alle unità territoriali della SIMM (GrIS), anche se non iscritti alla Società.

La SIMM è consapevole che a volte alcuni principi enunciati nel presente codice possono essere in conflitto tra loro: l'ordine con cui sono elencati indica una generica gerarchia tra di essi, che dovrà però, in caso di conflitto, essere verificata caso per caso.

Il presente codice etico è frutto di un processo partecipato, che ha previsto la sua discussione all'interno delle unità territoriali della SIMM e in modo pubblico con tutti le socie e i soci.

L'applicazione del presente codice è demandato a uno specifico regolamento che definisce le procedure in caso di trasgressione, secondo quanto previsto dall'articolo 3 del Regolamento, e dall'articolo 6 dello Statuto.

Doveri verso le persone

Le socie, i soci e la SIMM

1. Perseguono come loro massimo compito il bene delle persone a vario titolo assistite, evitando di fare il male (non maleficità: *primum non nocere*) e impegnandosi a fare il bene (beneficità).
2. Si comportano in modo equo e leale verso le persone, senza discriminazioni di alcun genere, secondo il principio di massima giustizia.
3. Si impegnano alla fedeltà nel prendersi cura delle persone, onorando gli impegni che si assumono ed essendo disponibili per eventuali interventi successivi.
4. Promuovono l'autonomia delle persone in modo che le loro scelte e la loro adesione alle cure o ad altri interventi in cui a vario titolo sono coinvolte avvenga in modo informato e consapevole.

Doveri verso le scienze

Le socie e i soci della SIMM

5. Si impegnano a seguire le migliori pratiche riconosciute dalle scienze sanitarie per quanto riguarda prevenzione, diagnosi, cura e ogni altra applicazione delle stesse.
6. Si impegnano a un costante aggiornamento delle proprie conoscenze.
7. Si impegnano alla lealtà scientifica e professionale in caso di certificazioni, perizie o altre dichiarazioni pubbliche o riservate.
8. Non accettano, così come la SIMM nel suo complesso, pressioni o influenze di alcun tipo (sociali, politiche, economiche o altro) che ne possano limitare la libertà nell'applicazione delle migliori pratiche, ed evitano situazioni che possano configurare conflitti d'interesse in questo senso.
9. Promuovono la ricerca nell'ambito della salute dei migranti e di altri settori scientifici eventualmente collegati, e si impegnano alla correttezza metodologica nell'esecuzione.
10. Così come la Società nel suo complesso, condividono liberamente e generosamente le proprie conoscenze, e promuovono la formazione scientifica sulla salute dei migranti e in altri settori scientifici eventualmente collegati.

Doveri verso i colleghi e la SIMM

Le socie e i soci della SIMM

11. Si comportano tra loro, con le altre colleghe e gli altri colleghi, e con la Società nel suo complesso con rispetto e lealtà, riconoscendo e onorando la dignità e la professionalità di ciascuno.
12. Si impegnano alla reciproca cooperazione e al mutuo aiuto.
13. Sono consapevoli che l'azione delle singole e dei singoli, in quanto socie e soci della SIMM e in specie se ne rivestono un ruolo ufficiale, è finalizzata alla realizzazione degli obiettivi statutari e alla buona reputazione della società, e non a ricavarne vantaggi personali.
14. Quando siano appartenenti ad altre realtà istituzionali e del terzo settore, nei GrIS, si impegnano in uno stile di "relazione alla pari" con le altre realtà incontrate, non in base all'appartenenza originaria (seguendo un principio di cessione di sovranità che eviti conflitti di interesse) ma al comune impegno nella SIMM, condividendo lealmente esperienze e competenze.

Doveri verso l'ambiente sociale

La SIMM, le sue socie e i suoi soci

15. Considera parte dei propri doveri etici un impegno politico informato, consapevole e finalizzato alla realizzazione dei propri compiti statutari, a qualsiasi livello sia esercitato.
16. Promuovono il rispetto dei diritti umani e socio-sanitari nelle varie forme in cui questo possa avvenire all'interno delle società in cui operano.
17. Si comportano rispettando lealmente le leggi dei paesi in cui operano, fermo restando il principio superiore del rispetto dei diritti umani.
18. Si impegnano a comportamenti socialmente virtuosi, che promuovano il bene collettivo.
19. Rispettano e promuovono un ambiente salubre per le presenti e le future generazioni.

Documento d'indirizzo: il Gruppo di coordinamento GrIS. Promuovere, collegare, coordinare

Maria Chiara Boninsegna, Salvatore Geraci, Luciano Gualdieri, Guglielmo Pitzalis

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

Dal Regolamento interno della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni approvato l'11 maggio 2017

Mandato

La grande variabilità territoriale nella dimensione del fenomeno migratorio, nelle politiche sanitarie locali, nell'organizzazione delle risposte, nella sensibilità e nella partecipazione istituzionale, nelle espressioni della società civile e dell'associazionismo ha fatto nascere e crescere i vari GrIS con esperienze e articolazioni diverse e plurali. Per fare sintesi di queste preziose molteplici realtà e per mantenere una coerenza interna al sistema, per attivare una responsabilità condivisa all'interno dei singoli GrIS, tra i GrIS e tra GrIS e le varie articolazioni nazionali della SIMM (di seguito "SIMM"), si è costituito il Gruppo di coordinamento (GdC) GrIS che affianca il Coordinatore Nazionale nel compito di **promuovere, collegare e coordinare** le varie realtà territoriali della SIMM.

Il GdC:

- stimola e accompagna la costruzione dei nuovi GrIS;
- supporta i singoli GrIS nei momenti in cui, pur nella loro autonomia, abbiano bisogno di riferimenti nazionali, esercitando il ruolo di tramite tra SIMM e i GrIS stessi;
- coordina i GrIS su programmi e impegni condivisi (di sensibilizzazione, di formazione, di advocacy, ...);
- promuove la valorizzazione e la condivisione di percorsi ed esperienze dei singoli GrIS perché possano divenire patrimonio comune;
- raccoglie e fa circolare materiali e informazioni.

Il GdC è composto, oltre che dal Coordinatore Nazionale, da 4 soci, espressione di 4 aree territoriali interregionali (nord ovest; nord est; centro; sud). I componenti del GdC sono nominati dal CdP su proposta del Coordinatore Nazionale di concerto con i referenti dei GrIS. I componenti del GdC sono scelti tra le persone socie SIMM e attive nei GrIS, che abbiano esperienza e capacità di mediazione e di relazione tra pari.

Il GdC non è un organismo di controllo, né di tipo disciplinare, non serve a risolvere controversie interne, né a supervisionare i lavori dei singoli GrIS. Mandato del GdC è armonizzare e integrare le varie articolazioni territoriali e nazionali della SIMM.

Valori operativi fondanti

Il GdC fa riferimento ai principi etici di cui all'articolo 2 dello Statuto SIMM e alle azioni previste nell'articolo 3.

In particolare sottolinea l'importanza:

- del valore del lavoro di rete;
- della partecipazione diretta in un'ottica di corresponsabilità;
- delle relazioni tra pari secondo il principio di democrazia;
- della formazione continua per una condivisione delle competenze.

Il Gruppo di Coordinamento e il GrIS

Ruolo del Gruppo di Coordinamento rispetto alle ragioni dei GrIS

I GrIS nascono come unità territoriali della SIMM per tradurre operativamente conoscenze, stimoli e indicazioni nazionali a livello locale.

L'azione del GrIS punta a un sempre maggiore coinvolgimento degli enti aderenti e di altre realtà impegnate sul tema "immigrazione e salute" e a promuovere la responsabilizzazione degli attori istituzionali.

Nel tempo sono diventati essi stessi luoghi di elaborazione di strategie e di buone prassi.

Per valorizzare la plurima direzionalità dell'azione dei GrIS è nato l'InterGrIS che ogni due anni si riunisce per condividere riflessioni e analisi: dalla SIMM ai GrIS, dai GrIS alla SIMM, dai GrIS verso l'esterno, dai GrIS verso gli altri GrIS.

Il GdC si pone come elemento di facilitazione per una lettura circolare delle esperienze nazionali e locali.

Il GdC supporta i singoli GrIS nella pluralità di rappresentanza e di esperienze nazionali e locali:

- sollecitando l'individuazione a livello locale delle ricadute operative dei documenti e delle posizioni SIMM;
- raccogliendo indicazioni che, partendo da situazioni e problematiche locali, sollecitano posizionamenti nazionali della SIMM;
- promuovendo una "advocacy di prossimità" perseguita, cioè, a livello regionale e/o locale;
- richiamando il senso e la necessità di sperimentare la concretezza e l'efficacia del fare rete.

Ruolo del Gruppo di Coordinamento rispetto al rapporto tra i soggetti che compongono il GrIS

I componenti del GrIS sono corresponsabili del funzionamento del GrIS stesso e del raggiungimento degli obiettivi prefissati e condivisi.

I rapporti tra i soggetti (individuali e collettivi) aderenti al GrIS sono di tipo paritario e sono basati sul riconoscimento della molteplicità e sulla valorizzazione di competenze ed esperienze.

Il GdC supporta i singoli GrIS nella pluralità di rappresentanza e di esperienze richiamando costantemente il valore dell'azione di rete in vista di interessi comuni e del costante e coerente confronto tra pari come singoli e come organizzazioni (secondo il principio di "cessione di sovranità").

Ruolo del Gruppo di Coordinamento rispetto al rapporto con Enti e Istituzioni

Per i GrIS e nei GrIS il rapporto tra realtà del privato sociale ed Enti e Istituzioni pubbliche e private rappresenta un elemento paradigmatico che assume di volta in volta forme differenti (confronto, collaborazione, interlocuzione, contrapposizione, ...).

Questo aspetto dell'azione dei GrIS, che nel tempo può essere soggetto a mutamenti dettati da ragioni diverse, richiede la capacità di interpretare e gestire un cambiamento che, in alcuni casi, può essere anche fonte di difficoltà e frustrazione per le persone aderenti.

Il GdC:

- raccoglie e diffonde le informazioni relative alle diverse forme ed esperienze di collaborazione;
- richiama, anche sulla base delle indicazioni proposte dalla SIMM sul tema del rapporto pubblico – privato sociale, la necessità di una costante riflessione sulle ragioni e le implicazioni per i GrIS del rapporto tra Enti, Istituzioni e realtà del terzo settore (sussidiarietà).

La comunicazione con e tra i GrIS

Il GdC, per gestire la comunicazione con i GrIS, per conoscerne e accompagnarne l'attività si avvarrà, tra gli altri, dei seguenti strumenti:

- verbali dei GrIS;
- mailing list dei referenti GrIS;
- mailing list dei componenti dei vari gruppi di lavoro (Consigli Direttivi Territoriali e/o altre forme organizzative) di ciascun GrIS;
- schede di sintesi annuali;
- relazioni annuali (da inviare, come da regolamento, al CdP);
- incontri con i singoli GrIS;
- sito SIMM.

Ogni GrIS ha una propria vita autonoma e dinamiche complesse e articolate che vanno riconosciute e tutelate.

Il GdC potrà svolgere un ruolo di "moderatore" degli impulsi diretti ai GrIS dai vari organi della SIMM per accertare che richieste nazionali e attività locali convivano e si sviluppino armonicamente e serenamente.

Affiancando il Coordinatore che ha il compito di organizzare e coordinare l'incontro dell'OCN (Organismo di Collegamento Nazionale) e di promuovere l'InterGrIS, compito del GdC è di organizzare periodicamente incontri operativi e di autoformazione dei referenti dei GrIS (Coordinamento GrIS).

Fare cultura nei GrIS

Il GrIS è anche un luogo in cui:

- si sviluppa un **processo culturale** che, in quanto comunità di pratica, permette ai partecipanti di condividere e acquisire nuove competenze con metodologie diverse scelte in base alle specifiche esigenze e caratteristiche del gruppo (workshop tematici, seminari di formazione, approfondimenti, ...);
- si promuove una **lettura attualizzata e contestualizzata** del tema "immigrazione e salute" alla luce delle conoscenze ed esperienze in essere e dei cambiamenti legislativi in atto (immigrazione, welfare, sistema sanitario);
- si elaborano letture, **analisi e proposte** da diffondere localmente e/o a livello nazionale attraverso gli organismi della SIMM.

Il GdC promuove queste attività nei singoli GrIS garantendo la diffusione degli esiti di tali processi tra tutti i GrIS e gli organismi della SIMM.

Scuola di formazione permanente SIMM/GrIS

Per raggiungere livelli di conoscenza e di approfondimento uniformi sul territorio nazionale, per acquisire capacità di lettura critica del fenomeno con particolare riferimento agli aspetti programmatici e operativi in ambito sanitario, per esercitare una sempre più efficace azione di advocacy, si auspica l'attivazione di strumenti e percorsi condivisi d'informazione e di formazione dedicati specificatamente a chi nella SIMM e nei GrIS si occupa di direzione e di coordinamento (Consiglio di Presidenza, Consigli Direttivi Territoriali, Gruppi di coordinamento interno...).

Glossario**Coordinatore Nazionale GrIS:**

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

Organismo di Collegamento Nazionale (OCN):

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

InterGrIS:

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

Gruppo di Coordinamento GrIS(GdC):

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

Coordinamento GrIS:

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

RELAZIONI E COMUNICAZIONI

I mille volti della migrazione e l'impegno della SIMM di *ieri*, di *oggi* e di *domani*

Mario Affronti

Società Italiana Medicina delle Migrazioni

Quindicesimo Congresso Nazionale SIMM sui temi sanitari dell'immigrazione: trent'anni di incontri, riflessioni, proposte, impegno e progettualità... Tanta strada¹, tanta storia, tanti volti.

Mi viene subito in mente il volto di Mario² e degli amici tutti di Catania, che da anni proponevano la loro bella città come sede del nostro Congresso, privilegio nel passato dell'altra parte della Sicilia e che ringraziamo in anticipo per lo sforzo organizzativo e per la calorosa accoglienza che ci riserveranno.

Tra i tanti volti della migrazione ci sono quelli di migliaia di uomini, donne e bambini che in questi lunghi anni hanno incontrato il mio "lasciando un'impronta nel mio cuore ed io non sono stato più lo stesso"³.

I volti⁴ sono la relazione tra noi e il mondo: riconosciamo, veniamo riconosciuti, ci riconosciamo grazie ad essi. I volti, molto spesso, dicono chi siamo, da dove veniamo e come stiamo. Sono come pagine di libro che raccontano storie... di ieri... di tanti anni fa. Delfina, capoverdiana della prima catena migratoria siciliana, presidentessa della Consulta delle Culture,

l'Istituzione che promuove la partecipazione politica delle comunità straniere a Palermo; Moj arrivata dalla Siria, si è laureata in medicina ed ha sposato un avvocato palermitano col quale ha avuto due bimbi; Nadege, giovane nonna mauriziana, qui da tanti anni, finalmente cittadina italiana, mediatrice culturale in un centro di assistenza per donne nigeriane; Mollik, generoso bengalese, sindacalista in un patronato; Aziz, adulto marocchino distrutto dal fumo di sigarette, dal diabete e dalla solitudine, ed altri come lui.

Che raccontano storie di oggi... Lamin, minore⁵ del Gambia, un Paese dell'Africa Occidentale soffocato dalla dittatura, è sano ma viene lo stesso in ambulatorio; Yacouba che viene dal Mali, è guarito dalla sua tubercolosi linfonodale, ma anche lui viene spesso a trovarci e ci racconta l'interminabile viaggio per mezza Africa prima di approdare in Italia; Sulayman, costretto alla fuga dal Gambia perché il suo papà, medico, era stato arrestato rifiutandosi di aderire alla campagna di prevenzione contro l'AIDS (in quanto persuaso che fosse un pretesto di arricchimento di pochi senza

adeguate garanzie di efficacia sanitaria); Ibrahima della Guinea Conakry, che perde il padre durante una repressione dopo lo scioglimento dell'Assemblea Nazionale per il colpo di stato di Moussa Dadis Camara e rimane orfano (aveva perso la madre in tenera età), decide di scappare dopo la morte violenta del fratello maggiore – un viaggio lungo 4 anni tra Senegal, Mauritania, Marocco, Algeria e Libia – prima di scorgere, dopo una traversata di 17 ore, tra freddo, fame e sete, *le grand bateau italien* di Mare Nostrum.

Portatori di storie diverse, talune terribili, storie di lotte, di vittorie e di sconfitte che attraversano tutti i drammi del nostro tempo.

Sono i volti ed i gesti del caporalato: i migranti nelle campagne del sud, schiene piegate dalla fatica, mani indurite dal lavoro nei campi. Tutto per pochi spiccioli.

Storie di donne migranti in fuga dalle guerre e dalle carestie che si confondono e si intrecciano con quelle delle donne vittime della tratta, rese schiave con l'inganno e la violenza. Storie particolari, individuali e collettive e tuttavia simili tra loro per il rischio di morte e le violenze subite. Donne che portano spesso su di sé il peso di una doppia vulnerabilità: ai traumi che accomunano tutte le persone in fuga da guerre, dittature, povertà, si aggiungono infatti, i segni di abusi e violenze di genere, che colpiscono le donne proprio in quanto donne. Nonostante tutto, queste donne sopravvivono al deserto e al mare, ai soprusi dei trafficanti e delle varie polizie di frontiera, portano avanti gravidanze e partoriscono figli e figlie in condizioni indicibili.

Un gommone fragile e stanco, sballottato dalle onde. Sopra, una, due, tre... decine e decine di teste - non più volti - e corpi sfibrati in balia di un'imbarcazione precaria; come la loro vita.

I migranti morti in mare ed il volto della

voce della nostra coscienza. Nei nostri occhi si sono fissati, ormai in modo indelebile, i volti e gli sguardi di genitori disperati che tendono le braccia ai soccorritori per mettere in salvo i propri figli, strappandoli così da quella tomba liquida chiamata Mar Mediterraneo.

*"Vanno, vengono, ogni tanto si fermano"*⁶, per raccontare, in sintesi e poesia, chi sono i migranti, le storie ed i volti di uomini e donne che lottano per sopravvivere. Un'odissea con le sue tante facce, quante le motivazioni che li spingono a lasciare il proprio paese, la propria casa e la propria famiglia per intraprendere un viaggio verso una vita migliore.

Un volto. Uno sguardo. E un sogno: abbandonare la miseria, la tragedia di un mondo sanguinante, per trovare umanità, dignità e speranza. Sognano di fare il contadino, l'operaio, il commerciante, continuare a studiare. Continuare a sperare, continuare a vivere. Vivere in Italia, o proseguire nel lungo viaggio. E lo dovranno fare lungo un percorso che segue la linea della speranza, affrontando gli enormi ostacoli, senza perdere la capacità di sognare.

Cosa è successo nel campo della Salute? Come ha risposto la medicina al bisogno di salute di questa popolazione proveniente da ogni parte del mondo in difficoltà?

I primi passi

Mi tornano in mente i volti delle tante persone conosciute ed incontrate in questi anni, alcune delle quali scomparse, con cui abbiamo condiviso il sogno, in un mondo dominato dagli interessi, di una *identità di gruppo* carica di storia, memoria, un senso del passato e delle sue ingiustizie ed una serie di sensibilità morali che sono inseparabili dall'identità stessa: lealtà, rispetto e

responsabilità, le tre virtù minate dall'economia di mercato e dall'individualismo di oggi.

I visi delle persone che ci hanno aiutato a capire ed a superare le difficoltà dei primi momenti, quando non si riusciva a capire quale fosse la specificità della domanda di salute da parte della popolazione immigrata, che si diceva fosse fondamentalmente sana (*effetto migrante sano*), e soprattutto non si riusciva a dare una efficace risposta sanitaria: perché venivano nei nostri ambulatori e come mai le malattie attese erano così poche?

I volti di Riccardo e di Salvatore, nella fase pionieristica della medicina delle migrazioni, a metà degli anni '80⁷, per una parola di verità rispetto ai luoghi comuni e stereotipi negativi che erroneamente circolavano sulle componenti straniere ed immigrate insediate nel nostro paese. All'epoca dell'avvio delle attività socio-sanitarie da parte del privato sociale (La Caritas a Roma, il Naga a Milano, Santa Chiara a Palermo, la Croce Rossa a Genova, l'Ambulatorio Biavati a Bologna e tanti altri) – in quel periodo lo Stato era assente –, e in qualche misura anche adesso, era molto diffusa la convinzione che gli immigrati terzomondiali fossero diffusamente portatori di malattie che nel nostro paese erano già state debellate.

I volti di Enrico, Serafino e Luigi⁸ a ricordarci, dovendo rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato, la fondazione, nel 1990, presso l'Associazione Ferdinando Rielo di Roma, della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che subito si pose come contenitore scientifico e consapevole di quanti erano interessati alla tematica e come catalizzatore di risorse individuali e collettive per processi di conoscenza e di promozione di diritti. In quel periodo Salvatore e Maurizio parlavano di diritto alla salute negato per legge ai clandestini e nasco-

sto ai regolari⁹. Si trattò di una forte e convinta azione di advocacy verso l'integrazione perseguita come un tentativo di mettere gli stranieri nelle condizioni di vivere "normalmente", cercando di risolvere quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, di cui l'accesso ai servizi sanitari è espressione primaria. Fu la logica conclusione di un percorso virtuoso iniziato a partire da una precisa concezione politica ed umana espressa da uno dei protagonisti di quella stagione di esclusione, don Luigi (eccolo il suo volto), allora direttore della Caritas romana¹⁰. La nuova realtà dell'immigrazione richiedeva la capacità di inventare nuovi percorsi, capaci di trasformare una società imposta su una sola cultura ed un solo territorio in uno spazio interetnico, aperto al dialogo ed alla costruzione del bene comune, disponibile e accessibile per tutti. Nell'impatto con questo contesto le domande ed i sogni dei medici volontari in varie parti del nostro paese, iniziarono a diventare un progetto: come assicurare un'attenzione sanitaria a chi si vedeva negato questo diritto? Eccoli i volti di Italo a Milano¹¹, Claudio¹², in quel di Busseto, Roncole e Sant'Andrea nel parmense e di tanti altri, uomini e donne di buona volontà, che in tutta Italia, incoraggiavano a sporcarsi le mani. A sua volta questo atteggiamento si basava, ora come allora, su solide radici filosofico-culturali che riguardano il concetto di accoglienza. Nel linguaggio filosofico il termine ha avuto piena rilevanza con il filosofo francese E. Levinas, per il quale è proprio l'eticità, come responsabilità verso l'altro, che attiva quelli che lui chiama i nuovi poteri di "accoglienza, di dono, di mani piene, di ospitalità". Accoglienza non è la semplice ospitalità o all'opposto la sacralizzazione formale dell'ospite; non è il semplice mettere a disposizione qualcosa

a qualcuno, fino a fare di un'emergenza un dato permanente; non è assimilazione, né, peggio ancora, concessione basata sulla separazione-discriminazione; ma "quel mettere a disposizione se stessi e quel mettersi in gioco che si attivano quando l'altro nella sua unicità irrompe, disfa, disordina il mondo, mi inquieta e mi risveglia". Un mettersi in gioco che tuttavia, proprio perché non è il frutto di una liberalità estemporanea, chiama in causa sia la giustizia (diritti di cittadinanza, pari opportunità, legalità) che il cammino di ricerca verso valori comuni di integrazione-interazione. In altri termini l'accoglienza deve tradursi in un progetto politico che coinvolga le singole disponibilità, la scuola gli enti pubblici interessati e le agenzie economiche (Consiglio d'Europa 1986).

Da queste considerazioni, alla decisione di organizzare il primo congresso sui temi socio-sanitari delle migrazioni, il passo fu breve. Nel 1990 ci siamo incontrati, tutti volontari provenienti da ogni parte del nostro Paese, nel seminario di Baida, sulle colline di Palermo, e, da allora, ogni due anni ci incontriamo per le *Consensus Conference* sull'immigrazione, oggi diventati *Congressi Nazionali*, in un clima di grande condivisione, amicizia e speranzosa costruttività. Il confronto aprì gli orizzonti e rispose alle aspettative. Nasce quello che per molti – me compreso – è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza, per costumi e per religione. Nasce la medicina transculturale con al centro la persona piuttosto che la sua cultura. Eccoli i volti di Bianca¹³, di Marco¹⁴ e di Nicoletta¹⁵.

Verso una nuova stagione di diritti negati? Insieme nel guado¹⁶

Agli inizi del secondo millennio la medicina delle migrazioni viveva un altro momento di passaggio. Dal punto di vista

sanitario il profilo di salute si andava via via caratterizzando per condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa. Diventava ormai chiaro come fossero i determinanti sociali di salute, insieme e forse di più, a quelli culturali, a caratterizzare la nosologia della medicina delle migrazioni; i migranti si ammalavano soprattutto di esclusione sociale, di povertà e di difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari; le loro malattie erano sociali più che etno-culturali.

Le modifiche al titolo V della II parte della Costituzione del 2001 complicavano ancora di più le cose: la tematica "salute e immigrazione" appare adesso ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (l'immigrazione è infatti tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa) e la legislazione "concorrente" (la tutela della salute è inserita tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni). Il progressivo decentramento amministrativo e politico, producendo estrema eterogeneità sul territorio nazionale per una più o meno specifica attenzione a livello locale, ha determinato disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. Anche qui la SIMM, non si trova impreparata in quanto era riuscita ad organizzarsi, grazie all'azione di advocacy, anche localmente. È proprio nella seconda metà degli anni novanta che il GrIS Lazio comincia la sua attività, seguita poi da altre regioni. Altri volti, Filippo, Maria Edoarda, Guglielmo e Manila, assieme a quello ormai noto di Salvatore¹⁷. Policy networks è il termine utilizzato per indicare una collaborazione su un territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionali e non istituzionali, collegati tramite scambi,

informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di policy .

Da Palermo 2011 fino a Torino 2016, il calendario dei lavori è segnato: *Salute per tutti, da immigrati a cittadini, aprire spazi... costruire traiettorie* (Palermo, XI Congresso), *Migrazioni, salute e crisi, coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni* (Viterbo, XII Congresso), *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti, un impegno da condividere* (Agrigento, XIII Congresso), *Persone e popoli in movimento, promuovere dignità, diritti e salute* (Torino, XIV Congresso).

Spazi di giustizia, perché non si può offrire per carità ciò che è dovuto per esigenze di diritti e di dignità umana, attraverso traiettorie di inclusione; spazi di cittadinanza perché non si può e non si deve tollerare una città di esclusi, diritto di voto, partecipazione. Ciò per evitare che la presenza immigrata, pur essendo strutturale allo sviluppo del paese – così l'evidenza statistica al contrario della sua rappresentazione –, diventi una realtà marginale, preda dell'esclusione. Servono allora politiche sociali e familiari più incisive e accompagnate da un'adeguata dotazione di risorse, un'esigenza che nell'ambito delle ONG è stata sintetizzata con lo slogan "pacchetto integrazione".

A Palermo nel 2011 avevamo sottolineato il "ruolo prioritario esercitato sulla salute dai cosiddetti determinanti sociali (istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale, etc.) e come "i migranti ed i rom fossero tra i gruppi a rischio di disuguaglianze sanitarie" ed affermavamo "la necessità di attuare una serie di interventi migliorativi, in particolare relativi alla qualificazione degli operatori, alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali e al riorientamento dei servizi in un'ottica di una aumentata competenza culturale dell'intero sistema socio-assistenziale".

Ecco il volto e le parole di Giovanni: "la sanità, in crisi, è alla prese con una profonda riorganizzazione in cui il tema delle buone pratiche sembra scolorire di fronte all'imperativo impellente dei tagli alle spese. È anche una crisi di linguaggio – manifestatasi pienamente nella deriva terminologica di sapore aziendal-efficientista, che riduce la sanità a mercato, i pazienti a clienti e la tutela della salute a mera questione di benchmarking – e che tradisce una più profonda rarefazione del sistema di valori e di regole, centrato sul bene comune, sul contrasto alle disuguaglianze e sull'inclusione sociale, che fu posto a fondamento del servizio sanitario nazionale nella grande riforma del '78, sulla scia della dichiarazione di Alma Ata, sempre del 1978"¹⁸.

Il futuro è già qui

Ed a proposito di partecipazione ecco i volti nuovi e freschi di Chiara, che sottolinea: "La legge 833/78, istitutiva del Servizio sanitario Nazionale (SSN) afferma che "l'attuazione del SSN compete allo Stato, alle regioni ed agli enti locali, garantendo la partecipazione dei cittadini" e cita poi numerose volte la parola partecipazione specificando che si tratta della più ampia partecipazione democratica e che deve coinvolgere tanto gli operatori quanto gli utenti e i cittadini. Le politiche per la salute degli immigrati rappresentano un ambito in cui la parola si spende molto, ma è legittimo e sensato chiedersi cosa partecipazione davvero significhi e cosa implichi"¹⁹, e di Alessandro, Maria Laura e Giulia che ci ricordano, insieme a Maurizio che "un processo partecipativo reale ed autentico è oggi necessario nella formazione, che deve essere centrata sulla persona, e nei processi che devono essere centrati sulla comunità: questo è l'unico approccio di promozione della salute dei migranti.

Compito non facile, in un contesto bio-riduzionista, in cui l'insegnante è il detentore del potere e lo studente colui che obbedisce²⁰.

Epilogo – Prologo (per Chiara che guarda al domani)

Di giustizia e dignità hanno bisogno i migranti.

“Insieme per la promozione della dignità dei migranti”: questo lo slogan utilizzato nelle varie attività della SIMM, svolte innanzitutto per contrastare il clima di ostilità nei loro confronti, in gran parte dovuto ad una scarsa e fuorviante conoscenza del fenomeno. I numeri della migrazione descrivono, infatti, una presenza variegata dal punto di vista socio-demografico e ricca per le potenzialità di opportunità che offre alla nostra terra stanca e depauperata.

Per noi sono numeri carichi di responsabilità perché richiedono amore per la verità (oggi i migranti sono raccontati male), coraggio (la loro repressione diventa una delle principali arene politiche in cui si contendono i voti degli elettori) e passione politica (servizio agli altri ed in particolare agli ultimi secondo il principio di equità). Le parole chiave che rappresentano le migrazioni di oggi sono, *crisi migratoria*, che travolgerebbe la nostra terra, preannunciando il collasso e la fine dello stile di vita che conosciamo, conduciamo ed amiamo e *panico morale*, nell'accezione comunemente accettata dell'espressione come “il timore, diffuso tra moltissime persone, che un qualche male minacci il benessere della società” (Z. Bauman).

L'evidenza statistica, invece, ci consegna altre parole chiave: *strutturalità* e *necessarietà*, nel senso che si tratta di una presenza ormai stabile, senza la quale l'Europa e l'Italia non sarebbero più le stesse

ed avrebbero maggiori difficoltà sul piano economico, socio-politico e demografico (XXVI Rapporto Immigrazione 2016 - Caritas e Migrantes).

La storia della SIMM è la storia di un impegno concreto per il riconoscimento della dignità di ogni persona, contro il pregiudizio e le generalizzazioni, garanzia di diritti sanitari, azione di advocacy e di empowerment, studi e ricerche, per rispondere efficacemente ai reali bisogni di questa popolazione così martoriata da lutti, guerre, torture, fame e così bisognosa di condivisione e rispetto e di una società finalmente buona per vivere in pace. Con questa chiave di lettura va visto l'impegno di ieri, di oggi e di domani della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che in questi anni ha condizionato e condiziona le scelte di politica sanitaria nazionale nello specifico settore.

“La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è una grande risorsa culturale, morale ed etica. Questi valori dobbiamo difenderli, perché il diritto alla tutela della salute si esercita cercando di avere quanta maggiore capacità di comprensione delle persone. In questo consiste la vostra forza: essere la medicina delle persone che hanno maggiori problematiche. Io mi auguro che la Società che voi definite piccola diventi grandissima e rappresenti una grande comunità aperta”²¹.

Note

- ¹ È bella la strada per chi cammina, per chi va e dove ti aspettano già (Claudio Chieffo).
- ² Mario Raspagliesi, Consiglio di Presidenza della SIMM 2004-2009.
- ³ Alcuni entrano nella nostra vita e silenziosamente ne escono; altri restano per poco ma lasciano un'impronta nel nostro cuore e noi non siamo più gli stessi (Carol Smith).
- ⁴ Il viso è la sola parte del corpo ad essere esposta tutta nuda al primo venuto. (Gisèle Freund).

- ⁵ Subito i volti di Francesco, Orazio, Rosalia e Simona (Francesco Cataldo, Orazio Ranno†, Rosalia Maria Da Riol e Simona La Placa, attuale Segretaria del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante (GLNBM) della Società Italiana di Pediatria, segretaria della SIMM 2009-2016, e attualmente revisore dei conti della stessa SIMM.
- ⁶ "Le nuvole" di Fabrizio De Andrè.
- ⁷ "Come Salgari scrisse dell'esotico senza averlo mai visto, così i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e di Tremal-Naik importerebbero nei nostri paesi, trasmettendole forse ai semafori, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza [...]. eravamo in piena *fase esotica* (sindrome di Salgari), in una fase cioè in cui le aspettative erano quelle del reperimento di malattie ormai scomparse nelle nostre latitudini ed il migrante era visto come l'untore di manzoniana memoria". (Riccardo Colasanti, segretario SIMM 1990-1993, Salvatore Geraci, past-president SIMM).
- ⁸ Enrico Nunzi, Serafino Mansuetot†, Luigi Frighit†, presidenti SIMM rispettivamente 1990-1993, 1993-1996, 1996-2000.
- ⁹ Nella seconda metà degli anni '90, grazie alla forte spinta di questo mondo socio-sanitario, si ha finalmente l'emersione del diritto con un articolo - il 13 - di un decreto legge del Governo Dini poi confluito - 1998 - nel Testo Unico della legge Turco Napolitano: *"anche coloro che sono presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità hanno diritto non solo alle cure urgenti ma anche a quelle essenziali, continuative ed ai programmi di medicina preventiva"* (Maurizio Marceca, presidente SIMM).
- ¹⁰ Il ruolo principale del privato sociale è quello politico. Un ruolo che significa: riproposizione dei bisogni, stimolo all'intervento, denuncia delle inerzie (Luigi Di Liegro†).
- ¹¹ Italo Siena, fondatore del Naga, scomparso in una domenica di ottobre del 2015 (Atti XIV Congresso Nazionale SIMM, Torino).
- ¹² Claudio Carosino, socio SIMM dal 1992 - non mancava mai alle Consensus - morto tragicamente una domenica di ottobre del 2010 durante una visita domiciliare (Atti XI Congresso Nazionale SIMM, Palermo).
- ¹³ Lo scopo è quello di realizzare nella pratica quotidiana una medicina più vicina all'uomo più che alle tesi preconstituite, una medicina per così dire normale perché pone al centro della sua attenzione l'uomo visto non un mero prodotto culturale né tantomeno come una macchina da aggiustare di volta in volta nei suoi pezzi consumati - secondo l'ideologia medica purtroppo ancora dominante in ambito occidentale - ma come persona, relazione di soma e psiche, di anima e corpo che nella malattia esprime tutta questa complessità esistenziale [...] È questo il grande regalo della Medicina transculturale: aver mandato in crisi il medico, gli operatori sanitari inducendoli ad accogliere una modalità di vivere la medicina e la cura più umile, più debole, meno dominante, più collaborante (Bianca Maisano, missionaria secolare scalabriniana, medico).
- ¹⁴ L'impresa si rivela subito difficile per due ordini di motivi: la scarsa conoscenza da parte degli operatori sanitari del ruolo della cultura come determinante della salute e delle sue implicazioni nella relazione col paziente ed, in secondo luogo, la crisi della relazione medico-paziente che, svuotata del suo significato dal tecnicismo esasperato e dalla ontologizzazione della malattia, figlie della rivoluzione tecnico-scientifica iniziata ai primi del secolo scorso, cessava ormai di essere terapeutica. (Marco Mazzetti, Consiglio di Presidenza della SIMM).
- ¹⁵ Gli antropologi medici ormai da tempo si sono accorti come la relazione sia diventata di tipo contrattualistico e biomeccanicistico con ruoli ben distinti tra soggetto (medico) ed oggetto (malato), con l'acquisizione di un modello tecnomorfo in cui il malato, sintesi di soma e psiche, viene ridotto a vero e proprio manichino. L'ideologia fondata sull'idea della malattia come fenomeno concretamente misurabile e rappresentabile, osservabile "dall'alto della scienza medica", fondata sulla centralità del visibile e del misurabile (si pensi a tutta la retorica dello "sguardo clinico" e ad un modello di relazione terapeutica che, se pur in larga misura ancora dominante nel nostro modo di pensare e di gestire i fenomeni di salute e malattia) mostra già dalla fine degli anni '70 i primi segni di inadeguatezza, le prime incrinature. (Nicoletta Diasio, antropologa all'Università di Strasburgo).
- ¹⁶ Le società multiethniche stimolano spesso la metafora del ponte, come positiva volontà di creare dei collegamenti. Spesso non ci si accorge che il ponte sottolinea, invece, anche una separazione, una differenza che non ammette soluzioni di continuità. Costruire ponti significa marcare la differenza. Al contrario il guado è la metafora di un territorio, spesso non semplice e non privo di rischio, in cui contesti e culture differenti si incontrano. Il guado è il luogo mentale in cui cercare un legame e non una separazione, lo spazio in cui non si individua

un confine piuttosto l'impossibilità stessa di indicare il confine. È un rapporto diverso con il limite, divenuto risorsa" (Gioacchino Lavanco, X Consensus Conference sulla Immigrazione e VIII Congresso Nazionale della SIMM "Guadi e ponti per una sanità transculturale...", Trapani 2009).

- ¹⁷ I GrIS sono luoghi partecipati, dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passo all'indietro, per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato sociale, volontariato, associazionismo, istituzioni), in una rete di reti (SIMM e GrIS), si confrontano, si scontrano anche, ma in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità. E ci auguriamo che questa esperienza si diffonda sempre più nelle varie realtà regionali. (Salvatore Geraci, Filippo Gnolfo, Maria Edoarda Trillò† - Consiglio di Presidenza SIMM 2016-2020 - , GrIS Lazio, Guglielmo Pitzalis GrIS Friuli Venezia Giulia, Consiglio di Presidenza SIMM 2009-2016, Manila Bonciani, Consiglio di presidenza dal 2012 a tutt'oggi, in Atti X ed XI Congresso Nazionale SIMM).
- ¹⁸ Nell'era della complessità (non nel senso di complicazione in opposizione al concetto di semplicità, ma nel senso di cum plexus, ossia intrecciato insieme, ordito, trama, ciò che viene tessuto insieme) la solidarietà è sia verticale, in quanto ci lega alla trama naturale, alla nostra stessa natura di esseri viventi nel mondo, ma anche orizzontale, legandoci irrimediabilmente agli altri, alla trama sociale. In questo senso la solidarietà non può essere considerata propriamente un fine da perseguire o un mezzo di cui servirsi: deve piuttosto ritenersi un vincolo ed è nel rispetto di questo vincolo che va ricostruito il nostro stare nel mondo e nella società. Quindi in alternativa alla visione della sanità mercato, espressione del paradigma neoliberista dell' homo oeconomicus, egocentrico e calcolatore, crediamo che il sistema sanitario nazionale debba in qualche modo ripartire dagli ultimi, nel tentativo estremo di riscattare i propri valori fondativi; e ripensarsi nei termini di quella che potremmo definire come sanità "samaritana" – una sanità che in forza del vincolo di solidarietà, si orienta su quattro direttrici principali: l'attenzione, la prossimità,

l'equità e la responsabilità (Giovanni Baglio, INMP, Consiglio di presidenza della SIMM 2012-2016).

- ¹⁹ Sottinteso al cosiddetto approccio partecipativo non c'è tanto un metodo quanto un preciso statuto ontologico ed epistemologico. Dal punto di vista ontologico, l'implicazione riguarda lo statuto dell'Altro, visto e rispettato nella sua alterità e non come un complemento dell'io come avviene nell'approccio dialettico. Dal punto di vista epistemologico la partecipazione poggia sull'idea che la conoscenza non è costruita da individui isolati nella loro propria soggettività, ma nelle relazioni che le persone intessono e di/da cui sono intessute. Solo ponendo la relazione come fondamento e fonte di conoscenza è possibile costruire un contesto realmente partecipativo. Alla base di questi spostamenti (di sguardo e di pensiero) vi è l'apertura a cedere una parte del potere, che – come operatori, ricercatori e decisori nei servizi – detentiamo. (Chiara Bodini, Consiglio di presidenza della SIMM)
- ²⁰ Per formare medici e professionisti della salute è importante ripensare radicalmente la formazione, prevedendo percorsi formativi che sappiano rispondere contemporaneamente ai bisogni formativi degli studenti lasciando loro la libertà e la responsabilità di scegliere in base alle loro inclinazioni personali e ai loro interessi e ai problemi/bisogni della comunità. Nell'approccio centrato sulla comunità il potere non è qualcosa che l'istituzione concede alla comunità ma è qualcosa che ad essa si riconosce come sua caratteristica/diritto fondante: non può esserci comunità senza partecipazione autentica senza il potere di decidere, non può esserci salute senza il potere della comunità di decidere i termini della propria esistenza (empowerment). (Alessandro Rinaldi e Maria Laura Russo, Consiglio di Presidenza della SIMM, Giulia Civitelli, missionaria secolare scalabriniana, medico, lavora presso la direzione del Poliambulatorio Caritas Roma, in Atti XIII Congresso Nazionale SIMM, Agrigento 2014).
- ²¹ Elio Guzzanti† 1° socio onorario della SIMM. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è lieta di conferire per la prima volta nella sua storia, la carica di socio onorario al Prof. Elio Guzzanti che, in qualità di uomo e di medico, ha dimostrato di avere a cuore la dignità e la salute di tutti, senza distinzioni, e in qualità di Ministro della Repubblica ha difeso e promosso l'accessibilità alle cure per gli stranieri in condizioni di maggior fragilità, in Atti XI Congresso Nazionale SIMM, Palermo 2011.

I mille volti della migrazione e l'impegno della SIMM di ieri, di *oggi* e di *domani*

Chiara Bodini

Centro di Salute Internazionale, Università di Bologna

Mi è stato chiesto di contribuire all'apertura del XV Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) con l'importante compito di "guardare al domani". Lo faccio consapevole che si tratta di una sfida ben oltre le mie capacità ma anche del fatto che, come si dice nel settore della conoscenza, "mi appoggio sulle spalle dei giganti".

Ho conosciuto la SIMM quando ancora non ero laureata. Insieme all'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), è stata l'"aula" – fatta prima di tutto di persone e di esperienze – in cui ho imparato a mettere insieme i pezzi di un'educazione medica frammentata, centrata sulla malattia e non sulla salute e avulsa dal contesto sociale. Mi ha dato gli strumenti per leggere ciò che stava accadendo, difendendomi da chi vedeva le persone immigrate come vettori di patologie di importazione così come da chi ascriveva tutto agli aspetti culturali, in entrambi i casi ignorando il ruolo determinante giocato dai fattori sociali (a livello macro – le disuguaglianze globali, e micro – le politiche di "accoglienza", il razzismo e le discriminazioni). Ha saputo accogliere istanze per me importanti, come la politica sul conflitto di interesse: è stata una delle prime, e purtroppo ancora poche, società scientifiche a darsi strumenti per gestire in modo etico e trasparente le scelte legate alle sponsorizzazioni. Oltre a essere in sé un valore, a garanzia di maggiore indipen-

denza, è anche un messaggio a dimostrazione del fatto che è possibile – per quanto faticoso – allontanarsi dal "così fan tutti" e battere strade inedite a minore impatto economico e maggiore impatto e contenuto relazionale e sociale.

Quasi inaspettatamente sono passata da spettatrice a protagonista, con l'elezione nel Consiglio di Presidenza nel 2012. Da allora, ho visto la SIMM crescere e strutturarsi in due direzioni. Da un lato una maggiore distribuzione di compiti a livello centrale, che ha portato a regolarizzare gli incontri del Consiglio di Presidenza, a strutturare meglio Comitato Scientifico e gruppi di lavoro, ad accrescere in modo strutturato l'offerta formativa, e ultimamente (*work in progress!*) a darsi strumenti di gestione delle iniziative di *advocacy* e delle partecipazioni a progetti di ricerca e intervento. In sostanza a costruire, passo passo, cornici che orientino l'azione cercando di fare attenzione a che la struttura non preordini le persone e le relazioni, il vero "patrimonio" della SIMM. Dall'altro una crescita territoriale attraverso i Gruppi regionali Immigrazione e Salute (GrIS), reti tanto dinamiche quanto fragili e che richiedono grande manutenzione, ma rappresentano un punto di forza ineguagliabile per affrontare la frammentazione e la disomogeneità geografica del sistema dei servizi e attuare un monitoraggio "dal basso e da vicino"

dell'attuazione delle politiche e del rispetto dei diritti (1).

Il tempo del presente è gravido di sfide e incertezze. L'aumentato afflusso di persone provenienti da contesti di conflitto o grave deprivazione ha aperto una nuova fase degli scenari migratori, in cui alla fascia dei cosiddetti "migranti economici", più o meno stabilizzatisi o in corso (?) di stabilizzazione, si aggiungono persone che si sono spostate spinte anche da altre urgenze, spesso non portatrici di un progetto migratorio che vede nel nostro Paese il punto di arrivo. La mancanza di canali protetti e regolari per la libera circolazione alimenta un mercato di vite che specula sulla disperazione delle persone, e le cosiddette "ferite invisibili" – il carattere trasversale di molti nuovi arrivi – ne sono la dimostrazione; d'altro canto, le soluzioni istituzionali sono state insufficienti o inadeguate, a partire dal famigerato accordo tra Unione Europea e Turchia, duramente criticato per aver condannato migliaia di persone a vivere in condizioni di assoluta precarietà e mancato rispetto dei diritti umani (2).

Nel nostro Paese, le politiche di accoglienza sono in ridefinizione e – ad oggi – all'aumentata disponibilità economica (grazie soprattutto a fondi europei) non si è accompagnata ancora un'armonizzazione delle situazioni sul territorio né tanto meno una stabilizzazione delle – pur presenti – buone pratiche. Nella regione che meglio conosco, l'Emilia-Romagna, l'incapacità del pubblico di svolgere una *governance* efficace (resa più complessa dalle necessarie interazioni tra diverse istituzioni – servizi, comuni e prefetture), unita alla grande competizione presente nel privato sociale, ha finora compromesso un avanzamento significativo dello stato di diritto, pur in presenza di contesti dove l'esperienza e/o la buona volontà hanno creato situazioni positive.

La rete rappresentata dalla SIMM e dalle articolazioni territoriali dei GrIS è al centro di questo complesso scenario, coinvolta tanto nella costruzione delle cornici nazionali (per esempio, la stesura delle Linee guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli" (3), e l'approvazione del Decreto Ministeriale "Linee guida per l'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle vittime di tortura" (4)), quanto nel monitoraggio della loro applicazione e/o nella loro diretta attuazione (penso per esempio alle componenti del privato sociale appartenenti ai GrIS). Alcune sfide che mi paiono rilevanti in questo scenario:

- non farsi chiudere dalle definizioni che, in modo spesso arbitrario, differenziano migranti "economici" da richiedenti asilo e rifugiati;
- agire perché le disposizioni giuridiche e organizzative necessarie ad affrontare le nuove situazioni non creino nuove "eccezioni", ma si traducano in miglioramenti in termini di accessibilità e inclusività di tutto il sistema dei servizi, a beneficio di "vecchi" e "nuovi" migranti così come delle persone italiane in condizioni di fragilità e vulnerabilità economica, giuridica, sociale e culturale;
- mediare il rapporto tra pubblico e privato sociale in un'ottica di promozione dell'equità, della solidarietà e dell'universalismo.

Proprio il rapporto tra pubblico e privato sociale rappresenta l'altro asse di profonda trasformazione che la nostra società – e la SIMM con essa – sta vivendo. Non è questa la sede per una disamina degli scenari presenti e futuri riguardanti il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e più in generale il sistema di *welfare*, mi limiterò perciò a qualche cenno utile a inquadrare la situazione.

Sul fronte del SSN, stiamo assistendo

da anni a un pericoloso definanziamento, che in alcune regioni – vedi la Lombardia – si accompagna a manovre di cessione al privato di interi ambiti di assistenza (5). In parallelo, cresce a livello nazionale l'offerta privata di servizi e di coperture sanitarie assicurative private o mutualistiche, sempre più inserite nei contratti di lavoro e agevolate da politiche di defiscalizzazione (6). Lo scenario che si delinea è quello di un sistema segmentato e diseguale: da un lato un servizio sanitario pubblico al ribasso per i meno abbienti, o per chi non ha una sufficiente tutela contrattuale; dall'altro una sanità privatizzata differenziata a seconda dei *benefit* previsti dai contratti di lavoro, o per chi se la può pagare (7).

Nelle zone di mezzo si profila lo spazio di un terzo settore anch'esso in trasformazione, sebbene la riforma voluta dalla Legge delega n. 106/2016 sia di fatto sospesa tra la mancanza dei fondamentali decreti attuativi e il recente esito elettorale che ne ipotizza la piena realizzazione (8,9). Le voci più critiche della riforma vedono in essa la trasformazione in senso commerciale di un settore della società civile ad alto valore relazionale e in espansione, con la sfumatura dei confini tra *profit* e *non profit* e l'apertura agli investimenti finanziari (10). Di fatto, una mercificazione del sociale che favorirà le grandi organizzazioni orientate al mercato, per quanto "temperato".

Quanto descritto modificherà le relazioni tra pubblico e privato sociale, in uno scenario che già ora è contraddistinto da dinamiche oscillanti tra il controllo (o la repressione) e la delega. Nelle raccomandazioni del XIV Congresso di Torino, la SIMM si è impegnata a esigere e sostenere il ruolo di *governance* del pubblico, a garanzia dell'universalità del diritto alla salute; a orientare il privato sociale a rafforzarsi nelle proprie caratteristiche, sfuggen-

do all'autoreferenzialità e creando collaborazioni con il pubblico senza accettare ruoli sostitutivi; a svolgere un'azione di advocacy a livello territoriale e nazionale "esercitando un ruolo di stimolo e una funzione politica, rifiutando ampliamenti degli spazi di supplenza e situazioni di delega permanente" (11).

A due anni di distanza, il lavoro interno alla SIMM per declinare in senso operativo queste raccomandazioni è andato avanti, e nuovamente la società si offre come laboratorio per l'interpretazione delle sfide del presente alla luce dei valori che la contraddistinguono (equità, solidarietà, giustizia sociale, partecipazione). Rifletteremo insieme, nella sessione introduttiva del XV Congresso, sulle esperienze raccolte dai GrIS e le discussioni prodotte all'interno del gruppo di lavoro.

Personalmente, credo che le direzioni in cui muoversi vadano nel senso della costruzione di alleanze con quanti stanno prendendo parola e posizione a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale, e più in generale dell'imprescindibilità del ruolo pubblico nel finanziamento e nella gestione dei servizi necessari a rispondere a diritti fondamentali. In questo senso, è molto importante l'adesione della SIMM alle iniziative del 7 aprile – giornata mondiale della salute e giornata europea contro la commercializzazione della salute e la privatizzazione della sanità – già avvenuta lo scorso anno e da rinnovare quest'anno con la partecipazione alla campagna "Dico 32! Salute per tutte e tutti!" (7). Due i risvolti significativi: da un lato la qualificazione del 7 aprile come una giornata per il diritto alla salute senza eccezioni o accezioni di sorta, confutando le argomentazioni (infondate) che imputano i problemi di sostenibilità del welfare all'immigrazione; dall'altro la declinazione internazionale, e in particolare europea, di queste battaglie,

che sarà importante rafforzare anche in previsione delle elezioni europee del 2019, visto l'impatto delle politiche di Bruxelles tanto sull'immigrazione che – se pure più indirettamente – sul welfare.

Questo impegno si dovrebbe accompagnare a due azioni fondamentali: una di alfabetizzazione interna, per condividere il patrimonio di analisi ed esperienze e mettere le persone socie della SIMM, e quante pur non essendolo collaborano all'interno dei GrIS, nelle migliori condizioni di interpretare le scelte che quotidianamente si pongono nell'offerta dei servizi e nell'interazione con il pubblico in coerenza con i principi enunciati; un'altra di costruzione di nuovi immaginari, in un tempo che ha molto bisogno di nuovi assetti e non di chiudersi su nostalgiche rievocazioni di tempi che (mai) furono. In questo senso, però, il valore non commerciale della salute e dei diritti dovrebbe essere un principio cardine da non mettere in discussione. Esistono alternative, la SIMM stessa ne è la dimostrazione.

Riferimenti bibliografici

- Geraci S, Bodini C. Rete di reti per la salute degli immigrati. Salute e società; [Internet]. 15 novembre 2011 [citato 12 marzo 2018]; Available at: http://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_Rivista.aspx?IDarticolo=43913&lingua=it
- PHM, Medact, Global Equity Gauge Alliance, Medico International, Third World Network. Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report. London: Zed Books; 2017.
- INMP, ISS, SIMM. I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli [Internet]. 2017 [citato 12 marzo 2018]. Available at: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/LGFrontiere.asp>
- Ministero della Salute. Linee guida per l'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle vittime di tortura [Internet]. [citato 12 marzo 2018]. Available at: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal-ministero&id=2926
- Gazzetti A, Barbato A. Sanità e mercato in Lombardia. L'assalto alla diligenza [Internet]. SaluteInternazionale. 2017 [citato 12 marzo 2018]. Available at: <http://www.saluteinternazionale.info/2017/11/sanita-e-mercato-in-lombardia-lassalto-alla-diligenza/>
- Geddes M. Tutti pazzi per il Secondo Pilastro [Internet]. SaluteInternazionale. 2017 [citato 12 marzo 2018]. Available at: <http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro/>
- DICO 32! Salute per tutte e tutti! Una campagna per il diritto alla salute [Internet]. 7 aprile - Health for all. 2018 [citato 12 marzo 2018]. Available at: <http://setteaprile.altervista.org/730-2/>
- Arduini S. Riforma del Terzo settore: ecco cosa può succedere adesso [Internet]. Vita. 2018 [citato 12 marzo 2018]. Available at: <http://www.vita.it/it/article/2018/03/09/riforma-del-terzo-settore-ecco-cosa-puo-succedere-adesso/146185/>
- Forum Terzo Settore. Lo stato dell'arte della riforma del Terzo settore [Internet]. [citato 12 marzo 2018]. Available at: <http://www.forumterzosettore.it/2018/03/07/riforma-del-terzo-settore-stato-dellarte/>
- Bianchetti E, Donegà A. Nuova legge, scommessa persa. Eccesso di burocrazia e vincoli. Piccole e medie Odv penalizzate. 2017 [citato 12 marzo 2018];8(3). Available at: http://www.volontariato.lazio.it/documentazione/documenti/92129212Vdossier_dicembre2017.pdf
- SIMM. Raccomandazioni finali del XIV Congresso SIMM [Internet]. 2016 [citato 12 marzo 2018]. Available at: https://www.simmweb.it/images/XIVCongrSIMM2016/2016.Raccomandazioni_finali_XIV_Congresso_SIMM_2016_final.pdf

Esperienze di collaborazione pubblico e privato no profit nella risposta ai bisogni di salute dei migranti recentemente arrivati in Italia

ALBIANI S.², BORGIOLO G.², TIZZI G.¹

¹ Oxfam Italia; ² Centro di Salute Globale

Obiettivi

Il presente contributo è un estratto del libro della FrancoAngeli dal titolo "Quale diritto alla salute nella 'refugee crisis'? Esperienze di collaborazione pubblico e privato no profit nella risposta ai bisogni di salute dei migranti in Italia". Il crescente flusso di migranti verso i Paesi dell'Unione Europea e dell'Italia in particolare, pone il tema della loro accoglienza e gestione tra le principali priorità istituzionali. Le diverse fasi del sistema di accoglienza italiano, dall'arrivo (sbarco o via terra) fino alla sistemazione in una delle tante strutture, rende il percorso assai disomogeneo.

Metodi

All'interno di questo pluralismo e in presenza di bisogni di un'utenza migrante che cambia, abbiamo scelto di concentrarci sulle pratiche, condotte in 4 Regioni italiane, riguardanti l'assistenza sanitaria verso i migranti richiedenti asilo, verso i titolari di una forma di protezione, ma anche verso coloro che decidono di non presentare domanda di asilo. La scelta di questi quattro contesti è dovuta in primo luogo a ragioni attinenti alla geografia dell'Italia e alla volontà di scegliere delle realtà rappresentative sia del Nord che del Centro e del Sud. La Sicilia è una scelta obbligata essendo l'area del Mediterraneo centrale in cui si verifica il maggior numero di sbarchi. Il Lazio è una delle Regioni che più accoglie richiedenti asilo ed è caratterizzata da una forte sinergia delle autorità sanitarie pubbliche con le organizzazioni del settore privato. La Toscana è stata selezionata perché, secondo le ultime verifiche effettuate dal Ministero della Salute, risulta essere la prima Regione in termini di qualità dell'assistenza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro, sul territorio e negli ospedali. Ci sembrava interessante analizzare il caso del Friuli Venezia Giulia, che presenta delle specificità importanti sia in termini di origine dei migranti, sia in termini di tipologia di percorsi di arrivo (via terra), che in termini di soluzioni per l'accoglienza. Il presente studio si è avvalso di una metodologia di tipo qualitativo. Sono state realizzate 61 interviste semi-strutturate individuali ed alcune visite sul campo.

Risultati

La riflessione sulle pratiche analizzate, evidenzia le contraddizioni insite nel tentativo di inclusione universalistica, che a ben vedere, si attuano, invece, in alcune esperienze "confinare", rispetto ad altre. Si generano, pertanto, modelli molto interessanti, ma chiusi in una sorta di paradosso, essendo di volta in volta condotti nelle misure d'intervento e nelle progettualità, seppur integrate, da singoli enti. Le pratiche esemplificative raccolte nel volume sono, in ogni caso, di grande utilità per contribuire a rilanciare il tema delle disuguaglianze di salute degli immigrati, specialmente in riferimento a persone di nuove provenienze geo-culturali, a cui il nostro Paese non era abituato.

Conclusioni

Poiché siamo di fronte ad un fenomeno strutturale appare chiaro che qualsiasi forma e modalità di presa in carico, oltre a salvaguardare la specificità del singolo individuo e le sue scelte, garantendo un'accoglienza dignitosa ed appropriata per un percorso di inclusione e non emergenziale rispettoso dei diritti umanitari, necessita di avere il carattere della sostenibilità e di coinvolgimento dei diversi attori in gioco. Si tratta di muoversi secondo una logica di presa in carico appropriata che non sottovaluti che si è di fronte a possibili problemi di salute determinati prevalentemente dalle condizioni in cui è avvenuto il viaggio, dalle precarie o nulle misure igieniche, da traumi legati a violenze, privazioni, costrizioni, in cui l'attivazione del destinatario dell'intervento risulta essere una scelta prioritaria.

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

La transizione verso la cronicità per le popolazioni migranti: uno sguardo globale

Guglielmo M. Trovato

Scuola di Medicina – Università di Catania

La salute globale

La salute del singolo essere vivente e delle popolazioni umane è una realtà dinamica e articolata non adatta a prospettive eccessivamente semplificanti.

Approccio clinico, strategie di organizzazione e prevenzione, e specificità di profilo economico o culturale sono elementi che vanno articolati in una analisi della problematica.

Il concetto di “sguardo” globale deve includere:

1. L'orizzonte del global burden of disease, traducibile come “impatto globale delle malattie”, intendendo l'effetto che patologie, infortuni e fattori di rischio hanno sulla popolazione mondiale, il loro andamento in differenti ambiti geografici e sociali. La gestione di tale problematica ha l'obiettivo di fornire dati affidabili agli esperti, alla opinione pubblica e a decisori politici ed economici.
2. La consapevolezza della complessità delle spinte alla migrazione, includendo gli ostacoli legati a fattori geopolitici di cui l'aspetto macroscopico è costituito dai campi di rifugiati. Gli stessi termini di Refugee health, Migrant health e Immigrant health sono utilizzati per descrivere l'aspetto “professionale”, sul campo, della medicina delle migrazioni. Il contributo della medici-

na, come tale, è purtroppo minimale o assente a fronte di problemi più generali di sopravvivenza.

3. Gli aspetti etici, coerenti con l'etica della solidarietà all'aiuto che è propria delle professioni sanitarie, si manifestano nelle attività dei singoli e delle organizzazioni umanitarie nazionali e internazionali, istituzionali o volontarie. Tali aspetti possono entrare in conflitto con norme nazionali e internazionali.
4. Gli aspetti operativi trascurati. Tra questi, numerosi, bisogna includere anche “travel medicine” e “scientific travel”: questi sono due aspetti complementari se non opposti della mobilità professionale dei medici e della libera circolazione dei pazienti. Tali ambiti includono la richiesta di cure e la ricerca e formazione in Paesi o Regioni diverse da quelle del “migrante”.

La gestione delle attività e il contesto di decisioni politiche, condizionate dall'impatto della “opinione pubblica”, dei media e della partecipazione democratica, coinvolge in maniera rilevante attività e posizioni ufficiali di associazioni professionali e scientifiche di medici.

Alcuni dati ISTAT

Al 31 dicembre 2016 risiedevano in Italia 60.589.445 persone, di cui più di 5 milioni di cittadinanza straniera, pari

all'8,3% dei residenti a livello nazionale (10,6% al Centro-nord, 4,0% nel Mezzogiorno). Gli stranieri residenti in Italia sono cittadini di un Paese europeo in oltre il 50% dei casi (oltre 2,6 milioni di individui), di cui poco più del 30% (1,5 milioni) di un Paese dell'Unione. Tra i cittadini europei, provengono dagli Stati dell'Europa centro orientale non appartenenti all'Ue 1,1 milioni di persone. Gli Stati africani sono rappresentati per un ulteriore 20,7%, prevalentemente cittadini di Paesi dell'Africa settentrionale (12,9%) e occidentale (6,6%); 20,2% sono cittadini dei Paesi asiatici (oltre 1 milione di persone per entrambi i continenti). Il continente americano conta quasi 370 mila residenti in Italia (7,3%), quasi tutti cittadini di Paesi dell'America centro meridionale (7,0%). Le prime dieci cittadinanze in ordine di importanza numerica da sole raggruppano il 64,2% del totale dei residenti stranieri (3.242.679 individui) e le prime cinque il 50,6% (2.553.936). La collettività più numerosa è quella rumena con 1.168.552 residenti, il 23,2% del totale. Seguono i cittadini dell'Albania (448.407, 8,9%), del Marocco (420.651, 8,3%), della Cina (281.972, 5,6%) e dell'Ucraina (234.354, 4,6%). Prosegue la crescita dei nuovi cittadini italiani, nel 2016 sono più di 200 mila, 40 ogni mille stranieri, con un incremento rispetto al 2015 di 13 punti percentuali. Nel conteggio sono comprese le acquisizioni e i riconoscimenti della cittadinanza per matrimonio, naturalizzazione, trasmissione automatica al minore convivente da parte del genitore straniero divenuto cittadino italiano, per elezione da parte dei 18enni nati in Italia e regolarmente residenti ininterrottamente dalla nascita, per *ius sanguinis*. A livello territoriale, le acquisizioni di cittadinanza italiana risultano più numerose nelle regioni dove si concentra una presenza straniera stabile da più

tempo: Lombardia (27,0% del totale), Veneto (14,5%), Emilia Romagna (12,5%). Se si considera il tasso per mille stranieri residenti, le regioni con i valori più elevati risultano la Valle d'Aosta (76,5 per mille), il Trentino-Alto Adige (70,7), le Marche (60,8), il Veneto (59,6). Parte della diminuzione della popolazione straniera nel Nord-est del Paese può essere dovuta, oltre che alla diminuzione dei flussi in ingresso, all'elevato numero di cittadini stranieri che divengono italiani. Il Nord-est, infatti, fa registrare il più elevato numero di acquisizioni della cittadinanza italiana per mille stranieri residenti (54,2 per mille) e la maggior flessione di stranieri residenti (-1,56%).

Le interazioni e gli effetti dell'utilizzo universale dei media

L'impatto dell'uso universale dei media è particolarmente importante e trova riscontro e utilizzo in tutte le popolazioni di migranti, anche nei Paesi di origine e persino in condizioni di risorse limitate. Uno degli aspetti non minori di tutto ciò è il riscontro sistematico, anche per nostra esperienza, di una cultura della salute di profilo occidentale degli immigrati, in molti contesti e di qualunque provenienza.

Paradossalmente, le credenze e il ricorso a medicine alternative è una realtà antropologica che ha maggior rilievo nelle popolazioni dei Paesi ospiti, e fortemente presente qui da noi a livelli socioeconomici più elevati.

Ciò affianca, e in parte contrasta il profilo dei determinanti di salute nel mondo occidentale, in quanto la nicchia di popolazione che confida in strategie salutistiche non convenzionali – alimentari, di fitness, no-wax, no-drugs, e altre ancora – è relativamente poco rappresentata tra le popolazioni immigrate. Queste percepiscono spesso la medicina convenzionale

occidentale come un vantaggioso privilegio per efficacia e possibilità di accesso più esteso e sostenibile. L'utilizzo di terapie e di strumenti diagnostici adatti a condizioni di risorse limitate non implica di necessità né il ricorso a terapie anacronistiche e inefficaci, né l'utilizzo di strumenti diagnostici obsoleti e inadatti allo scopo.

Gli effetti politici ed economici della compliance nazionale e sovranazionale, e della trasparenza di relazioni e processi, condizionano anche le regole di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche. Queste hanno costi che, almeno in Europa, sono in genere sostenibili e integrati nel sistema della accoglienza e dei rimborsi.

A parte la ovvia valenza civile e umanitaria, questa strategia inclusiva è importante a livello di limitazione o eliminazione di malattie gravi e contagiose. Questo è il caso della terapia di HIV e della epatite da virus c, oltre che per le strategie vaccinali universali. Questi aspetti, medici ma di enorme impatto sociale e demografico, costituiscono un progresso di civiltà e, in ultima analisi, favoriscono processi di riduzione di spese sanitarie su scala nazionale e internazionale.

La transizione epidemiologica

Molto più semplice e consueto è il concetto di transizione epidemiologica, che fa riferimento ad aspetti epidemiologici e clinici abbastanza intuitivi, osservabile, in particolare, in popolazioni "giovani" o di Paesi in fase di sviluppo demografico e/o economico. Per transizione epidemiologica si intende:

- a) Una fase di sviluppo caratterizzata da un rapido incremento della popolazione, determinato anche da innovazioni in campo medico nella prevenzione e trattamento di molte malattie;
- b) una fase di ri-livellamento della cresci-

ta della popolazione stessa legata a un declino della fertilità.

La conseguenza di questo andamento demografico è la ridotta incidenza e prevalenza di malattie infettive poco curabili, invalidanti o rapidamente letali che vengono ad essere sostituite da malattie croniche. Questo fenomeno è legato anche alla estensione sempre maggiore degli interventi di salute pubblica e di attività clinica.

Il modello si applica bene alle popolazioni relativamente stanziali, ma trova riscontro nella esperienza delle popolazioni migrate da maggiori distanze o tra continenti diversi. Non è un fenomeno dell'ultim'ora, ma una connotazione costante della civiltà umana, legata alla necessità di sopravvivenza, alla ricerca di condizioni di vita migliori o più semplicemente alla ricerca di cambiamento e di nuove opportunità.

Una popolazione costituita sempre più da persone anziane, anche se emigrata in altra area geografica, va incontro alle stesse patologie della popolazione ospitante (acute, croniche e "degenerative"), con analoga incidenza e prevalenza, e in particolare

- a. malattie cardiovascolari, su base prevalentemente arteriosclerotica (cuore, rene, cervello)
- b. neoplastiche, con eziologia multifattoriale, inclusi fattori ambientali e infettivi
- c. dismetaboliche (obesità e diabete)
- d. neurologiche degenerative e psichiatriche
- e. respiratorie
- f. muscolo-scheletriche e articolari.

Le condizioni che portano a sovrapposizione e coincidenza del tipo di patologie delle popolazioni immigrate con quelle della popolazione già da tempo residente sono numerose. I determinanti di salute

sono in gran parte uguali e, soprattutto, la transizione “nutrizionale” aveva già portato, spesso sin dai Paesi di origine, a una corrispondenza quasi completa. Il passaggio da diete “tradizionali” più spesso ricche in cereali e fibre che divengono rapidamente diete di profilo occidentale.

La transizione è quindi più che verso la “cronicità” di malattie verso la occidentalizzazione dei determinanti di salute.

I determinanti della salute

Il contesto della vita delle persone determina la loro salute, e quindi la componente comportamentale modificabile dal singolo è insufficiente a controllare direttamente molti dei determinanti della salute.

I fattori determinanti – le componenti che rendono le persone sane o meno – sono numerosi:

- Reddito e status sociale: reddito più elevato e status sociale sono collegati a una salute migliore. Maggiore è il divario tra le persone più ricche e quelle più povere, maggiori sono le differenze di salute.
- Istruzione: i bassi livelli di istruzione sono collegati a problemi di salute, maggiore stress e minore autostima.
- Ambiente fisico: acqua sicura e aria pulita, luoghi di lavoro salubri, case sicure, comunità e strade contribuiscono a una buona salute.
- Occupazione e condizioni di lavoro: le persone occupate sono più sane, in particolare coloro che hanno più controllo sulle loro condizioni di lavoro
- Reti di sostegno sociale: un maggiore sostegno da parte di famiglie, amici e comunità è collegato a una migliore salute.
- Cultura - costumi e tradizioni, e le convinzioni della famiglia e della comunità riguardano tutti la salute.

- Genetica: l’ereditarietà gioca un ruolo nel determinare la durata della vita, la salubrità e la probabilità di sviluppare determinate malattie.
- Comportamento personale e capacità di coping: mangiare equilibrato, mantenersi attivi, fumare, bere e il modo in cui affrontiamo gli stress e le sfide della vita influenzano tutti la salute.
- Servizi sanitari: accesso e utilizzo di servizi che prevencono e curano
- Genere - Uomini e donne soffrono di diversi tipi di malattie a diverse età.

Considerazioni conclusive

Integrando e riassumendo:

- Il flusso di immigrazione in Italia ha un trend abbastanza costante, in parte compensatorio del decremento demografico della popolazione di nazionalità italiana e della migrazione di italiani all’estero.
- La popolazione immigrata, per fenomeni di integrazione incluso il riconoscimento della nazionalità, diviene sempre più una popolazione con caratteri analoghi al resto della popolazione italiana, con una distribuzione di fasce di età che include anche fasce anziane o francamente senili.
- La popolazione immigrata di provenienza da Paesi dell’Unione Europea gode delle stesse garanzie di prevenzione e cure sanitarie della popolazione già residente, a parte il recupero dei costi che vengono sostenuti, a vario titolo, dagli Stati membri di origine.
- Non esiste una discriminazione giuridica per gli immigrati relative alle attività di prevenzione – vaccini –, cure mediche territoriali e ospedaliere, procedure chirurgiche e attività riabilitative.
- Gran parte dell’allarme sociale innescato dal fenomeno della immigrazione e dalla acquisizione di nazionalità rico-

nosce scarso fondamento in termini realistici, specie a confronto con altri Paesi e epoche recenti.

- L'opportunità di una presentazione e di un adeguamento al meglio del sistema sanitario italiano costituisce un motivo di attrazione verso l'Italia per molti pazienti.
- I costi di procedure specialistiche su pazienti cronici quasi sempre non ricadono sulla nostra economia, anzi, producono un beneficio. Ciò vale sia per i cittadini comunitari che si rivolgono a noi per cure di alta specializzazione che per cittadini extracomunitari. In questo senso la sovrapposizione di medicina della migrazione e travel medicine è molto grande.

Per quanto siano limitatamente disponibili in Italia dati complessivi che consentono una visione d'insieme della problematica della transizione epidemiologica, con analisi e pubblicazioni scientifiche, l'esperienza e le attività dei singoli ambienti clinici attivi da più tempo, e in particolare quella dell'ambulatorio del Policlinico di Palermo – Prof. Mario Affronti – e la nostra esperienza di Catania, confermano l'allineamento ai profili nazionali delle patologie di riferimento delle popolazione immigrate anche in Sicilia, come in altre Regioni italiane.

Questa informazione conferma ulteriormente il rilievo predominante dell'ambiente di vita nel determinare condizioni di salute e malattia nella popolazione stabilmente residente nelle popolazioni immigrate, indipendentemente dalle etnie.

Bibliografia

- Report statistico ISTAT 13 giugno 2017. Bilancio demografico nazionale
http://www.istat.it/it/files/2017/06/bilanciodemografico-2016_13giugno2017.pdf?title=Bilancio+demografico+nazionale++13%2Fgiu%2F2017++Testo+integrale.pdf
- Report Statistico Istat salute degli stranieri
http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri++30%2Fgen%2F2014++Testo+integrale.pdf
- Affronti M, Affronti A, Pagano S, Soresi M, Giannitrapani L, Valenti M, La Spada E, Montalto G. The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Intern Emerg Med*. 2013 Oct;8(7):561-6.
- Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Capitolo 8: Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev*. 2017 May-Aug;41(3-4 (Suppl 1)):57-63.
- Lauria L, Bonciani M, Spinelli A, Grandolfo ME. Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status. *Ann Ist Super Sanita*. 2013;49(2):209-18.
- Trovato FM, Catalano D, Trovato GM. Thoracic ultrasound: An adjunctive and valuable imaging tool in emergency, resource-limited settings and for a sustainable monitoring of patients. *World J Radiol*. 2016 Sep 28;8(9):775-784.

Migranti e cronicità in Italia: quali sfide per il contrasto e la presa in carico?

Ardigò Martino

Campagna "Primary Health Care Now or Never"

Le dimensioni della cronicità correlate ai processi migratori sottendono almeno tre aree del sapere: la prima area si riferisce alla cronicità in sé alle caratteristiche specifiche degli interventi relativi alle condizioni di cronicità ed al loro contrasto; la seconda area dipende dalle caratteristiche proprie del percorso migratorio e dei determinanti ad esso correlati; la terza area riguarda la capacità del sistema sanitario di raccogliere ed analizzare le informazioni rilevanti in termini di cronicità dei migranti e proporre servizi adeguati alle necessità di salute di questa popolazione.

Per quanto riguarda le caratteristiche specifiche della cronicità bisogna ricordare che questa si caratterizza per una forte dipendenza dalle strategie promotive e preventive, ed in forma più limitata dagli interventi di tipo curativo. Infatti le azioni di tipo curativo sono confinate al trattamento delle riacutizzazioni ed alla stabilizzazione dei pazienti, dal momento che le patologie croniche sono per definizione inguaribili¹. La terapia dunque è sovrapponibile ad una strategia di prevenzione terziaria, diretta al controllo dell'evoluzione della condizione di cronicità ed al mantenimento per il più lungo tempo possibile delle abilità e dell'autonomia del paziente. In definitiva, le strategie di contrasto alle condizioni di cronicità sono dirette ad un ampio raggio di interventi e sono rivolte a tutte le fasi della vita, dal concepimento

alla morte (prospettiva lifelong). Di volta in volta gli interventi saranno basati su strategie differenti, più specificatamente nelle prime fasi della vita e rispetto a pazienti senza particolari condizioni di rischio, gli interventi saranno centrati sulle strategie di promozione della salute, dal momento che i fattori implicati nella genesi della condizione di cronicità sono numerosi, aspecifici e con debole associazione. Più avanti nell'età evolutiva possono essere invece individuati fattori di rischio più specifici o più fortemente correlati che possono giustificare strategie di prevenzione primaria e secondaria. Con l'instaurarsi della condizione di cronicità invece, le strategie di intervento sono rispettivamente di prevenzione terziaria, di cura nel caso delle riacutizzazioni, di prevenzione quaternaria per evitare overdiagnosis e over-treatment soprattutto nei pazienti con comorbidità, e cure palliative nel fine vita². Al contrario delle azioni da intraprendere nei confronti delle patologie acute, generalmente dipendenti dalle dimensioni biologiche della malattia, le strategie di contrasto alle cronicità sono fortemente dipendenti dalle dimensioni culturali e sociali della malattia, quelle che gli anglosassoni chiamano la *illness* e la *sickness*³. Il contrasto delle condizioni di cronicità infatti, necessita sia della partecipazione dei pazienti nei percorsi promotivo preventivo sia della loro aderenza alle prescri-

zioni diagnostico terapeutiche. In altre parole, il contrasto delle condizioni di cronicità, basandosi sull'alleanza e la cooperazione con il paziente e le sue reti di relazioni familiari o prossimali, necessita di attività che possano stimolare della piena comprensione e concordanza degli attori coinvolti, nonché una concreta trasformazione delle loro condizioni e modalità di vita⁴. Tutti gli elementi appena citati sono fortemente dipendenti dalle dimensioni culturali, valoriali e simboliche dei pazienti e delle loro reti così come gli stili di vita e l'aderenza ai percorsi assistenziali sono dipendenti dai determinanti sociali di salute, sia quelli che agiscono localmente sia quelli strutturali (come la povertà o la discriminazione) che accompagnano i soggetti nel corso della loro intera esistenza sia nei paesi di origine sia in quelli di arrivo.

Date queste premesse è facile comprendere quali possano essere le intersezioni e le sovrapposizioni tra cronicità e processi migratori ed è altrettanto chiaro che descrivere e contrastare le cronicità nella popolazione che ha vissuto esperienze migratorie necessiti strumenti di indagine ed intervento specifici. Per avere un'idea della complessità del tema, basti pensare che per molti cittadini stranieri, ma nati in Italia, i fattori di rischio possono sostanzialmente essere sovrapponibili a quelli degli italiani, fatto salvo che questi possono essere stati oggetto di razzismo o discriminazione, mentre per altri sia le condizioni di vita nel paese di origine sia i fattori correlati al percorso migratorio stesso possono essere molto specifici e di assoluto rilievo in termini diagnostici e terapeutici. Emerge dunque la necessità di sviluppare competenze specifiche per il contrasto delle condizioni di cronicità nella popolazione con esperienza migratoria con strumenti che tengano in consi-

derazione gli aspetti culturali, i determinanti soggettivi propri del migrante, i determinanti sociali, economici politici iscritti nei processi migratori ed in gruppi di popolazione residenti sul territorio italiano.

Come correttamente suggerito dall'organizzazione mondiale delle migrazioni, i determinanti di salute che agiscono sulle persone con esperienze migratorie devono essere suddivisi tra quelli che agiscono nei paesi di origine, quelli relativi al percorso migratorio, e quelli relativi alle condizioni di vita nel paese di arrivo⁵.

Questa suddivisione è di estrema importanza se pensata rispetto all'approccio lifelong proprio delle patologie croniche, e serve ad introdurre la complessità epidemiologica nel descrivere i fattori di rischio coinvolti nello sviluppo delle cronicità nella popolazione con esperienza migratoria, nel raccogliere informazioni a questo rispetto, nel selezionare le popolazioni di riferimento, nella stratificazione di gruppi di rischio e per la varietà delle possibili azioni di contrasto relative a differenti gruppi di popolazione. Per esempio con gli attuali strumenti di valutazione, soggetti o gruppi di popolazione possono apparire come non a rischio nel contesto di arrivo ma possono al contrario essere stati esposti nei paesi di origine o durante il percorso migratorio. Tale complessità conferma la natura estremamente soggettiva dello sviluppo della patologia cronica, e mostrano il limite di strategie specifiche rivolte "ai migranti" come se questi fossero un'unica categoria omnicomprensiva. Più coerentemente si evidenzia la necessità di incorporare nel nostro sistema strumenti epidemiologici e strategie di intervento sia centrate sulla persona, sia su gruppi di popolazione. Per esempio, i fattori di rischio pre-migratori e peri-migratori possono presentare grande variabilità anche

se associati a soggetti provenienti dallo stesso nazione o dalla stessa area geografica all'interno della nazione. Dal momento che le condizioni di vita nei contesti di partenza dipendono da fattori quali il genere, il reddito, la classe sociale, il lavoro svolto, le condizioni ambientali ed ecologiche, l'inclusione differenziale alle tutele sociali e di salute per motivi politici o sociali ecc. ecc questi dipendono dalla storia individuale dei soggetti e non sono definibili a priori. Allo stesso modo i fattori perimigratori possono essere altamente variabili includendo l'arrivo in Italia in condizioni di regolarità, con mezzi di trasporto confortevoli come nei casi di ricongiungimento familiare o percorsi migratori lunghi e complessi come quelli legati alle tratte ed al mercato della migrazione irregolare.

Questa doppia istanza relativa allo sviluppo di strumenti epidemiologici rivolti alla popolazione insieme a strategie di soggettivazione rivolte alla persona con esperienza migratoria racchiude in sé la sfida che il sistema sanitario deve affrontare nel contrasto delle cronicità.

Gli ostacoli da superare sono molti, dal momento che gli attuali sistemi di sorveglianza epidemiologica ed informativi fortemente centrati sulle condizioni patologiche e sulla produzione assistenziali sono estremamente inefficaci nel descrivere le persone e nel sostenere interventi di tipo promotivo e preventivo. Per esempio un annoso problema riguarda i descrittori epidemiologici da utilizzare con la popolazione migrante, dal momento che la coorte dei nati all'estero è differente da quella dei cittadini non italiani. Infatti, per via dello *ius sanguinis* il nato in Italia da padre straniero è straniero, ed il nato all'estero da padre italiano è italiano, il cittadino straniero residente in Italia può non richiedere la cittadinanza italiana, e continuare a risiedere sul territorio nazionale con la sola

carta di soggiorno permanente mentre discendenti italiani fino alla terza generazione, che non hanno mai vissuto in Italia, possono richiedere ed ottenere il riconoscimento amministrativo della nazionalità (come nel caso della folta comunità italiana emigrata in Sudamerica). Non esiste ancora letteratura sufficiente a dimostrare che queste differenze siano rilevanti in termini di cronicità ma servono già a segnalare lo scollamento dei flussi di dati correnti dai fattori di rischio implicati nello sviluppo e contrasto delle condizioni di cronicità rispetto ai soggetti coinvolti nei processi migratori.

Ulteriori criticità dipendono dalla mancata rilevazione a livello di popolazione dei fattori di rischio non biologici, dall'assenza di informazioni rispetto ai pazienti che non accedono al servizio sanitario, ed in definitiva rispetto ai determinanti sociali specifici della migrazione ed alle relative vulnerabilità. Sia nel caso degli italiani ma a maggior ragione nel caso dei migranti, gravati da barriere di accesso ai servizi di tipo culturale, sociale, economico e legislativo, la definizione dei bisogni a partire dai dati di accesso ai servizi si configura come un fortissimo limite nella costruzione di interventi promotivi e preventivi, quando non addirittura un elemento di produzione di diseguaglianze in salute.

Come nel caso dei modelli di stratificazione del rischio presenti nel *Piano Nazionale della Cronicità*, fortemente centrati sulle dimensioni biologiche della malattia, misurati attraverso strumenti quantitativi e centrati sui dati di accesso ai servizi, le dimensioni tenute in conto sono principalmente biologiche e solo limitatamente sociali, ma dal momento che si basano su metodologia di scoring statico centrato sui standard medi, le dimensioni relazionali tra ambiente ed individuo vengono sistematicamente escluse. In altre

parole questi modelli di stratificazione annullano la capacità differenziale degli individui di far fronte alle stesse condizioni in maniera differente, inoltre usando come standard di malattia il consumo di risorse, escludendo non solo le dimensioni della illness e della sickness che invece hanno un peso nella stadiazione del rischio del paziente, ma descrivono più sani e dunque meno a rischio, i pazienti per i quali l'accesso ai servizi è più difficoltoso. Come se non bastasse i fattori di rischio coinvolti nell'instaurarsi e nella progressione delle condizioni di cronicità dipendono dall'interrelazione cumulativa tra i fattori di suscettibilità e di resistenza biologici, individuali e sociali proprio di un determinato individuo in un determinato contesto eco-sociale⁶. La sola misurazione di standard non è in grado di fornire informazioni rispetto alla vulnerabilità del paziente intesa nei termini di una fragilità non compensata individualmente o socialmente⁷. In altri termini il valore di parametro biologico o il consumo di risorse sanitarie non sono in grado di descrivere quali siano e quanto siano consistenti le capacità di resilienza dei soggetti e quindi quanto questi possano essere in grado di sottrarsi ai processi che li rendono fragili non compensati e di conseguenza vulnerabili e vulnerati⁸. In definitiva si fa sempre più pressante la necessità di avere informazioni rispetto alla *Salute* della popolazione ed a questa necessità non sfuggono i soggetti implicati nei processi migratori. L'esistenza di un gap di conoscenze tra il set di informazioni relative alla malattia e quello relativo alla Salute, dunque, rappresenta una minaccia alla sostenibilità del sistema sanitario ed è una possibile causa di disuguaglianze di salute non solo rispetto alla popolazione migrante ma anche rispetto ai cittadini italiani. Infatti, senza un adeguato sistema di raccolta delle informazio-

ni centrate sulle persona e sui loro determinanti di salute non è possibile operare interventi specifici di contrasto alla cronicità che tengano conto della illness e della sickness, correndo il rischio di allocare più risorse ai pazienti che hanno meno barriere di accesso ai servizi e che presentano bisogni più comuni e frequenti. Inoltre, in assenza di strumenti per la medicina di iniziativa, di promozione della salute e prevenzione non è possibile spostare in età più avanzata l'instaurarsi della condizione di cronicità. Il ricorso esclusivo a strategie di prevenzione terziaria e di cura progressivamente a più alta densità tecnologica man mano che le condizioni di cronicità diventano più severe, prolungano l'aspettativa di vita dei soggetti senza un aumento degli anni di vita liberi da malattia e della qualità della vita della popolazione, ma rappresentano una causa strutturale di aumento della spesa sanitaria.

Ancora una volta appare chiaro come il tema della Salute, quale diritto umano fondamentale, coinvolga tutti allo stesso modo, e come occuparsi della salute di gruppi di popolazione come i migranti rappresenti una opportunità per sviluppare strumenti utili a tutta la comunità. Il tema della cronicità conferma una volta di più come la migrazione rappresenti una opportunità per tutta la comunità.

Note

- ¹ Mendes, Eugênio Vilaça. "O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família." *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. 2012. pp.132-189.
- ² Ministero della Salute. "Piano Nazionale Cronicità". 2016 pp- 7-30 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf ultima visita 19/02/2018.
- ³ Aho, James, and Kevin Aho. *Body matters: A phe-*

- nomenclology of sickness, disease, and illness*. Lexington Books, 2008.
- ⁴ Ministero della Salute 2016, cit., pp 33-54.
- ⁵ Davies, Anita A., Anna Basten, and Chiara Frattini. "Migration: a social determinant of the health of migrants." *Eurohealth* 16.1 (2009): 10-12.
- ⁶ Krieger, Nancy. "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective." *International journal of epidemiology* 30.4 (2001): 668-677.
- ⁷ Kottow, Michael H. "Vulnerability: What kind of principle is it?." *Medicine, Health Care and Philosophy* 7.3 (2005): 281-287.
- ⁸ Ayres, José Ricardo, Vera Paiva, and Ivan França Jr. "From natural history of disease to vulnerability." *Parker R, Sommer M. Routledge handbook of global public health*. London/New York: Routledge (2010): 98-107.

Malattie croniche e migrazione: l'esperienza fiorentina della comunità peruviana

Donata Magnelli, Michele Spinicci, Benedetta Formelli, Lorenzo Zammarchi, Pietro Amedeo Modesti, Maria Boddi, Maria José Caldes, Gavino Maciocco, Alessandro Bartoloni

Dipartimento Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

Centro di Salute Globale – Regione Toscana – AOU Meyer

Il numero di cittadini peruviani residenti in Italia è aumentato di 30 volte dall'inizio degli anni '90. Al 1° gennaio 2016, la comunità peruviana risulta la comunità latino-americana più rappresentata in Italia con 103 341 soggetti. La maggior parte dei membri della comunità sono donne (60%), di età adulta: la fascia di età 35-54 ingloba più del 42% dei cittadini peruviani, con un'età media (35 anni) superiore a quella rilevata sul complesso dei cittadini non comunitari (32 anni). Negli ultimi anni si è assistito ad un forte processo di stabilizzazione delle presenze, tanto che, nel 2016, il 61% dei cittadini peruviani regolarmente soggiornanti è titolare di un permesso per soggiornanti di lungo periodo (+4,3% rispetto all'anno precedente), mentre il 39% dispone di un permesso soggetto ad essere rinnovato.

Firenze ospita la quarta comunità peruviana più grande in Italia (7,834 soggetti). Studi recenti hanno messo in luce alcune peculiarità epidemiologiche della comunità peruviana fiorentina. Nell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) 10 di Firenze, il numero dei casi di tubercolosi (TB) notificato nella popolazione peruviana è incrementato nell'ultima decade (fino a circa il 20% di tutti i casi), a fronte di una sostanziale stabilità nella popolazione generale (100-130 casi di TB all'anno, con un'inci-

denza di 10-14 casi per 100 000 abitanti). Nel 2009, l'incidenza di TB della comunità peruviana a Firenze (381:100 000) è risultata più di tre volte superiore rispetto a quello della comunità peruviana in Italia (117:100 000) e anche dell'incidenza di TB in Perù (113:100 000). Sulla base di queste osservazioni, al fine di favorire il diritto alla salute e migliorare l'accesso ai servizi sanitari dei cittadini peruviani di Firenze, il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica degli Studi di Firenze, in collaborazione il Centro di Salute Globale della Regione Toscana, il Consolato del Perù a Firenze e la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, Perù), ha promosso uno studio pilota che proponeva misure di tipo preventivo e diagnostico per una serie di condizioni cliniche dovute sia a patologie infettive che patologie non trasmissibili, attraverso un approccio attivo e multidisciplinare. In particolare, lo studio da una parte si prefiggeva di indagare la prevalenza di alcune patologie infettive, cardiovascolari e metaboliche, che, secondo i dati epidemiologici disponibili ed altri dati di letteratura, potevano essere di particolare interesse per la comunità peruviana; dall'altra una ricerca qualitativa su tematiche di sanità pubblica attraverso il metodo del *focus group*, ossia interviste di gruppo non strutturate a persone appartenenti

alla comunità peruviana, da realizzare grazie alla collaborazione del Dipartimento di Scienze della Salute dell'Ateneo fiorentino.

Le malattie infettive verso cui è stato diretto lo screening sierologico sono epatiti virali croniche (HBV, HCV), HIV, Strongyloidiasi e malattia di Chagas. L'attenzione è stata quindi rivolta verso un gruppo di patologie che si caratterizzano per: (i) epidemia intermedio-alta in Perù; (ii) andamento cronico, con lunghi periodi di latenza; (iii) possibili gravi complicanze a lungo termine; (iv) incidenza non nota, fatta eccezione per la TB, nella popolazione di migranti peruviani residenti su territorio fiorentino. La scelta di affiancare allo screening infettivologico indagini volte a valutare l'effetto della migrazione su aspetti metabolici e fattori di rischio cardiovascolari, attraverso la raccolta di dati anamnestici, antropometrici, di laboratorio ed ecografici, è basata su dati di letteratura, alcuni dei quali riguardanti proprio la popolazione peruviana. In questi studi, i migranti che da aree rurali del Perù si trasferivano a Lima, mostravano prevalenze di diabete mellito di tipo 2 (3%) e di obesità (20%) intermedia rispetto a quella riscontrata nei residenti a Lima (6% e 33%) e nei soggetti che continuavano a vivere in area rurale (0.8% e 3%). Inoltre soggetti immigrati da aree rurali del Perù verso aree urbane presentavano tassi di trattamento per l'ipertensione arteriosa inferiori rispetto ai soggetti originari delle aree urbane probabilmente a causa dello scarso accesso alle cure. Altri studi, condotti su diverse comunità di migranti, hanno mostrato che la migrazione da paesi a basso reddito verso paesi a maggior reddito, produce un incremento di rischio di sviluppare patologie croniche dovuto all'adozione di scorretti stili di vita.

Lo studio ha ricevuto l'approvazione del Comitato Etico locale.

Attualmente lo studio ha completato l'arruolamento di 72 partecipanti, 31 uomini e 41 donne di età compresa tra i 18 e i 50 anni (media 34 anni), selezionati con modalità random dalle liste dei soggetti di nazionalità peruviana residenti a Firenze, presenti presso l'ASL 10. I dati finora raccolti dallo screening infettivologico hanno mostrato: 28% (20/72) di soggetti con infezione tubercolare, tra cui 1 caso di TB attiva, riscontri occasionali di positività per HBV e Strongyloides, nessun caso di sieropositività per HIV e HCV. Allo stesso tempo emerge una preoccupante prevalenza di alcuni fattori di rischio cardiovascolare: spiccano infatti per frequenza dislipidemie e obesità centrale, accompagnate da risultati ecografici che evidenziano un'alta prevalenza di aumento del tessuto adiposo viscerale (54%) e steatosi epatica non alcol correlata (74%). Questi risultati sono ancor più allarmanti se relazionati alla bassa età media della popolazione arruolata. Da non trascurare infine, il rilievo di steatosi alcolica nel 18% dei soggetti e il tasso di interruzioni volontarie di gravidanza (14%). I dati finora ottenuti mostrano che il controllo del rischio cardiovascolare, attraverso la correzione di stili di vita dannosi per la salute, è una priorità per la comunità peruviana fiorentina. Naturalmente sarà necessario il completamento dello studio per confermare i dati finora raccolti e programmare, sulla base dei risultati definitivi, interventi specifici per questa comunità, a partire dalle attività di educazione sanitaria previste nello studio.

Bibliografia

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di integrazione, La Comunità Peruviana in Italia. Rapporto annuale sulla presenza degli immigrati – 2012, (2012).

- Martidonna A, Saravia P. L'immigrazione Peruviana in Italia. Capitolo in Dossier Caritas-Migrantes 2011 (2011). Bollettino Epidemiologico Toscana (www.regione.toscana.it)
- Zammarchi L, Tortoli E, Borroni E, Bartalesi F, Strohmeyer M, Baretti S, Simonetti MT, Liendo C, Santini MG, Rossolini GM, Gotuzzo E, Bartoloni A; COHEMI project study group. High prevalence of clustered tuberculosis cases in peruvian migrants in florence, Italy. *Infect Dis Rep.* 2014 Dec 11;6(4):5646. doi: 10.4081/idr.2014.5646. eCollection 2014 Nov 19.
- J. Jaime Miranda, Antonio Bernabe-Ortiz, Sanja Stanojevic, German Malaga, Robert H. Gilman, Liam Smeeth. A1C as a Diagnostic Criteria for Diabetes in Low- and Middle-Income Settings: Evidence from Peru. *PLoS One.* 2011 Mar 25;6(3):e18069. doi: 10.1371/journal.pone.0018069
- Alisha R Davies, J Jaime Miranda, Robert H Gilman and Liam Smeeth. Hypertension among adults in a deprived urban area of Peru - undiagnosed and uncontrolled? *BMC Res Notes.* 2008 Feb 26;1:2. doi: 10.1186/1756-0500-1-2.
- Ruth M. Masterson Creber, Liam Smeeth, Robert H. Gilman, J. Jaime Miranda. Physical activity and cardiovascular risk factors among rural and urban groups and rural-to-urban migrants in Peru: a cross-sectional study. *Rev Panam Salud Publica.* 2010 July ; 28(1): 1–8
- Antonio Bernabe-Ortiz, Catherine Pastorius Benziger, Robert H. Gilman, Liam Smeeth, J. Jaime Miranda. Sex Differences in Risk Factors for Cardiovascular Disease: The PERU MIGRANT Study. *PLoS ONE* 7(4): e35127. doi:10.1371/journal.pone.0035127

Integrazione anche nella prevenzione: interventi per favorire l'accesso ai programmi di screening cervicale delle donne straniere temporaneamente presenti nella città di Torino

Livia Giordano¹, Silvana Appiano², Mariapia Bronzino³, Roberta Castagno¹, Federica Gallo¹, Francesca Garena¹, Enrica Guglielmotti², Luisa Mondo⁴, Mirela Rau², Laura Sacchi²

¹ Epidemiologia Screening – CRPT AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; ² Associazione di volontariato Camminare Insieme di Torino; ³ Sermig – Arsenale della Pace di Torino; ⁴ Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL3, Grugliasco

Introduzione e obiettivi

Gli stranieri residenti a Torino al 31 gennaio 2017 sono 132.806 e rappresentano circa il 15% della popolazione residente (Ufficio Statistica – Città di Torino). Essi provengono principalmente da Paesi dell'Unione Europea (42,5%), Africa (26,1%), Asia (12,5%), America (9,7%), Europa (9,1%). In particolare, la comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 39,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (12,9%) e dal Perù (5,7%).

Le donne straniere sono 69.185 (52% della popolazione straniera) e la fascia d'età di maggiore presenza è quella fra 25 e 49 anni, che rappresenta il 53% delle straniere residenti a Torino.

Agli stranieri residenti si aggiunge poi una quota di "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP), la cui stima è difficile da ottenere, ma che sicuramente incide sul totale di questa popolazione.

Da un punto di vista sanitario è noto che la popolazione immigrata presenta, per alcune malattie, un'esposizione ad alcuni fattori di rischio e tassi di incidenza più elevati rispetto ad altri sottogruppi di popola-

zione. In generale, gli immigrati hanno più difficoltà ad accedere ai servizi socio-sanitari e a quelli di screening a causa di barriere burocratiche e culturali e alla difficoltà a districarsi nel complesso 'labirinto' dei servizi. Inoltre, da parte degli immigrati (soprattutto quelli irregolari) non c'è spesso alcuna conoscenza dei propri diritti, né tanto meno la capacità di farli valere.

A Torino, è attivo dal 1992 il programma organizzato di screening per i tumori della cervice uterina "Prevenzione Serena". Il programma invita tutte le donne residenti tra 25 e 64 anni ad effettuare un test gratuito presso i consultori familiari disseminati sul territorio: un Pap-test alle donne tra 25-29 anni ogni 3 anni, oppure un test HPV alle donne tra 30-64 anni, ogni 5 anni. Complessivamente, l'adesione al programma di screening cervicale è compresa tra il 55% e il 60% circa. Dall'analisi dei dati del servizio Epidemiologia Screening – CPO, che gestisce e coordina il programma organizzato, risulta che le donne straniere residenti partecipano allo screening cervicale in misura inferiore rispetto alle donne italiane (circa -4,6%) e questo divario aumenta all'aumentare dell'età. Questo può essere legato a barriere di tipo linguisti-

stico (problematiche relative alla comprensione dei messaggi), culturale (scarsa informazione e cultura della prevenzione), basso livello di istruzione, incompatibilità tra i valori culturali, religiosi delle donne e le procedure alla base dello screening, fattori emotivi e psicologici.

Il programma è esclusivamente rivolto alle donne residenti le quali ricevono una lettera di invito con appuntamento prefissato. Questo sistema esclude quindi le donne STP per le quali risulta complesso pianificare un sistema di coinvolgimento attivo ed eventualmente monitorabile nel tempo.

L'equità nell'accesso, l'esigenza di garantire il diritto a questo servizio anche a fasce deboli (seppur momentaneamente presenti) della nostra popolazione, la necessità di creare sinergie con le associazioni che da lungo tempo lavorano in questo ambito, costituiscono gli obiettivi essenziali di questo intervento affinché anche la popolazione di donne STP entri a far parte del percorso di screening della cervice uterina.

Metodi e azioni

Il servizio di Epidemiologia Screening – CPO di Torino ha dapprima creato una rete di sinergie tra operatori di screening, mediatori culturali e professionisti socio-sanitari che operano nel campo dell'immigrazione per individuare una strategia efficace e condivisa da implementare per offrire la possibilità di effettuare almeno un test per la prevenzione dei tumori della cervice uterina alle donne STP.

Grazie a questa rete è stato possibile avviare una collaborazione con due tra le principali associazioni di accoglienza e assistenza alla popolazione immigrata, attive nella città di Torino - il Sermig/Arse-nale della Pace e l'Associazione di volontariato "Camminare Insieme". Queste due

associazioni offrono prestazioni sanitarie principalmente alla popolazione migrante con difficoltà di accesso alla rete dei servizi pubblici, perseguendo una politica di accoglienza, informazione ed educazione sanitaria. Sono stati quindi concordati e predisposti dei percorsi specifici che permettessero la completa integrazione di questi test all'interno del sistema esistente di screening con particolare attenzione alla sensibilizzazione delle donne, al momento dell'accoglienza ed alla tracciabilità del percorso in termini di appropriatezza e di qualità del servizio.

Sono stati predisposti due centri di prelievo con le stesse modalità e gli stessi protocolli previsti nel programma organizzato.

Il personale di accoglienza che riceve le donne afferenti a questi centri e fornisce loro informazioni sulla prevenzione dei tumori della cervice uterina e i test è stato appositamente sensibilizzato/formato sulla tematica, così come gli operatori sanitari volontari che effettuano i test di screening. Per le donne sono stati anche predisposti degli opuscoli informativi multilingue.

I prelievi effettuati vengono periodicamente inviati al CPO e tutte le informazioni anamnestiche raccolte durante il prelievo vengono inserite sul sistema screening.

L'esito dei test viene inviato via posta alle due associazioni che provvedono a contattare le donne interessate per la consegna del referto, informandole del risultato e dell'eventuale necessità di approfondimenti. Una rete di follow-up delle donne aderenti è stata messa in atto al fine di garantire il completamento del percorso di screening, laddove necessario.

Risultati

I due centri sono stati attivati rispettivamente nel gennaio 2015 (Sermig) e giugno 2017 (Camminare Insieme).

Complessivamente sono stati effettuati 183 test di screening (46 Pap test, 137 test HPV). I paesi di provenienza delle donne che hanno effettuato il test sono soprattutto la Romania (28,8%), la Nigeria (28,3%), il Marocco (13%) ed il Perù (3,8%).

Al mese di febbraio 2017, l'esito era disponibile per 153 donne: 141 donne (92,2%) hanno avuto un esito negativo (di queste, 18 hanno avuto un negativo ad un anno dopo un test HPV), 6 donne (3,9%) sono state richiamate per effettuare un approfondimento diagnostico (colposcopia) mentre per 6 (3,9%) il test doveva essere ripetuto (in quanto inadeguato o per presenza di flogosi/inflammazioni).

Delle 6 donne inviate ad un approfondimento colposcopico, 3 non si sono presentate né all'appuntamento né al sollecito (una risulta trasferita). Una donna deve ripetere sia il Pap test che il test HPV ad 1 anno. Delle restanti 2 donne, dopo la colposcopia, una ha avuto come esito istologico CIN3 e ha effettuato il trattamento di conizzazione con ANSA, mentre l'altra ha avuto un esito negativo dell'esame istologico e dovrà quindi ripetere sia il Pap test che il test HPV ad 1 anno.

Discussione

Tra gli stranieri quelli "irregolari" rappresentano la fascia più debole, soprattutto a livello di salute, per esposizione ad alcune infezioni ed incidenza di alcune malattie e tumori (più alte che in altri sottogruppi di popolazione).

Per questo specifico target di popolazione è necessario quindi predisporre azioni specifiche che favoriscano una maggiore integrazione nei percorsi di salute offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Lo sforzo compiuto da alcuni programmi di screening italiani nell'integrare questo sottogruppo all'interno di un percorso di prevenzione gratuito e di qualità, anche

se complesso a livello organizzativo (in quanto richiede quasi sempre una gestione doppia e parallela) è un primo ed importante passo per garantire anche a queste donne gli stessi servizi e la stessa qualità garantiti al resto della comunità.

Al momento, i numeri ottenuti dall'intervento effettuato a Torino, con la collaborazione delle due associazioni territoriali Sermig e Camminare Insieme, sono piccoli ma di estrema attenzione e importanza.

Da un precedente studio condotto dal CPO sull'adesione delle donne italiane e straniere (residenti) al programma di screening cervicale a Torino, è emerso un tasso di richiami più elevato per le donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (molti di quelli da cui provengono anche le donne STP) rispetto a quello delle italiane (rispettivamente 3,1% vs 2,2%) e un tasso di identificazione per lesioni CIN2+ doppio tra le prime rispetto alle seconde (rispettivamente 5,6‰ vs 2,3‰).

Dalla valutazione iniziale di questa esperienza, per quanto si basi su numeri piccoli, si evidenzia un andamento molto simile (recall rate 3,9%, detection rate per CIN2+ 6,5‰).

Se da una parte la gestione all'interno di un programma regionale consolidato negli anni come quello degli screening può permettere una maggior efficacia ed efficienza nel gestire i bisogni di queste popolazioni rispetto ad una gestione frammentata e non coordinata, dall'altra rimangono ancora delle criticità. Garantire un follow up adeguato alle donne con positività al primo livello rimane un punto nodale e delicato. Questa popolazione, proprio per le sue caratteristiche di forte mobilità e scarsa tracciabilità, necessita di interventi più coordinati e tempestivi per ridurre il numero di donne che interrom-

pono il percorso di screening. Una maggior sinergia tra tutti gli attori del processo sarà indispensabile nel prossimo futuro per garantire il rispetto di tutte le tappe del processo.

Questo lavoro resta comunque un esempio positivo di raccordo tra strutture

pubbliche attive in questo campo ed il mondo del volontariato e del privato sociale per realizzare quella integrazione delle politiche sanitarie evocata come indispensabile dai vari piani di attività sanitaria ma ancora troppo spesso lontana da una sua piena concretizzazione.

Sostenere la complessità. Migranti e disagio mentale, nuove prospettive per il sistema sanitario pubblico

Davide Bruno

Psichiatra e psicoterapeuta, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

La tutela della salute è sancita dalla Costituzione italiana come diritto fondamentale dell'individuo e interesse per la collettività, unitamente alla gratuità delle cure per gli indigenti. Tale principio ha trovato la sua applicazione nell'istituzione del Servizio sanitario nazionale con la promulgazione della legge 833 del 1978, che garantisce agli individui l'accesso alle cure secondo i principi di universalità, equità ed uguaglianza. Il diritto alla salute, intesa come il raggiungimento di uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, per citare l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si pone quindi all'interno della dialettica tra individuale e collettivo, tra ciò che attiene alla sfera privata e ciò che interessa quella pubblica.

La sostenibilità di un tale approccio è stata ultimamente messa in discussione, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti economici, dando luogo ad una serie di proposte, alcune delle quali sono state considerate ad elevato rischio rispetto alla visione universalistica che ispirava la costituzione del SSN nel nostro Paese, tanto da evocare lo scenario di un progressivo "smantellamento" della sanità pubblica in futuro. La tutela della salute in termini di completo benessere psico-fisico e sociale non rimanda solamente ad una visione forte della dignità e della libertà delle persone, ma anche ad un approccio che tiene

conto della complessità che caratterizza gli individui e l'ambiente in cui si trovano a vivere.

Nel 1978 viene promulgata un'altra legge, che confluirà nella 833, dal titolo "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", denominata 180 o legge Basaglia dal nome dello psichiatra che si fece promotore della riforma in Italia. Anch'essa è stata ispirata a principi di dignità e libertà della persona, sancendo la chiusura degli ospedali psichiatrici e la costituzione dei servizi territoriali di salute mentale. In quegli anni, i temi dell'autodeterminazione, della libertà e dell'uguaglianza fungevano da coordinate collettive entro cui venivano declinate di volta in volta le azioni pubbliche e politiche. Da un certo punto di vista, si potrebbe affermare che i presupposti epistemologici che hanno portato alla promulgazione di entrambe le leggi, la 180 e la successiva 833, siano oggi messi in discussione e considerati eccessivamente utopistici, sia in termini economici, sia rispetto alla loro sostenibilità sociale. Diverse riforme sono state infatti presentate successivamente riguardanti la privatizzazione di alcuni settori del sistema sanitario, e il ritorno a dispositivi più o meno apertamente custodialistici per i pazienti affetti da patologia mentale.

Si potrebbe affermare che assistiamo oggi a massive operazioni di riduzione della complessità di cui siamo portatori a categorie di comprensione discrete, quali quelle economiche e mediche. La cura delle malattie si basa nella nostra società occidentale su interventi sempre più raffinati a livello farmacologico, ad esempio, che traggono la loro legittimità dalle ricerche nel campo della biologia molecolare. Questa visione della cura, se diventa predominante, rischia tuttavia di abradere altri approcci ugualmente fondamentali per la comprensione e l'intervento sulla sofferenza degli individui.

Ricevo giornalmente in un ambulatorio di Milano pazienti provenienti dalla periferia della città, che mi consultano dichiarandosi "depressi" in relazione a sintomi quali deflessione del tono dell'umore, apatia, ansia e difficoltà a svolgere le normali attività della vita quotidiana. Secondo una certa visione predominante in campo medico, di cui la psichiatria fa parte, la risposta terapeutica risiederebbe nella prescrizione di una terapia antidepressiva, che abbia lo scopo di riequilibrare i circuiti di neurotrasmissione cerebrale. Tuttavia, se si ha il tempo e la volontà di indulgiare nel colloquio, si scopre ad esempio che alcune di queste persone vivono in una condizione di estrema precarietà abitativa, in case occupate, hanno una bassissima autostima avendo perso il lavoro e intrattengono relazioni altamente conflittuali con i familiari, privati di una rete di relazioni sociali significative. La prescrizione farmacologica non risolve quindi tutti i fattori in gioco all'origine della sintomatologia depressiva e rischia di essere inefficace se non supportata da interventi di altro tipo, di ordine psicologico e sociale, ad esempio. Anche nel caso dei pazienti italiani, quindi, una modalità di intervento eccessivamente medicalizzata rischia di risultare

inappropriata e inefficace. Lo stesso tipo di considerazione si potrebbe applicare alla medicina cosiddetta somatica, nel caso di un paziente affetto da polmonite, ad esempio, per il quale non siano state indagate le condizioni abitative, nutrizionali, lavorative etc.

I pazienti migranti ci obbligano invece a tener conto di altri livelli di comprensione, proprio perché spesso i sintomi di cui sono portatori appaiono indecifrabili, e le terapie farmacologiche di cui disponiamo inefficaci. Una paziente originaria della Tunisia si lamenta con lo psichiatra che ha consultato di essere vittima del malocchio. Che risposta può essere data ad una tale affermazione? Si può forse considerarla una tematica delirante (il malocchio non esiste nella realtà) e prescrivere una terapia neurolettica, ma in questo modo tale problema difficilmente verrà risolto. Probabilmente, la paziente tornerà a consultarci e a lamentare ad esempio disturbi gastroenterici e neurologici (confusione mentale, svenimenti) non obiettivabili, che continuerà ad attribuire al malocchio. Dedicando il tempo necessario al colloquio, si scoprirà che Fatima crede che il malocchio di cui è vittima derivi dalle pratiche di una cugina invidiosa della condizione di relativo benessere che la paziente aveva raggiunto in Italia grazie al suo lavoro di commessa, che però ha recentemente perso a causa della crisi economica. Il tema del malocchio, quindi, lungi dall'essere un sintomo delirante, rimanda a tematiche di ordine culturale, psicologico e sociale. Solo una comprensione approfondita delle problematiche della paziente (rapporto con la famiglia di origine, motivazioni alla base della migrazione, condizioni attuali di vita etc.) permetterà di approntare interventi idonei che non possono limitarsi alla mera prescrizione farmacologica.

I pazienti migranti ci costringono a fare i conti con la complessità, a trovare un tempo nella cura che non sia quello compreso a cui ci obbligano le nostre agende nei servizi pubblici di salute mentale. La loro presenza nei nostri ambulatori ci permette di riflettere sull'universalità e sulla personalizzazione delle cure, trovando soluzioni creative che travalichino i limiti delle singole discipline, mettendo in comunicazione il sapere medico psichiatrico, gli approcci psicologici e le prospettive socio-culturali. La compartimentalizzazione di cui soffre la medicina, divisa in diverse specialità, e ancor più la psichiatria, costituita da approcci che difficilmente dialogano tra loro, deve essere necessariamente superata nella cura di chi viene da altrove, perché solo in questo modo è possibile restituire un significato alla sofferenza, e quindi approntare un approccio terapeutico il più possibile adattato. Limitarsi alla prescrizione farmacologica, secondo i più recenti sviluppi della psichiatria occidentale, non risulta solamente inefficace, nella migliore delle ipotesi, ma porta anche alla cronicizzazione di una sintomatologia che non è stata compresa nella sua interezza e complessità. Si tratta di restituire voce a persone spesso emarginate, escluse dai circuiti del potere e soggette a comportamenti stigmatizzanti. La restituzione della loro dignità di persone va di pari passo con la riappropriazione della nostra dignità di curanti, sempre più impegnati in rapporti terapeutici superficiali e standardizzati, nonché costretti a ritmi di lavoro sempre più incalzanti nelle istituzioni in cui lavoriamo.

La presa in carico dei pazienti migranti è quindi complessa, prevede la messa in atto di dispositivi terapeutici specifici, personale formato ai temi della differenza culturale, traduttori, consulenti in campo sociale, psicologico ed antropologico. Per

tali motivi è stata giudicata eccessivamente onerosa in termini economici. Tuttavia, se si prendono in considerazione altri parametri, quali la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero, l'adeguatezza delle terapie psicofarmacologiche prescritte, la diminuzione dei casi di revolving-door, essa non solo non si presenta "in perdita", ma appare addirittura vantaggiosa e conveniente, anche volendosi limitare al solo aspetto economico.

I pazienti migranti ci obbligano a riflettere d'emblée sui temi che riguardano lo stigma, l'accesso alle cure, la personalizzazione della presa in carico, l'adeguatezza degli interventi sanitari e il rapporto terapeuta-paziente. Tali temi erano già presenti nei principi ispiratori della riforma del SSN e della legge 180, supportati da un mandato collettivo centrato sull'importanza della libertà e della dignità degli individui. Oggi essi devono essere ripensati in una società sempre più "liquida", privatizzata ed individualizzata, in cui la complessità delle persone è spesso ridotta a visioni parziali e frammentarie che non dialogano tra loro. Restituire la pienezza della comprensione dei singoli individui, nel loro rapporto con se stessi e col mondo, significa opporsi a tali movimenti basati su operazioni di scissione, per rifondare una sanità più inclusiva, solidale ed umana.

Bibliografia

- Bauman Z. (2003) *Modernità Liquida*. Roma-Bari: Laterza
Basaglia F. (1968) *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi
Bruno D. (2017) *Alle Frontiere della 180. Storie di migranti e psichiatria pubblica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
Nathan T. (2012) *Ethno-Roman*. Paris: Grasset

Stato dell'arte dell'assistenza socio-sanitaria e analisi delle caratteristiche cliniche e neuropsicologiche degli immigrati con patologia cronica

BALCONI M.^{1,2}, BOSSOLA M.³, DE FILIPPIS D.^{1,2}

¹ Unità di Ricerca in Neuroscienze sociali e delle emozioni, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; ² Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; ³ Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Obiettivi

Nell'ultimo decennio, il numero di immigrati presenti in Italia è aumentato rapidamente, con effetti potenzialmente dannosi per il sistema sanitario nazionale. L'incremento degli stranieri si è registrato anche tra i pazienti con diagnosi di patologie croniche. Tuttavia, in letteratura sono disponibili pochi dati sulle caratteristiche cliniche e demografiche di questi soggetti o sul loro bisogno di assistenza psicosociale. Spesso, difatti, si configura il rischio di scarsa compliance alle terapie a causa delle barriere dovute al sostrato culturale. Ad oggi risulta necessario avere maggiore conoscenza dei contesti socio-culturali e addestrare i professionisti del settore a superare queste disparità. Lo scopo di questo studio è esplorare quali limitazioni incorrano nella cura degli immigrati definendo la rete relativa al supporto psico-socio-sanitario. Si intende valutare, inoltre, la percezione e il livello di informazione degli immigrati con patologia cronica verso la loro condizione clinica ed eventuale comorbidità con fattori socio-culturali.

Metodi

La prima fase dello studio è stata condotta su Territorio Nazionale mediante un'indagine atta a censire la rete sanitaria e socio-assistenziale delle realtà pubbliche e private che si occupano del benessere dell'immigrato con patologia cronica. Nella seconda fase dello studio sono state raccolte informazioni demografiche dalla documentazione medica di immigrati appartenenti a strutture ospedaliere della Regione Lazio, Lombardia e Puglia. È stato, inoltre, costruito e somministrato uno strumento ad hoc al fine di esplorare non solo il quadro clinico dei pazienti, ma definirne lo stato di salute psichica e neuropsicologica con possibili fattori di rischio legati al contesto di appartenenza. Per determinare il ruolo degli operatori in ambito medico e socio-assistenziale ed evidenziare eventuali difficoltà riscontrate nella cura dei pazienti immigrati con malattie croniche, è stata utilizzata un'intervista semistrutturata.

Risultati

Attraverso l'analisi esplorativa sono stati definiti i fattori di rischio familiari, ambientali, nutrizionali e sociali degli immigrati confrontandoli con quelli di pazienti italiani nella stessa condizione clinica. L'analisi osservativa condotta a livello nazionale e regionale ha permesso di configurare l'attività delle strutture poliassistenziali. Infine, tramite l'intervista è stato possibile stilare lo stato dell'arte dei profili degli operatori coinvolti (medici, psicologi, neuropsicologi) e il loro ruolo nel supporto clinico e psicologico del paziente immigrato con patologia cronica.

Conclusioni

Evidenziare i bisogni specifici e le opportunità di intervento offerte dal territorio agli immigrati è ad oggi sostanziale al fine di definire buone pratiche di presa in carico del paziente, ottimizzando le risorse economiche al fine di fornire linee guida per la programmazione di interventi assistenziali e migliorare la *compliance* del paziente alle cure.

Contatto: Daniela De Filippis (daniela.defilippis@unicatt.it)

Analisi dei ricoveri ospedalieri in regime di day-service dei migranti in situazione di irregolarità giuridica e dei migranti forzati

PRIZZI V., POLLACCIA E., DE MICHELE M., SCELFO M., BOSCARINO M., DAVI D., AFFRONTI M.

UOS di Medicina delle Migrazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Obiettivi

L'obiettivo dello studio è quello di verificare l'influenza delle variabili socio-politico-economiche e culturali sui ricoveri della popolazione straniera irregolare e/o clandestina e di quella rappresentata dalla migrazione forzata allo scopo di valutarne i bisogni di salute reali.

Metodi

È stato condotto uno studio retrospettivo su 192 pazienti migranti ricoverati in regime di Day-Service nel biennio 2015-16 dall'UOS "Medicina delle Migrazioni" del Policlinico di Palermo. Sono state valutate le diagnosi (classificazione ICD-9) insieme ai dati anagrafici e socio-culturali.

Risultati

I dati anagrafici mostrano pazienti giovani (età media 38 anni), principalmente di sesso maschile (63%), provenienti per lo più da Africa (55.6%) e Sud-Est Asiatico (29.6%). I migranti forzati sono 69 (35.9%). Dai dati clinici si evince la prevalenza di patologie cronico-degenerative: ipertensione arteriosa (16.7% del totale, 43.2% nell'ambito dei pazienti ghanesi), diabete mellito (13.5% del totale, 35% tra i pazienti del Bangladesh) e BPCO (7.8%). Le malattie infettive sono principalmente: epatiti virali da HBV (8.8%), e tubercolosi (5.2%). Altre patologie degne di nota: epatopatie croniche (6.8%) ed anemie (5.2%). Da un'ulteriore analisi si rileva che l'88.2% dei casi di epatiti virali e l'81.8% dei casi di tubercolosi si ha tra i migranti forzati. I dati di natura giuridica e socio-economica svelano come questi pazienti appartengano ad una categoria "vulnerabile", affetta da varie problematiche: condizione di irregolarità giuridica (54,7%) clandestinità (29,5%), disoccupazione (40.6%), nessuna istruzione (15.1%) o basso livello d'istruzione (44.8%), nessuna o scarsa conoscenza della lingua italiana (42.2%). Tuttavia, su questa casistica incidono anche fattori considerati "protettivi" per la salute, come la fruibilità dei servizi sanitari, garantita dal SSN, e il vivere con la famiglia (34.4%).

Conclusioni

I dati mostrano una correlazione tra l'incidenza di certe patologie (come le cronico-degenerative) e i determinanti di salute distali: questi concorrono, insieme ai classici fattori eziologici, ad aumentare la morbilità dei pazienti. È interessante notare che per alcune patologie l'età di esordio è precoce rispetto agli standard italiani. Inoltre, si assiste a un cambiamento dello stile di vita del migrante, con il ricorso a cibi economici ipercalorici e l'aumento del BMI. Le malattie infettive invece sono per lo più correlabili a fattori relativi ai paesi d'origine e alle condizioni disumane dell'esodo verso l'Europa. Tuttavia anche nel nostro paese la qualità di vita dei migranti (povertà, alloggi sovraffollati, condivisione dei servizi igienici), in aggiunta alla accessibilità reale dei servizi, rischia di influire negativamente sull'incidenza e sulla prognosi delle patologie infettive. I determinanti di salute distali influiscono in modo significativo sulla morbilità dei pazienti migranti. Sarebbero utili interventi economici, politici e sociali per eliminare le disuguaglianze della salute.

Contatto: *Valentina Prizzi (smsfpalermo@gmail.com)*

Presa in carico e gestione dei pazienti con ipertensione arteriosa presso un Poliambulatorio a bassa soglia di accesso nella città di Roma

CORSARO A.¹, PETTINICCHIO V.^{4,5}, CIVITELLI G.^{2,4}, DE SOCCIO P.^{3,4}, SALVATORI L.M.^{3,4}, MAESTRINI M.C.³, CINQUE F.¹, BRUNO S.^{1,4}, DAMIANI G.¹, MARCECA M.^{3,4}, GERACI S.^{2,4}

¹ Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ² Caritas di Roma, Area Sanitaria; ³ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ⁴ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.); ⁵ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma "Tor Vergata"

Obiettivi

I cambiamenti demografici ed epidemiologici che hanno interessato la popolazione di paesi ad alto reddito non hanno risparmiato la popolazione immigrata, determinando un aumento della prevalenza delle patologie croniche. Anche il Poliambulatorio Caritas di Roma ha visto aumentare la frequenza. La prevalenza di malattie cardiovascolari (CV) tra cui l'ipertensione arteriosa, ammontava infatti al 9,3% nel periodo 2014-2017. Per garantire una corretta presa in carico dei soggetti ipertesi e a rischio di complicanze CV, è stata elaborata una procedura specifica.

Metodi

Per definire i bisogni assistenziali dell'utenza è stato analizzato il database dell'ambulatorio tramite estrazione dal software gestionale dei codici diagnosi ICD-9 riferiti alle malattie del sistema circolatorio, compreso il codice 401, "ipertensione arteriosa". Il percorso diagnostico-terapeutico è stato definito utilizzando due linee guida, della European Society (ES) of Hypertension e ES of Cardiology anno 2013 e dell'American College of Cardiology 2017. Tra queste, sono state selezionate le indicazioni più rispondenti alle condizioni di criticità e vulnerabilità dei pazienti. Il gruppo di lavoro formato da un medico di medicina generale, medici di Direzione Sanitaria, specialisti e specializzandi in Sanità Pubblica, ha applicato una metodologia partecipativa e operativa sul campo. La condivisione dei percorsi individuati con gli operatori del Poliambulatorio e con i responsabili del Distretto dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza sarà fondamentale per garantire partecipazione nella gestione interna dei pazienti e programmare l'invio di alcuni di essi ai servizi territoriali.

Risultati

La procedura coinvolge medici, infermieri e volontari, individuando attori, responsabilità, campi di azione e atti diagnostico-terapeutici volti allo screening dei pazienti e alla stadiazione dei soggetti ipertesi considerando rischio CV, valori pressori, eventuale danno d'organo o ipertensione secondaria e *compliance* terapeutica. I pazienti clinicamente più complessi ma più autonomi sono indirizzati ai centri territoriali; quelli clinicamente meno gravi e quelli a rischio di essere "persi" se lasciati soli, sono presi in carico dal Poliambulatorio. Sono ancora in fase di elaborazione una "Scheda della cronicità", per il *follow up* delle patologie croniche, e un sistema di indicatori di processo e di esito, atti a valutare applicazione ed efficacia della procedura.

Conclusioni

Elaborare una procedura operativa, basata sull'analisi dei bisogni di salute e l'uso di linee guida adatte alle caratteristiche dei pazienti, è fondamentale per una presa in carico sia personalizzata che standardizzata di pazienti fragili. Il contesto multidisciplinare e multiprofessionale, come anche la collaborazione con le strutture territoriali pubbliche di competenza, richiedono sia un forte livello di integrazione, per garantire sostenibilità, che sistemi di valutazione e monitoraggio volti al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Contatto: Alice Corsaro (alice.corsaro12@gmail.com)

Il diabete nei pazienti provenienti dal sub-continente indiano

KAUR P., PIGHINI E., GIARELLI G., CAMELLINI R., MECUGNI D.
Corso di Laurea in infermieristica sede di Reggio Emilia

Obiettivi

L'assistenza alle persone con diabete rappresenta, in tutto il mondo, uno dei principali problemi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute; ciò appare ancora più difficoltoso se l'assistenza viene erogata a persone straniere, immigrati, che presentano un background culturale differente. Gli stili di vita del popolo indiano, l'alimentazione ricca di zuccheri, i piatti ponderosi ed una vita sedentaria portano, questo gruppo etnico, a rischio di complicanze per diabete. Una recente revisione sistematica effettuata nel 2017, dall'unità di ricerca e innovazione di Epidemiologia di Reggio Emilia ha confermato che gli indiani asiatici hanno una forte predisposizione al diabete di tipo 2, mostrano elevati tassi di insulino-resistenza, presentano un livello inferiore di riserva di cellule beta e sensibilità all'insulina rispetto alla popolazione bianca.

Metodi

Durante gli interventi infermieristici nei confronti di soggetti immigrati prevalgono barriere linguistiche che ostacolano la comunicazione e la comprensione anche di una minima indicazione terapeutica, oltreché barriere culturali che, in alcune circostanze, vietano agli individui di aderire alla terapia, alla dieta prescritta dal diabetologo o ad eseguire attività fisica. La frustrazione da parte degli operatori porta a coinvolgere meno il malato nella progettazione assistenziale, come risultato dall'intervista effettuata agli infermieri del Servizio di Diabetologia dell'azienda ASMN di Reggio Emilia. Un insufficiente miglioramento nel corso del *follow up* degli immigrati porta a pensare, negli operatori sanitari, ad una difficoltà a modificare le abitudini e consuetudini da parte di questa persona che mantengono la loro routine giornaliera. Il problema principale è costituito dal fatto di capire se davvero i pazienti diabetici stranieri abbiano compreso in che cosa consista la patologia, che complicanze può dare e quanto sia importante un adeguato ed continuo controllo glicemico. I Servizi cercano aiuto tramite mediatori culturali, ma l'aumentata richiesta della mediazione da parte delle aziende ospedaliere sul territorio, non permette di eseguire una buona visita diabetologica.

Risultati

L'educazione dettata da una buona formazione culturale dell'infermiere può portare ad un efficace controllo glicemico e beneficio sulla salute del soggetto. Nel momento in cui un professionista della salute si trova di fronte ad una persona con un background culturale differente dal proprio, il suo operato non può basarsi unicamente sul metodo e sull'evidenza scientifica, né divenire un atto puramente tecnico, ma aprirsi all'ascolto e ad accogliere la persona nella sua totalità. I modelli teorici del nursing transculturale rappresentano uno strumento utile per l'assistenza in quanto forniscono le indicazioni per aumentare la propria competenza culturale attraverso un processo di consapevolezza e di analisi dell'universo culturale del paziente. Prendere atto di tale universo culturale mette l'infermiere nella condizione di comprendere, affrontare e prevedere i suoi comportamenti, eventuali conflitti o mancanza di collaborazione.

Conclusioni

Sarebbe molto utile indagare che percezione hanno questi soggetti, residenti in Italia, della propria condizione di diabetico, delle prescrizioni su dieta e attività fisica ricevute, verificare il pensiero in relazione alla gestione del diabete può aiutare molto per poi pianificare interventi clinico-educativi appropriati. La collaborazione tra mediatori, infermieri con una buona formazione culturale, un team multi professionale disposto ad effettuare incontri con pazienti diabetici della stessa etnia potrebbe produrre benefici duraturi nel tempo nella cura delle persone immigrate con Diabete.

Contatto: Elena Pighini (elena310177@gmail.com)

La gestione delle malattie infettive a decorso cronico: il progetto 'MEDITERRANEO'

RASPAGLIESI M.¹, CAMPIONE S.R.², DESIDERIO C.², UCCELLATORE P.², LEONFORTE S.², COCO G.², SOFIA S.², VECCHIO O.¹, SAPIENZA S.¹, FAVETTA A.¹, LA CORTE A.³, IACOBELLO C.¹

¹ Az. Osp. per l'Emergenza Cannizzaro; ² Ass. Terra Amica Onlus; ³ Dipartimento di Ingegneria Elettrica, Elettronica e Informatica (DIEEI) Università degli studi di Catania

Introduzione e obiettivi

Analisi di contesto evidenziano una preoccupante disinformazione su malattie infettive, quali HIV ed Epatiti, sulla loro trasmissione e sulla prevenzione, nella popolazione italiana e straniera. Il presente progetto sviluppa ulteriormente il progetto "Mediterraneo: Cultural Assistant Counselor e HBV, HCV e HIV", che attraverso mediatori culturali specializzati in ambito sanitario, hanno implementato una rete di sensibilizzazione su malattie infettive e MST, e offerto la possibilità di effettuare i test per HIV, HBV e HCV e indirizzato verso comportamenti preventivi sia la popolazione immigrata che autoctona. Il progetto "MEDITERRANEO: Digital prevention of HIV, HCV e HBV" dà continuità, attraverso una piattaforma informatica e relativo database, consente di informare e sensibilizzare la popolazione (con incontri di gruppo via audio, chat e/o dashboard), alla prevenzione delle patologie infettive da HIV, HBV, HCV e MST.

Metodi/Azioni

Il progetto consiste in uno studio osservazionale, che prevede l'ingresso al sito, (www.mediaids.org), direttamente o attraverso QR Droid. Il portale basato su un sistema ICT prevede l'introduzione di una rete sociale (Digital prevention). Il campione è costituito da coloro che si collegano al sito, si registrano e accettano regolare consenso informato e trattamento dei dati personali. L'utente potrà: scaricare materiale informativo; compilare il Questionario PPA (Percezione e Prevenzione AIDS) conforme con la Dichiarazione di Helsinki e con le linee guida del COPE; ricevere un codice a barre, che potrà essere utilizzato qualora il soggetto decidesse di effettuare il test HIV; e comunicare con lo staff del progetto (medici, psicologi e CAC).

Risultati

La struttura innovativa del sistema ICT, consentirà di valutare e quantificare l'impatto della diffusione di una corretta consapevolezza sanitaria. I dati raccolti consentiranno di fare analisi data-driven utile a gestire al meglio tutti gli aspetti sanitari (evoluzione della malattia, cure e assistenza) legati agli utenti in questione; ottimizzare e prevedere azioni future per migliorare e ridurre criticità del sistema, grazie all'osservazione degli stessi utenti; e valutare i nodi/utenti più influenti grazie alla "eigencentrality".

Conclusioni

La piattaforma informatica creata, intende raggiungere un numero maggiore di soggetti che possano confrontarsi e ricevere chiarimenti sulle malattie infettive; e permette di sensibilizzare e individuare le persone a rischio così da abbassare i tassi di incidenza. La rete sociale in ambito healthcare può veicolare rapidamente informazioni, attraverso il "contagio sociale": un nodo può convincere altri nodi ad adottare informazioni o comportamenti propagati nella rete; permette il confronto tra pazienti; e veicola supporto e aiuti real-time offerto dagli operatori. Aumentando ulteriormente il numero di soggetti e divulgando il modello di sensibilizzazione a cascata continueremo la missione di sviluppare una cultura di empowerment basata sulla consapevolezza.

Contatto: Mario Raspagliesi (marioraspagliesi@tin.it)

Profilo di salute del minore migrante: cosa è cambiato?

Gianni Bona, Valentina Mancioffi, Roberta De Grandi, Francesco Morotti, Mauro Zaffaroni
 Clinica Pediatrica, Dipartimento di Scienze della Salute,
 Università del Piemonte Orientale, Novara

La presenza crescente in Italia di famiglie immigrate ha determinato significative variazioni della nostra società riguardanti in particolare l'andamento demografico e gli aspetti socio sanitari e culturali.

Allo scopo di conoscere le caratteristiche e gli eventuali problemi sanitari dei bambini figli di immigrati, da oltre 25 anni il GLNBM-SIP (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria) ha proposto e condotto diversi studi epidemiologici multicentrici che hanno coinvolto ospedali e cliniche pediatriche di tutta Italia.

Recentemente sono stati analizzati i dati di bambini afferiti alla Clinica Pediatrica della Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara.

Ricoveri ospedalieri

Sono stati raccolti i dati relativi ai ricoveri di bambini stranieri nell'arco di primi 4 mesi del 2017; per ciascun soggetto sono stati valutati età, nazionalità dei genitori e del bambino, durata della degenza, diagnosi di ingresso e di dimissione. I risultati ottenuti sono stati confrontati con i dati raccolti nel biennio 2006-2007.

Sul totale dei bambini valutati, il 38% ha genitori provenienti da Paesi stranieri (vs 16%, nel 2006 e 21%, nel 2007): 15% dal Nord Africa (vs 37% e 35%), 3% dall'Africa Sub-Sahariana (vs 3% e 15%), 23% dall'Est Europeo (vs 30% e 25%), 12% dal-

l'Asia (vs 8% e 13%), 12% dall'America Latina (vs 9% e 8%) e 1 paziente proviene dalla Svizzera (vs 2 e 1).

L'età media dei bambini stranieri è di tre anni e mezzo, mentre per gli italiani quattro anni e mezzo; il 42% degli immigrati e il 41% degli italiani hanno meno di un anno.

Le patologie dell'apparato respiratorio rappresentano in entrambi i gruppi la principale causa di ricovero, seguite da quelle neurologiche, gastro-intestinali ed endocrino-metaboliche – in particolare diabete mellito tipo 1 – (dati sovrapponibili nel biennio 2006 e 2007). Occasionali sono state le segnalazioni di malattie da importazione negli anni 2006-2007, in cui si sono registrati 2 casi di malaria tra i bambini stranieri, mentre nel 2017 non vi è stato nessun caso. Una differenza che emerge confrontando i due gruppi è che solo tra gli italiani vi sono stati ricoveri per ittero neonatale (11%).

La durata media del ricovero ospedaliero è stata di 4,76 giorni (vs 4,36, nel 2006 e 4,64, nel 2007), superiore rispetto a quella dei bambini italiani (4,07 giorni di degenza media).

Neonati con genitori di origine straniera

Presso il punto nascita dell'Ospedale Maggiore di Novara, negli ultimi 20 anni si è osservato un progressivo incremento delle nascite di bambini con genitori di ori-

gine straniera, che hanno raggiunto nel 2010 il picco del 34,2% (714 su 2087 neonati). Negli ultimi anni si è per contro osservato un decremento dei nati con genitori di origine straniera con 475 su 1977 nati nel 2016, pari al 24%. Confrontando il triennio 2014/2016 con quanto era emerso alla fine degli anni '90, si osserva un netto incremento percentuale delle nascite da genitori stranieri (dal 7% a oltre il 24%), senza significative variazioni per quanto riguarda la tipologia di parto (Cesareo, distocico, eutocico). Rispetto al passato va sottolineato il sempre maggior numero di bambini che nascono in famiglie miste, a conferma del processo di integrazione sociale delle popolazioni migranti nella nostra società. Per quanto concerne le modalità di allattamento, rimane costante la maggiore percentuale di bambini allattati esclusivamente al seno nelle etnie di cultura islamica ed africana rispetto alla popolazione italiana, europea e cinese, mentre l'epoca e le modalità di svezzamento dei bambini tendono ad uniformarsi a quelle del paese ospite, anche se non sono poche le famiglie che conservano tradizioni ed abitudini alimentari proprie del paese di provenienza.

Malattie endocrino-metaboliche

Sono stati considerati i bambini con genitori immigrati afferiti per prima volta presso l'ambulatorio di Endocrinologia della Clinica pediatrica di Novara per tireopatie, alterazioni dello sviluppo ponderale o puberale e obesità. Su un totale di 247 accessi negli ultimi 6 mesi, il 76,1% è di origine italiana (I), il 3,6% nato all'estero (E) ed il 20,2% nato in Italia da genitori stranieri (S). La percentuale di pazienti giunti per eccesso ponderale o disturbi dello sviluppo puberale è sovrapponibile per i pazienti italiani ed i nati in Italia ma di origine straniera mentre è significativamente infe-

riore nei pazienti nati all'estero. In quest'ultima categoria invece la percentuale di pazienti giunti in visita per scarso accrescimento è nettamente superiore (44,4%) rispetto alle altre due categorie (20,7% e 18%). Nei pazienti italiani c'è stato un maggior riscontro di tireopatie (9,5%) rispetto alle altre due categorie.

Conclusioni

Dai dati raccolti si può facilmente comprendere quanto rilevante sia l'assistenza sanitaria ai bambini stranieri, che ormai rappresentano quasi un terzo dei ricoveri nei vari servizi ospedalieri. Negli ultimi 25 anni il GLNBM-SIP ha concentrato la sua attenzione sull'assistenza sanitaria e la tutela della salute dei bambini migranti. Nella nostra società accanto ai nuovi immigrati vi sono attualmente anche bambini e giovani di origine straniera di seconda generazione prossimi ad acquisire la cittadinanza italiana. Accanto a loro vi sono inoltre migliaia di bambini adottati all'estero da coppie italiane. È pertanto sempre più difficile identificare lo status giuridico delle persone solo in base all'etnia ed al colore della pelle, a conferma della ormai avvenuta trasformazione sociale. Come dicevamo già 20 anni fa "i flussi migratori verso i paesi industrializzati non sono un fenomeno provvisorio e temporaneo, ma sono destinati a trasformare profondamente la società degli stati ospitanti". Nei servizi sanitari pediatrici sarà necessario che ogni operatore possieda una mentalità transculturale e multietnica, al fine di garantire anche in campo sanitario il raggiungimento di un adeguato livello di integrazione, nel rispetto delle tradizioni dei Paesi di origine.

Accoglienza MSNA a un anno dalla promulgazione della legge 47/2017

Alessandra Granata

Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (Asgi)

La legge 7 aprile 2017 n. 47 ha completato nel nostro ordinamento il sistema di protezione dei minori stranieri non accompagnati. Si tratta di una legge specificamente dedicata ai minori stranieri non accompagnati che ha apportato importanti aspetti innovativi e riordinato i vari interventi finora frammentariamente disposti con svariati provvedimenti succedutisi nel tempo ma connotati, talvolta, da disorganicità e genericità.

La nuova normativa affronta in maniera organica tutte le problematiche connesse alla gestione del fenomeno dei minori migranti non accompagnati presenti sul territorio nazionale offrendo, in primo luogo, una definizione di minore non accompagnato con una netta scelta di campo evidenziando la prioritaria tutela della persona minorenni rispetto alle esigenze di protezione dei confini nazionali. Dunque, la condizione di minore prevale su quella di straniero e viene riconosciuta ai minori stranieri non accompagnati la titolarità dei diritti in materia di protezione dei minori a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione europea, in ragione della loro condizione di maggiore vulnerabilità.

Si tratta, dunque, di una riforma legislativa importante; tuttavia, ai fini della sua corretta applicazione e onde evitare attuazioni disomogenee, appare necessario

garantire un'interpretazione conforme allo spirito di tutela che ne ha caratterizzato l'emanazione, nonché creare condizioni necessarie per il coordinamento tra i diversi attori istituzionali coinvolti nella tutela dei minori stranieri non accompagnati.

Pertanto, oltre ad illustrare le principali novità apportate dalla l. 47/2017 cercheremo di comprendere, ad un anno dalla sua promulgazione, quali siano le criticità e le possibili soluzioni di coordinamento e di implementazione della normativa.

Le maggiori novità in tema di accoglienza apportate dalla l. 47/17 sono rappresentate dal principio di specificità delle strutture, prevedendo per i minori migranti dei centri di accoglienza ad essi dedicati e in grado di rispondere alle loro specifiche esigenze. Viene inoltre ridotto ulteriormente il tempo di permanenza nelle strutture di prima assistenza e accoglienza dei minori stranieri non accompagnati passando da 60 giorni – previsti dal D.lgs. 142/2015 – a 30 giorni. In tal modo, viene ridotto il periodo di stallo in cui si vengono a trovare i minori all'arrivo in Italia.

Si tratta indubbiamente di un lodevole intervento legislativo che, però, si scontra con le difficoltà operative legate principalmente ai tempi del fotosegnalamento e degli accertamenti sanitari sull'età, oltre che inficiato nella sua reale applicazione

dalla scarsità di risorse destinate ad affrontare tali emergenze che comportano – nella prassi – un notevole allungamento dei tempi.

Viene inoltre confermato l'accesso allo SPRAR in seconda accoglienza del MSNA a prescindere dalla presentazione della domanda di protezione internazionale.

Tuttavia, occorre sottolineare come il sistema di accoglienza SPRAR, seppur in crescita, risulti ad oggi ancora insufficiente ad accogliere il numero sempre crescente di MSNA presenti sul nostro territorio.

Inoltre, si registra una disomogenea distribuzione territoriale dei MSNA.

Dunque, per la piena attuazione della nuova normativa appare indispensabile il consolidamento e rafforzamento del sistema ordinario in capo allo SPRAR con un investimento crescente sulla seconda accoglienza, nonché la necessità di armonizzare la prima e la seconda accoglienza, sia in termini di standard che in termini di distribuzione territoriale. In particolare modo per le strutture di prima accoglienza, ad oggi eccessivamente concentrate in prossimità dei luoghi di arrivo.

Inoltre, appare necessario anche una qualificazione dei criteri di trasferimento tra la prima e la seconda accoglienza di modo da ridurre i disagi legati al trasferimento.

Tra le novità più significative della l. 47/2017 vi è indubbiamente l'adozione di una procedura unica di identificazione (da concludersi in 10 giorni) e la previsione di una procedura certa e definita per legge per l'accertamento dell'età.

In particolare, l'art. 5 al co. 1 dispone che nel momento in cui il minore straniero non accompagnato viene in contatto con autorità di polizia, servizi sociali, altri rappresentanti degli Enti locali o autorità giudiziaria, deve essere svolto il primo collo-

quio conoscitivo da parte di personale qualificato della struttura di prima accoglienza, sotto la direzione dei servizi sociali dell'Ente locale e con la presenza di mediatore culturale, al fine di far emergere la storia personale e familiare ed approntare le adeguate misure di protezione.

Qualora permangano dubbi fondati in merito all'età dichiarata da un minore straniero non accompagnato, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni può disporre esami socio-sanitari volti all'accertamento della stessa.

I commi successivi dell'art. 5 regolano le modalità attraverso le quali devono essere svolti questi accertamenti ponendo alcuni principi fondamentali:

– lo straniero ha un diritto di informazione sul tipo di accertamenti che verranno svolti e sulle conseguenze che avranno i risultati. Occorre quindi la presenza di un mediatore culturale e di un rappresentante legale anche temporaneo (responsabile struttura di accoglienza).

– L'accertamento deve essere svolto in ambiente idoneo con approccio multidisciplinare da professionisti adeguatamente formati, utilizzando le modalità meno invasive e rispettose dell'età presunta, del sesso e dell'integrità psicofisica della persona, evitando gli esami che possano comprometterla.

– I risultati degli accertamenti devono essere comunicati allo straniero (in una lingua a lui comprensibile), al rappresentante legale ed alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni che ha disposto gli accertamenti. Nella relazione finale deve essere indicato il margine di errore.

– In caso di dubbio la minore età è presunta a tutti gli effetti (principio più volte ribadito nel testo normativo).

Ebbene, in relazione agli aspetti procedurali scanditi dalla nuova normativa, si

ritiene opportuno che venga specificato nella fase attuativa che la richiesta di accertamento dell'età sia effettuata per iscritto e adeguatamente motivata, con specifico riferimento al "fondato dubbio" e all'assenza di rischi per l'integrità psicofisica dell'interessato.

Quanto all'esistenza del fondato dubbio sull'età, è opportuno che venga precisato – in armonia con la *ratio* della nuova normativa – che debba essere basato su una considerazione integrata di più fattori e che la sola assenza di documenti di identità non possa integrare – di per sé – la fondatezza del dubbio. Così come la fondatezza del dubbio non può discendere dal solo contrasto tra l'età con cui il minore è stato registrato all'arrivo e quella dichiarata successivamente.

In altre parole, appare necessario che il dubbio sia considerato fondato solo quando vi siano una serie di più fattori integrati fra loro.

In relazione al primo colloquio introdotto dalla l. 47/17, emerge la necessità di linee guida che determinino come debba svolgersi, nonché che venga definito il contenuto della cartella sociale che accompagnerà il minore lungo il suo percorso e che rappresenta uno strumento centrale nel processo di valutazione del superiore interesse del minore. Inoltre, appare opportuno che vengano definiti gli elementi essenziali della cartella sociale al fine di indicare in modo puntuale le vulnerabilità del minore (fisiche, sociali, psicologiche, ecc.), nonché l'indicazione del motivo per il quale è stata presa una determinata decisione; come pure l'esigenza di una previsione chiara circa la necessaria trasmissione della cartella sociale alle comunità di seconda accoglienza, onde garantire il corretto passaggio delle informazioni e il raccordo tra i servizi.

Ebbene, dall'analisi della nuova normativa emerge come sia stato previsto un coinvolgimento del minore in tutte le fasi.

Infatti, la l. 47/2017 prevede importanti garanzie in materia di ascolto, partecipazione ed assistenza legale. Tuttavia, affinché tali garanzie siano effettive appare necessario assicurare che i tutori e il personale delle strutture di accoglienza informino correttamente il minore circa il suo diritto di partecipare attivamente ai procedimenti amministrativi e giurisdizionali che lo riguardano e della possibilità di nominare un difensore di fiducia avvalendosi del patrocinio a spese dello Stato.

Altra novità normativa è rappresentata dall'unificazione della tipologia di permessi di soggiorno.

Vengono, infatti, semplificati i permessi di soggiorno rilasciabili ai MSNA a due tipologie, ovvero permesso di soggiorno per minore età e permesso per motivi familiari (in caso di affidamento).

Importante novità è rappresentata dalla possibilità per il minorenni di presentare direttamente alla Questura la richiesta di permesso di soggiorno (anche prima che sia stato nominato un tutore).

Tuttavia, risulta indispensabile che le Questure ricevano indicazioni per la predisposizione di modalità idonee per la ricezione delle richieste effettuate direttamente dal minore.

Importante inoltre, la novità introdotta per il prosieguo amministrativo che applica il criterio di silenzio assenso al mancato rilascio del parere da parte della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai fini del rilascio del permesso di soggiorno al compimento della maggiore età.

Tra le novità più importanti introdotte dalla l. 47/2017 vi è l'istituzione presso i Tri-

bunali per i minorenni dell'elenco dei Tutori volontari.

In tema di tutori deve peraltro segnalarsi, la modifica apportata all'art. 11 della l. 47/17 dal D.lgs. 220 del 22.12.2017 che amplia il numero di minori tutelabili da ogni tutore da uno a un massimo di tre con la possibilità di aumentare tale numero in caso di specifiche e rilevanti ragioni.

Inoltre, si attribuisce al Tribunale per i minorenni anziché al giudice tutelare il potere di nominare il tutore, al fine di evitare l'avvio di un doppio procedimento presso due distinti uffici giudiziari.

Restano tuttavia ancora aperte alcune questioni importanti, quali ad esempio la necessità di prevedere misure concrete di supporto al tutore nello svolgimento dei compiti affidati, non solo a livello giuridico-amministrativo, ma anche psico-sociale.

Appare inoltre necessario che sia garantito il finanziamento di programmi di aggiornamento e di servizi di orientamento e accompagnamento all'esercizio della funzione di tutore. Nonché, la possibilità per i tutori volontari di ricevere una copertura assicurativa, beneficiare di permessi di lavoro e di poter ottenere un rimborso delle spese vive sostenute. Tutto ciò al fine di rendere più concreto e fattibile tale ruolo.

Altri aspetti critici nell'applicazione della nuova normativa sono emersi in relazione all'obbligo, previsto dall'art. 14, dell'iscrizione al SSN per i MSNA anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno a seguito delle segnalazioni di legge dopo il ritrovamento nel territorio nazionale.

Si tratta di una previsione che ha lo scopo di rendere immediatamente fruibile un diritto difeso e garantito dalla nostra Costituzione e da diverse fonti normative vigenti nel nostro ordinamento, ma che spesso viene applicato in modo difforme

sul territorio e la cui concreta fruibilità risulta ostacolata da alcuni aspetti applicativi.

In particolare, si ritiene auspicabile l'emanazione di una direttiva ministeriale che chiarisca le modalità di attribuzione del codice fiscale da parte dell'Agenzia delle Entrate; così come l'identificazione di un codice di esenzione specifico fino al compimento della maggiore età, nonché le modalità per il rinnovo del libretto sanitario nel periodo di conversione del permesso di soggiorno al compimento della maggiore età, onde evitare che nelle more della procedura amministrativa il neomaggiorenne si trovi nell'impossibilità di poter continuare eventuali cure.

Concludendo l'analisi della nuova normativa ad un anno dalla sua promulgazione, se da un parte va sicuramente sottolineata l'importanza storica dell'approvazione di questo testo normativo che contiene per la prima volta una disciplina interamente dedicata ai MSNA, riconoscendo la condizione di particolare vulnerabilità di questi minori, ai quali attribuisce la titolarità di diritti contro ogni discriminazione rispetto ai minori di cittadinanza italiana e dell'Unione europea, e ponendo al centro del sistema normativo il diritto primario all'informazione e all'ascolto. Dall'altra, va però evidenziato che alla declamazione dei diritti in alcuni casi non ha fatto seguito una adeguata previsione di mezzi e risorse per rendere effettivi questi diritti.

Dunque, appare evidente come sia indispensabile un concreto investimento di risorse al fine di garantire la piena attuazione dei diritti dei minori stranieri non accompagnati verso l'integrazione e la costruzione di un solido progetto di vita nel nostro Paese.

Determinazione della minore età: stato dell'arte

Simona La Placa

Gruppo di Lavoro del Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria – GLNBM SIP

“Sono un sopravvissuto. Sono sopravvissuto al deserto e ho visto morire molte persone, sono sopravvissuto alle prigioni libiche e anche lì ho visto molte persone che non ce l'hanno fatta. Sono riuscito a sopravvivere alla traversata del Mediterraneo e ora anche alla neve delle Alpi. Ma ho come l'impressione che il viaggio non sia ancora finito”¹.

Presupposto essenziale per applicare misure di tutela e protezione nei confronti dei minori² non accompagnati (MNA), *“acrobati di oggi, saltatori di muri e di fili spinati, atleti sulle piste smisurate dei deserti”*³, che sempre più numerosi sbarcano sulle nostre coste⁴, è riconoscerli come tali. Arrivare in un Paese straniero da soli, senza i genitori o figure adulte di riferimento, è forte elemento di vulnerabilità per coloro che sono prima di tutto e innanzi a tutto bambini e adolescenti⁵, e il cui interesse deve essere tenuto *“in primaria considerazione in ogni circostanza”* (CRC art.3).

Ed è proprio il superiore interesse del minore, il principio ispiratore della Legge n. 47/2017⁶, la prima in Europa che disciplina il sistema di accoglienza e protezione dei MNA. Tra le novità di maggior rilievo introdotte, sulla scia di una normativa nazionale già vigente⁷, si segnala, all'art. 5⁸, il criterio del dubbio fondato e dell'*extrema ratio* che devono guidare ogni

accertamento dell'età dichiarata, secondo un approccio olistico multidimensionale che tiene conto delle diverse competenze e delinea le modalità di intervento degli attori coinvolti: dall'autorità di pubblica sicurezza, nella fase di identificazione⁹, all'autorità giudiziaria che disporrà gli esami socio-sanitari da parte dell'équipe multidisciplinare. Il fine è: 1) armonizzare l'approccio e disporre accertamenti diagnostici a vantaggio di una valutazione globale multidisciplinare; 2) fornire maggiori garanzie procedurali, in presenza del mediatore culturale, affinché il presunto minore sia sempre correttamente informato, acconsenta agli accertamenti socio-sanitari ma soprattutto sia ascoltato, in quanto titolare, soggetto piuttosto che oggetto di diritti; 3) svolgere gli accertamenti socio-sanitari in un ambiente idoneo nel rispetto dell'età presunta, del sesso, della cultura e religione; 4) ricorrere a professionisti adeguatamente formati, con esperienza in materia di accertamento dell'età e familiarità con il background socio-culturale dei minori sottoposti ad accertamento, per massimizzare l'attendibilità dei risultati e minimizzare i rischi di traumi; 5) garantire sempre e comunque l'integrità fisica e psichica della persona. Tutto ciò non può prescindere, sin dal primo contatto con il minore (già dopo lo sbarco o al momento del rintraccio sul ter-

ritorio) e comunque dopo aver assicurato adeguata assistenza umanitaria presso una struttura di prima accoglienza per minori¹¹, da un colloquio "sociale" al fine di approfondire la sua storia personale e familiare e a far emergere ogni elemento utile alla sua protezione¹².

Questa legge, pur presentando ulteriori margini di miglioramento, certamente rappresenta un importante passo avanti nel percorso di tutela dei diritti dei MSNA in Italia, ma non basta! Serve una *governance* istituzionale per la sua applicazione su tutto il territorio nazionale.

L'approccio multi-disciplinare rappresenta, esso stesso, un limite a consentire di implementare in maniera efficace e omogenea le misure previste dalla legge, che vanno realizzate "nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri di spesa per la finanza pubblica". In relazione alle risorse "da investire", è necessario prevedere di impiegare nel modo più appropriato le risorse già disponibili nell'ottica di "fare meglio con meno"¹.

Azione di *advocacy*

Senza una *governance* istituzionale, la disomogeneità di prassi, che inevitabilmente ne consegue, a livello nazionale e locale si riflette nell'applicazione parziale dei principi e delle garanzie a favore del presunto minore e del suo superiore interesse ad oggi sanciti dalla normativa stessa.

Alle norme entrate in vigore sono seguite altrettante azioni di *advocacy* da parte di numerose associazioni di volontariato e realtà del terzo settore, organizzazioni non governative e società scientifiche che in rete hanno sollecitato l'emanazione dei necessari decreti attuativi e circolari interpretative¹. Il Comunicato "Norme chiare sull'accertamento dell'età

dei minori stranieri non accompagnati"¹⁵, pubblicato in occasione dell'entrata in vigore del DPCM n. 234/16, rileva alcune significative lacune normative e al fine di non lasciare senza tutela nessuno auspica che le disposizioni previste siano applicate in via analogica a tutti i minori stranieri non accompagnati, anche non vittime di tratta. La Lettera SIMM-SIP alla Federazione Nazionale Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri¹⁶, e la risposta della Presidente (medico radiologo) a sostegno dell'iniziativa, sollecita in riferimento alla determinazione dell'età dei MSNA una presa di posizione congiunta, eticamente¹⁷ e scientificamente fondata. Infatti, le indagini strumentali invasive senza alcuna indicazione clinica (più comunemente la radiografia del polso e della mano sinistra), mai sufficienti nè tanto meno dirimenti, trovano indicazione in *extrema ratio* da parte del personale medico coinvolto ed esclusivamente a supporto di una valutazione olistica multidisciplinare in caso permanga un fondato dubbio¹⁸. Quindi, alle criticità burocratico-amministrative osservate nel tentativo di implementazione del protocollo o comunque di un approccio olistico multidisciplinare, quali la difficoltà di avere centri con figure professionali, adeguatamente formate allo scopo e in numero adeguato, così come la lunghezza dei tempi di accertamento che può mettere in crisi l'organizzazione di accoglienza dei minori rispetto a quelle che sono le esigenze delle autorità di pubblica sicurezza o giudiziaria, compresa la semplice indicazione di un'età senza margine d'errore, si aggiunge la possibile critica espressa da parte di alcuni enti, società scientifiche e altre istituzioni di protezione dei bambini riguardo la partecipazione di medici alle varie procedure perché sarebbe in contrasto con la deontologia medica partecipare a valutazioni amministrative che possono

danneggiare il soggetto esaminato¹⁹. E comunque qualora i dati obiettivi e le informazioni raccolte risultino incerte, va indicato sempre il margine di errore e nel caso in cui questo comprenda al suo interno sia la minore che la maggiore età, va accordato alla persona il beneficio del dubbio il beneficio del dubbio e applicato il principio di presunzione di età inferiore ai 18 anni (c.d. *favor minoris*).

Dalla letteratura scientifica²⁰ e dalla pratica clinica emerge, infatti, che tutti i metodi strumentali, prevalentemente radiologici, e clinico-auxologici per l'accertamento dell'età attualmente disponibili presentino rilevanti limiti di attendibilità (imprecisione, variabilità biologica, distorsione sistematica). La stessa valutazione del livello di maturità sociale e psicologica²¹, d'altro canto, richiede una profonda conoscenza dei modelli socio-culturali di transizione all'età adulta nei contesti di riferimento di questi ragazzi/e, e deve tener conto dell'impatto della migrazione, così come la valutazione del livello cognitivo-comportamentale necessiterebbe di adeguati strumenti di supporto (schemi di intervista, liste di controllo, ecc.). Quindi, preso atto che la determinazione dell'età non è una scienza esatta, e nessun metodo, medico e non medico, è in grado di determinare con certezza l'età cronologica di un individuo, l'uso di più metodi può portare ad una determinazione globale più precisa, ma non necessariamente vicina a quella reale (mai certa!).

In attesa di una governance istituzionale

È necessario premettere che ad oggi non esiste una normativa nazionale e/o regionale che definisca le procedure operative per la determinazione dell'età dei MSNA. Il "Protocollo per l'identificazione e l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati",

presentato dalla Conferenza Stato-Regioni nel Marzo 2016²² contenente i requisiti e le modalità operative di suddette équipe (pediatra/auxologo, psicologo e/o neuropsichiatra infantile, assistente sociale e mediatore culturale) non è infatti ad oggi legge nazionale e attende la sua approvazione definitiva, che tarda ad arrivare in funzione dell'entità delle risorse da impiegare e la conseguente copertura che dovrebbe essere a carico dello Stato. Nonostante ciò, sulla scorta delle indicazioni contenute nel Protocollo e per analogia con quanto previsto e parzialmente ripreso nel DPCM n. 234/2016 in materia di accertamento dell'età dei MSNA vittime di tratta, ancor prima²³ dell'approvazione della legge n. 47/2017, ma soprattutto dopo, si è registrata nei diversi territori una varietà di prassi ai fini dell'implementazione della stessa, con ampio margine di discrezionalità e il conseguente rischio di violazione dei diritti riconosciuti dalla normativa internazionale e nazionale. Specialmente in quei territori più coinvolti nell'accoglienza di MSNA in quanto luoghi di sbarco ma anche di accoglienza: dalla Sicilia (Trapani, Palermo, Agrigento, Messina)^{24,25} alla Calabria (Crotone, Catanzaro), alla Puglia (Bari, Foggia), alla Campania (Salerno), alla Sardegna fino alla Lombardia (Cremona, Milano²⁶).

In particolare, seppur individuata presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è nella composizione dell'équipe e nella specificità dell'approccio multidisciplinare tra professionalità integrate tra di loro che il protocollo viene disatteso: non sempre sono rappresentate tutte le figure professionali o queste sono affiancate, se non addirittura sostituite da figure aggiuntive (quali il medico-legale piuttosto che il pediatra e quest'ultimo non necessariamente con comprovate competenze auxologiche); non necessariamente

basandosi su un fondato dubbio o come *extrema ratio* si continua a ricorrere ad indagini strumentali ad invasività crescente (dalla radiografia del polso e della mano sinistra fino all'ortopantomografia, se non addirittura alla tomografia computerizzata della clavicola); ne consegue che solo a discrezione del medico (quasi sempre *case manager*), ove ritenuto necessario, si procede con il colloquio sociale e e/o alla valutazione psicologica o neuropsichiatrica; dal momento che la figura del mediatore culturale (o di un interprete), spesso non è neanche prevista all'interno del SSN, ci si avvale di collaborazione estemporanea con le associazioni del privato sociale o organizzazione non governative oppure dell'ausilio dei mediatori culturali della struttura che presso cui risiede il minore (che magari ha anche richiesto l'accertamento dell'età). In tal caso, l'utilizzo di figure professionali non indipendenti, per i quali sussista un eventuale conflitto di interessi, può inficiare l'accertamento e renderlo non valido. Riguardo le modalità di svolgimento del colloquio e le comprovate competenze del personale coinvolto sulle tecniche di intervista e ascolto dei MNA, non c'è invece ancora unanimità né indicazione ministeriale.

Le varie esperienze riportate hanno confermato che non sempre l'accertamento viene eseguito solo in caso di fondato dubbio circa l'età dichiarata, ma che ancora sono disposti accertamenti più sistematici, in alcuni casi anche in presenza di documenti anagrafici (ad esclusione del passaporto, che fa generalmente fede) o nonostante il parere discordante di associazioni o agenzie specializzate che effettuano colloqui con i presunti minori. Così come vengono identificati come maggiorenni per lo più sulla base del loro aspetto, senza l'espletamento di accertamenti nonostante la dichiarazione di minore età,

accade pure che nelle fasi di identificazioni, subito dopo lo sbarco o al momento del rintraccio sul territorio, quanto dichiarato sia a favore della minore età e venga ritrattato durante il colloquio sociale oppure in sede di nomina della tutela del presunto minore che si dichiara maggiorenne. Così come, nelle fasi di rintraccio sul territorio soggetti registrati come adulti allo sbarco, si dichiarino spontaneamente minori e vengano inseriti in strutture di accoglienza per minori in funzione del principio di presunzione della minore età. Oppure, qualora un migrante, identificato come minorenni, successivamente alla procedura di identificazione si dichiari maggiorenne, non è possibile rettificare l'età se non accedendo alla procedura di accertamento multidisciplinare dell'età anche in caso di maggiore età palese. Ciò comporta la prolungata permanenza di adulti presso CPA per minori, in condizioni di promiscuità con essi. Qualora la procedura non sia attivata tempestivamente da parte dei centri di prima accoglienza tale permanenza può durare anche molti mesi. Se, poi, il numero di casi è molto elevato, può porsi un problema di sovraccarico delle strutture sanitarie per la visita pediatrica-auxologica completa e la valutazione psicologica/neuropsichiatrica e di conseguenza anche un allungamento dei tempi nell'effettuazione degli accertamenti con tutto quello che ne consegue.

Di contro, si segnalano esperienze positive di cooperazione tra le diverse autorità competenti e soggetti terzi: le agenzie di protezione di minori, migranti e rifugiati effettuano colloqui con i presunti minori al fine di supportare le autorità di pubblica sicurezza nella valutazione dell'eventuale esistenza di un dubbio fondato prima di procedere ad un accertamento. In altre, sono stati recentemente siglati dei protocolli che dispongono l'accertamento

dell'età tramite radiografia del polso solo qualora non sia possibile stabilire l'età altrimenti, "qualora a seguito di collocamento in accoglienza siano sollevati dubbi circa la minore età di un individuo, i servizi sociali competenti effettuano dei colloqui individuali con il presunto minore e lo supportano nella raccolta di documenti"²⁷. Il colloquio è il primo momento formale per avviare la presa in carico e raccogliere informazioni sulla sua vita e sul percorso migratorio e risulta fondamentale perché il minore o presunto tale ha finalmente l'opportunità di raccontarsi e lo deve fare in luogo sicuro dopo una condizione di "abbandono" durata mesi se non addirittura anni. La raccolta di dati, informazioni ma soprattutto delle storie di persone che

seppur minori vengono valorizzati come individui, è funzionale all'apertura della tutela²⁸ il cui passaggio dal giudice tutelare al tribunale dei minori sotituisce ulteriore elemento di garanzia. L'idoneità del luogo è elemento di criticità soprattutto nei casi in cui l'espletamento della procedura di accertamento dell'età avvenga nei tempi e nei modi che caratterizzano l'approccio *hotspot*²⁹, comportando di fatto, oltre a un trattenimento illegittimo dei minori migranti, la violazione della normativa vigente in Italia in materia di identificazione e accoglienza dei minori migranti e aumenta ulteriormente per i minori se erroneamente identificati come maggiorenni il rischio di essere espulsi.

Infine, il riconoscimento reciproco del

Un'altra partenza, un altro fallimento

"Proviamo con la misura della distanza di rimettere in fila in pezzi di quanto accaduto che suonino come un grido di allarme e a memoria di ciò che il sistema di accoglienza e istruzione ha disperso."

ItaStra – Italiano per Stranieri – Università degli Studi di Palermo

Caro Ebrima,

a gennaio 2017 arrivi a Palermo e vieni affidato ad una comunità. Lontana dal centro cittadino, molto lontana. E va bene, ti sei detto, faccio più fatica degli altri per raggiungere tutto quello che mi serve per costruire il mio futuro. È capitato a me poteva capitare ad altri. E va bene. Mi sveglio un'ora e mezzo prima dei miei compagni di banco, mezz'ora di strada a piedi, poi due autobus. Meglio di rimanere a letto, ti sei detto. Ti iscrivi al CIPIA Palermo 1. Cinque mesi di lezioni e di studio di discipline in una lingua a te sconosciuta che impari a parlare, leggere e scrivere. A giugno ottieni la licenza media. Nessun regalo, la ottieni e basta. In estate non se ne parla di restare a letto, da giugno a settembre frequenti i corsi di italiano a ItaStra. Mai una assenza, pochi ritardi. Ma davvero pochi. Arriva il momento di fare il passo in avanti, quello decisivo per il tuo futuro. Scegli di iscriverti a un corso professionale per elettricisti. Qualcosa non va, aspetti tanto, settimane e settimane senza capire perché. Il corso non parte, ma tu non ti arrendi, hai fatto tanto per essere lì. Capisci che non puoi stare fermo e ti iscrivi ad un istituto superiore, I.S.S. Pareto-Einaudi, che decide di accoglierti, anche se il primo quadrimestre è passato. Studi su libri scritti in un italiano ancora più difficile. Un'ora e mezza per andare e un'ora e mezza per tornare. Ma tu lo fai perché chi si ferma è perduto. E tu proprio non puoi permettertelo. Tu proprio non puoi. E poi. E poi la tua comunità chiude, tutti fuori. E voi? E tu? ... Ancora una volta mi chiederanno come mi chiamo, quanti anni ho e quale futuro desidero.

Tre gradini e sei dentro. Berretto in mano, il capo stazione fischia. Si chiudono le porte. Ciao!

risultato di un accertamento dell'età all'interno dello stesso Paese o tra Stati dovrebbe essere garantito per evitare, da una parte, accertamenti multipli, con evidenti ripercussioni sul benessere del minore e sulla spesa pubblica, e dall'altra, favorire il riconoscimento automatico di accertamenti o identificazioni previa condivisione di metodi e garanzie procedurali applicate.

In fuga da tutto ciò che non prospetta un futuro (guerre, persecuzioni, povertà...), in Italia il futuro si prospetta particolarmente incerto. "Proviamo con la misura della distanza a rimettere in fila in pezzi di quanto accaduto che suonino come un grido di allarme e a memoria di ciò che il sistema di accoglienza e istruzione ha disperso".

Note

- ¹ Mohammed Traoré, partito a 15 anni da Kankan, in Guinea, ha attraversato 7 Paesi e due continenti, si è lasciato alle spalle confini, pericoli e sofferenze. E ancora non sa cosa l'aspetta e quale città finirà per chiamare casa. Tratto da *"Da Bordoncchia a Briançon, in viaggio con i migranti sulle Alpi"*, di Annalisa Camilli. Internazionale 9 gennaio 2018.
- ² Convenzione di New York sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia con l. 27 maggio 1991, n. 176. Per fanciullo si intende «ogni essere umano avente un'età inferiore a diciott'anni, salvo se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legislazione applicabile» (art. 1).
- ³ E. De Luca. <http://fondazionerrideluca.com/web/latonnellata-umana/>
- ⁴ In 6 anni, nel periodo 1 gennaio 2011 - 31 dicembre 2016, sono arrivati in Italia via mare 85.937 minori, 62.672 dei quali (il 72,9%) sono minori non accompagnati (MNA). In particolare nel 2016, il numero di MNA, 25.846, per la maggior parte ragazzi tra i 15 e i 17 anni, è più che raddoppiato rispetto al 2015, e in termini percentuali i MNA rappresentano il 14,2% di tutti i migranti sbarcati in Italia nel 2016 (erano il 7,9% nel 2015 ed il 6,7% nel 2011). Per quanto riguarda le nazionalità si è registrato un aumento negli arrivi di MNA eritrei, gambiani ed egiziani, (rispettivamente 3.832, 3.257 e 2.467) e un significativo aumento di MNA, tra cui anche ragazze, originari della Nigeria (3040 nel 2016 contro i 1.006 del 2015). Mentre nel 2017, si registra un importante decremento nel numero di MNA sbarcati sulle coste italiane (al 31 dicembre 15.731 minori, -39%), sostanzialmente in linea con la contrazione del flusso migratorio registrata a partire dal mese di luglio.
- ⁵ Se erroneamente identificati come maggiorenni, infatti, questi adolescenti non vengono accolti in strutture per minori e spesso vengono lasciati per strada, con l'elevato rischio di essere vittime di tratta e sfruttamento di altro tipo. In alcuni casi, inoltre, vengono trattenuti in un CIE ed espulsi.
- ⁶ Legge 7 aprile 2017, n. 47. Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati. (*GU n.93 del 21-4-2017*) www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg
- ⁷ DPCM n. 234 novembre 2016. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/12/22/298/sg/pdf>
- ⁸ Dopo l'articolo 19 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, è inserito il seguente: «Art. 19-bis (*Identificazione dei minori stranieri non accompagnati*).
- ⁹ Compresa l'analisi dell'eventuale documentazione anagrafica disponibile o richiesta di questa alle Autorità del Paese di provenienza, se ciò non comporta rischi per il presunto minore e la sua famiglia. È improbabile nel caso dei MSNA ricorrere all'accertamento della loro identità attraverso prove documentali o anagrafiche. Purtroppo, viene riportato che più di 50 milioni di nascite non vengono registrate, soprattutto nel Sud dell'Asia e nell'Africa Sub-Sahariana ($\frac{2}{3}$ bambini < 5anni non sono registrati). E qualora vengono registrati, non sono in possesso del certificato di nascita e non hanno la possibilità di riprodurlo in particolare quando provengono da contesti rurali di povertà, oppure di guerra o persecuzione.
- ¹⁰ Art. 5 comma 2. In ogni caso, nelle more dell'esito delle procedure di identificazione, l'accoglienza del minore è garantita dalle apposite strutture di prima accoglienza per minori previste dalla legge.
- ¹¹ Per quanto riguarda i numeri dell'accoglienza, al 31 dicembre 2016, risultavano essere segnalati sul territorio nazionale 23.934 MNA e anche in questo caso si registra un aumento esponenziale rispetto al 2011 (7.750 MNA segnalati). Alla stessa data, risultavano invece essere irreperibili 6.561 MNA, per la maggior parte egiziani e con una considerevole percentuale di somali ed eritrei, i c.d. "minori in transito", ossia diretti verso altri Paesi europei. Mentre al 31 dicembre 2017, secondo i dati ufficia-

- li del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sono 18.303 i MSNA che hanno avuto accesso al sistema di accoglienza in Italia, di cui il 93,2% maschi. L'83,7% dei MSNA ha un'età compresa tra i 16 e i 17 anni. Le principali nazionalità tra gli MSNA accolti sono quelle dei minori originari di Gambia (12%), Egitto (9,9%), Guinea (9,6%), Albania (9,2%), Eritrea (8%), Costa d'Avorio (7,6%) e Nigeria (7%). La Regione con il maggior numero di minori accolti è la Sicilia (43,6%) seguita a debita distanza dalla Calabria (7,9%), Lombardia (6,6%) e Lazio (5,7%). Riflettendo l'andamento del flusso migratorio, le ragazze presenti presso le strutture di accoglienza rappresentano un gruppo meno numeroso (1.247, 6,8%) di cui il 40,2% originarie della Nigeria, il 18,7% dell'Eritrea, il 7,9 % della Somalia e il 7,9% della Costa d'Avorio.
- ¹² Secondo la procedura stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Legge n. 47/2017, art. 5 comma 1.
- ¹³ ME Trillò. La salute dei bambini e delle bambine in Italia. Per una nuova 69 pediatria. Il punto di vista e le proposte dell'ACP guardate al caleidoscopio dell'immigrazione. Atti XIII Congresso Nazionale SIMM – Agrigento 14 – 17 Maggio 2014. http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2014/2014.Raccomandazioni_finali.pdf
- ¹⁴ 3° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul Monitoraggio della CRC in Italia. Novembre 2017. <http://www.gruppocr.net/IMG/pdf/rapportocrx2017.pdf>
- ¹⁵ Oltre trenta associazioni (tra cui ASGI – Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, SIMM – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Save the Children, UNHCR, Fondazione Migrantes, Caritas Italiana, ARCI, ACLI, CIR, CNCA, GdS GLNBM SIP, MSF, Associazione Culturale Pediatri, Oxfam Italia, Terre des Hommes, Naga, Centro Astalli, ...).
- ¹⁶ Lettera SIMM-SIP alla Federazione Nazionale Ordini dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri "Richiesta espressione di orientamenti professionali eticamente e scientificamente fondati per la determinazione dell'età dei MSNA". www.simmweb.it, www.sip.it, www.glnbi.org.
- ¹⁷ Gli Artt. 3, 13, 16 e 18 del codice di deontologia Medica (2014) delineano, rispettivamente, i doveri del medico per la tutela della vita e della salute psico-fisica sempre nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna; rivendicano la sua piena autonomia nelle prescrizioni a fini di prevenzione, diagnosi e cura di cui il medico si assume la piena responsabilità, tenendo conto sempre delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, anche quando incidono sull'integrità psico-fisica, al fine esclusivo di un concreto beneficio clinico e miglioramento della qualità di vita.
- ¹⁸ Erik Malmqvist, Elisabeth Furberg, Lars Sandman. Ethical aspects of medical age assessment in the asylum process: a Swedish perspective. *Int J Legal Med* 2017 Nov 11. <https://doi.org/10.1007/s00414-017-1730-3>
- ¹⁹ PJJ Sauer, A. Nicholson, D. Neubauer. *On behalf of the Advocacy and Ethics Group of the European Academy of Paediatrics. Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated.* *Eur J Pediatr* (2016) 175:299–303 DOI 10.1007/s00431-015-2628-z
- ²⁰ A. Aynsley-Green et al. Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control. *British Medical Bulletin* 2012; 102: 17–42 DOI:10.1093/bmb/lds014
- ²¹ Il Commento Generale n. 6 del Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che dispone che «i criteri di identificazione includono anche una valutazione dell'età e dovrebbero prendere in considerazione non solo le sembianze dell'individuo ma anche la sua maturità psicologica».
- ²² "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati", presentato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 marzo 2016. www.minori.gov.it/sites/.../protocollo_identificazione_msna.pdf
- ²³ http://www.prefettura.it/FILES/alllegatinews/1245/Protocollo_firmato.pdf
- ²⁴ Piano contingenza A4-2017_Definitivo.pdf 1 / 100
- ²⁵ http://www.prefettura.it/FILES/alllegatinews/1245/Protocollo_firmato.pdf
- ²⁶ <http://www.cameraminorilemilano.it/wp-content/uploads/2017/11/Introduzione-Protocollo-accertamento-et%C3%A0-Milano-13-11-2017.pdf>
- ²⁷ Save the Children. Come first – Intervento in frontiera. <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/progetti/children-come-first-intervento-frontiera>
- ²⁸ Cfr. Cascone C., Brevi riflessioni in merito alla legge n. 47/2017 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati": luci e ombre, *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, Fascicolo n. 2/2017.
- ²⁹ Progetto "Care-Common Approach for refugees and other migrants health" cofinanziato dall'agenzia CHAFAEA della Commissione Europea.

Minori stranieri non accompagnati vittime di violenza: un confronto tra nuovi e vecchi arrivi

PETTINICCHIO V.¹, ARAGONA M.², DA SILVA E.³, CAIZZI C.³, CIAMBELLINI S.³, MAZZETTI M.²⁻³, GERACI S.²⁻³

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma "Tor Vergata"; ² Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ³ Progetto "Ferite Invisibili", Area sanitaria Caritas, Roma

Obiettivi

Tra i migranti, i minori stranieri non accompagnati rappresentano una popolazione a rischio, soprattutto se hanno vissuto esperienze traumatiche e hanno lasciato il proprio paese senza avere elaborato un progetto migratorio. Alcuni di loro sviluppano reazioni post-traumatiche che ne ostacolano l'integrazione e necessitano di un trattamento integrato di psicoterapia e supporto psico-sociale e legale. Negli ultimi anni il quadro dell'immigrazione in Italia è cambiato a partire dalla cosiddetta "Emergenza Nord Africa" che dal 2011, con la guerra in Libia e le primavere arabe, ha segnato un cambiamento importante nelle rotte e negli arrivi dei profughi in Italia. Ciò sembra aver avuto ripercussioni anche sulla salute mentale: studi condotti sulla popolazione adulta mostrano, a partire da quegli anni, un incremento dei ricoveri psichiatrici tra i migranti. Tra le possibili interpretazioni di questo dato c'è la possibilità che in quegli anni siano cambiate le caratteristiche dei migranti, con un aumento di persone a rischio per basso livello di istruzione e barriere linguistiche secondarie alla non conoscenza delle lingue coloniali, oltre che per la presenza di esperienze psicotraumatiche ed emarginazione sociale precedenti la migrazione. Questo lavoro si propone di valutare se un effetto simile esista anche tra i minori, mettendo a confronto due gruppi afferiti a un servizio di cura per vittime di traumi intenzionali, prima e dopo il 2011.

Metodi

L'analisi è stata condotta sulle cartelle cliniche dei minori che si sono rivolti consecutivamente al servizio nel periodo 2006-2010 e 2014-2017. Sono state valutate le variabili sociodemografiche disponibili e il miglioramento clinico alla Clinical Global Impression Scale (CGI).

Risultati

Sono stati analizzati i dati di 73 pazienti, per la maggior parte maschi (94,5%). Nel periodo 2006-2010 sono stati curati 40 minori, in prevalenza afgiani (60%), messi a confronto con 33 casi del periodo 2014-2017, di provenienza più eterogenea con prevalenza di africani: Gambia, Nigeria, Mali, Senegal. Come atteso viste le caratteristiche del centro di reclutamento, tutti i pazienti presentavano sintomi post-traumatici. Non sono state rilevate differenze significative tra i due gruppi per nessuna delle variabili considerate: (livello di istruzione, conoscenza di almeno una lingua veicolare, livello di conoscenza dell'italiano, numero di sedute psicoterapeutiche), né nel confronto tra le variabili e il miglioramento clinico alla CGI.

Conclusioni

Diversamente da quanto ipotizzato, nei minori non sembra esserci un cambiamento significativo tra coloro che sono arrivati prima o dopo il 2011, né una relazione tra scolarità e competenze linguistiche ed esito delle terapie. Ciò sembrerebbe suggerire che i minori abbiano specificità proprie rispetto ai giovani adulti. Occorre però considerare che per bassa numerosità del campione, bias di selezione degli utenti rispetto ai sintomi post-traumatici, ed eterogenea provenienza geografica, lo studio presenta diversi limiti di cui studi successivi dovranno tener conto.

Contatto: *Valentina Pettinicchio* (vale.pettinicchio@gmail.com)

Accoglienza sanitaria del bambino da adozione internazionale: dati di uno studio multicentrico italiano GLNBM SIP

CHIAPPINI E.¹, ZAFFARONI M.², BIANCONI M.¹, VENERUSO G.¹, GRASSO N.², GARAZZINO S.³, ARANCIO R.⁴, VALENTINI P.⁵, FICCADENTI A.⁶, DA RIOL R.M.⁷, LA PLACA S.⁸, GALLI L.¹, DE MARTINO M.¹, BONA G.²

¹ Dipartimento di Scienze Mediche - Ospedale Pediatrico Meyer, Università di Firenze, Firenze; ² U.O.C. di Pediatria, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro - IRCAD, Novara; ³ Dipartimento di Pediatria, Università di Torino, Ospedale Pediatrico Regina Margherita, Torino; ⁴ Clinica Pediatrica, Ospedale San Paolo, Milano; ⁵ U.O.C. di Malattie Infettive Pediatriche, Dipartimento di Pediatria, Università Cattolica Ospedale A. Gemelli, Roma; ⁶ U.O.C. di Pediatria, Dipartimento di Scienze Cliniche, Politecnico Università delle Marche, Ospedali Riuniti, Presidio Salesi, Ancona; ⁷ Dipartimento di Pediatria, Ospedale Sant'Antonio, San Daniele del Friuli; ⁸ Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Obiettivi

L'obiettivo dello studio è stato valutare la prevalenza di patologie infettive e lo stato di immunizzazione dei bambini adottati in Africa.

Metodi

Presso 11 centri di riferimento del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBM SIP), sono stati raccolti e analizzati retrospettivamente i dati clinici e di laboratorio di 762 bambini adottati in Africa dal 2009 al 2015, secondo quanto previsto nelle Indicazioni del GLNBM SIP (www.glnbi.org) per l'accoglienza sanitaria del bambino migrante e da adozione internazionale.

Risultati

L'età media dei bambini (60,3% maschi) era di 3,6 anni, il 52,6% proveniva dall'Etiopia e nel 50,1% veniva segnalata almeno una patologia infettiva. Le infezioni parassitarie hanno rappresentato la maggior parte della patologia segnalata (409/715) e le più comuni erano *Giardia lamblia* (n = 239), *Toxocara canis* (n = 65) e infezioni cutanee (n = 205), in particolare *Tinea capitis/corporis* (n = 134) e *Molluscum contagiosum* (n = 56). La tubercolosi attiva è stata diagnosticata in nove bambini (1,2%). Infezioni tubercolari latenti sono state diagnosticate in 52 (6,8%) bambini e solo in 23 casi i test cutanei alla tubercolina risultavano positivi e concordanti al Quantiferon, discordanti risultati sono stati associati alla vaccinazione BCG (OR 6,30, IC 95% 1.01-39.20, p = 0.011). I titoli anticorpali non protettivi anti-tetano o antiapatite B erano documentati in 266 (34,9%) e 396 (51,9%) dei 762 bambini.

Conclusioni

La prevalenza di patologia infettiva e titoli non protettivi per malattie prevenibili con le vaccinazioni, osservate nella nostra popolazione di bambini adottati dall'Africa, rilevano l'importanza di avere un percorso condiviso di accertamenti sanitari che devono comunque essere individualizzati, in base alla provenienza e alla storia personale/familiare, sul singolo bambino e i suoi bisogni di salute.

Contatto: Elena Chiappini (elena.chiappini@unifi.it)

Allattamento tra le madri straniere: risultati del monitoraggio dell'allattamento materno in Toscana

BONCIANI M., LUPI B., CORAZZA I.

Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Sant'Anna, Pisa

Obiettivi

L'allattamento materno è uno dei determinanti più importanti per la salute e il benessere del bambino e della madre. A livello regionale scarseggiano le informazioni su questo ambito sia relativamente alle italiane che alle straniere, aspetto che rende difficoltosa la programmazione di interventi a sostegno dell'allattamento materno, che riescano a rispondere adeguatamente ai bisogni delle donne anche tenendo conto della propria specificità socio-culturale. Attingendo all'esperienza innovativa del monitoraggio dell'allattamento in Toscana, si confrontano le differenze nell'allattamento tra italiane e straniere provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Metodi

I dati derivano dall'indagine campionaria longitudinale, che ha coinvolto una coorte di donne residenti o domiciliate in Toscana arruolate al momento del parto in uno dei Punti Nascita regionali (tra ottobre 2016 e marzo 2017) e seguite fino ad un anno di età del bambino, con rilevazioni dopo la dimissione, a 1, 3, 6 e 12 mesi dal parto, escludendo i neonati deceduti pre-termine, sottopeso o ricoverati in terapia intensiva neonatale durante ricovero della nascita. La misurazione dell'allattamento, basata su un recall period di 24 ore, ha fatto riferimento alle definizioni adottate dall'OMS. I questionari sono stati sottoposti online, tradotti in 8 lingue, oppure attraverso interviste telefoniche.

Risultati

Sono state coinvolte 3.649 donne alla rilevazione a 6 mesi, di cui circa il 15% straniere PFMP, con una permanenza in Italia di almeno 6 anni e principalmente concittadinanza rumena (25%), albanese (19%), cinese (9%) e marocchina (8%). Il 61% delle straniere ha compilato il questionario online rispetto all'88% delle italiane, con differenze tra le diverse comunità (dal 92% delle cinesi al 33% delle marocchine).

Al momento del parto la quasi totalità delle donne ha espresso l'intenzione di allattare, senza differenze per cittadinanza; tuttavia oltre la metà delle straniere indica di voler allattare oltre 6 mesi, rispetto al 34% delle italiane. Le prevalenze dell'allattamento esclusivo tra le straniere a 1, 3 e 6 mesi risultano più basse rispetto alle italiane, per il maggior ricorso delle straniere alla somministrazione di liquidi insieme al latte materno, ma sono sempre inferiori le percentuali di non allattamento tra le straniere (a 6 mesi 24% tra le PFPM rispetto a 29% tra le italiane). A 6 mesi le donne straniere hanno una minor probabilità di allattare esclusivamente delle italiane (OR 0.81, IC 95% 0.71-0.90), pur non riscontrando differenze relativamente all'allattamento completo, ed un minor rischio di aver smesso di allattare (OR 0.70, IC 95% 0.64-0.77).

Conclusioni

Lo studio conferma la maggior propensione all'allattamento materno tra le donne straniere. La mancanza di differenze nell'allattamento completo tra italiane e straniere potrebbe derivare dal prevalente coinvolgimento di straniere già inserite nel contesto italiano. Da rafforzare l'informazione per le straniere in merito all'introduzione dei liquidi anche prima dei 6 mesi di vita. Il sistema di monitoraggio dell'allattamento permette di avere dati sistematici relativi a tutte le donne, da approfondire le eventuali difficoltà di coinvolgimento per alcuni gruppi di straniere.

Contatto: Manila Bonciani (m.bonciani@santannapisa.it)

Tutele, rischi ed ostacoli per i lavoratori immigrati nel diritto del lavoro

Laura Calafà
Università di Verona

What of immigration, migration and migrants? scriveva Galbraith, in *The Good Society*, nel 1996 considerando quello delle migrazioni un capitolo imprescindibile della corretta, completa, buona società citazione utilizzata dalla dottrina più recente con riguardo al trattamento dei lavoratori stranieri nell'ambito dei distacchi transnazionali. Spiegando che in "a desocialised Europe, provisions for migrant workers in transnational employment relationships are powerful indicators of a lack of institutional respect for human rights". In questa sede possiamo declinare la domanda posta da Galbraith a partire dal problema dell'immigrazione (regolare, irregolare) in prospettiva lavoristica. Tolti gli *alibi* (legati ai contrasti reali tra regole sull'immigrazione e mercato del lavoro), i *paradossi* (la normativa nazionale che concorre a creare irregolarità o che disincentiva le denunce dei lavoratori, anche in caso di sfruttamento lavorativo) e gli *abusi* (della sanzione penale) cosa rimane del tema delle migrazioni declinato avendo centrale riguardo alle questioni di lavoro collegate alla mobilità dei cittadini extra Ue?

A partire dalle considerazioni su *Migrazioni: modelli, politiche e affinità mediterranee*. Perché il crescente – anche se non compiuto – interesse scientifico a livello nazionale per il legame tra migrazioni e diritto del lavoro rappresenta il punto di

partenza delle presenti riflessioni, un interesse scientifico specialistico in via di consolidamento anche laddove i flussi di persone alla ricerca di un lavoro risultano più datati perché legati allo sviluppo post-coloniale delle dinamiche dei flussi di persone in mobilità. Numerose ricerche segnalano che i modelli dei flussi migratori non tracciano più percorsi stabili e predefiniti, anche in ragione dello sviluppo dei mezzi di trasporto, mescolando migrazioni che presentano un classico *background* coloniale a migrazioni economiche verso selezionate e predefinite destinazioni, fino alle migrazioni di rifugiati che – dopo la crisi siriana – segnano lo stesso destino dell'accordo di Schengen nell'Unione europea (largamente condizionata dalla vicenda della *Brexit* della Gran Bretagna che ha una capitale come Londra per la quale è stata coniato il termine di "*super-diversity*" proprio per l'eterogeneità della sua popolazione). Queste stesse ricerche segnalano le vicende comuni dei paesi dell'area mediterranea (Italia e Spagna *in primis*) che possiamo sintetizzare in poche righe nelle quali concentrare l'esperienza consolidata delle emigrazioni, che diventa recente e impegnativa gestione d'importanti flussi di immigrazione (si sviluppa tra la fine degli anni Settanta e gli anni Ottanta, per l'Italia successivamente al boom economico), ad alti tassi di *undocumented immigrants*. Un dato che confer-

ma, per i politologi, quanto meno una evidente discrepanza tra i progetti politici (e le regole) d'accesso dei cittadini extra-Ue e i bisogni attuali delle società considerate. Cambiano i modelli di regolarizzazione (individuali, collettivi rispettivamente per la Spagna e l'Italia), ma il senso complessivo dell'intervento rimane ed è univocamente riconosciuto dalla letteratura scientifica. Le regolarizzazioni sono prove tangibili di *policies* fallimentari.

Vi è un altro elemento strutturale da considerare: che le politiche in materia d'immigrazione scontano (nel senso che ne risultano condizionate) dalla presenza, più o meno massiccia, di un'economia informale, non sempre di matrice criminale, ma sicuramente in grado di incidere sul funzionamento della corretta concorrenza tra imprese (grandi/piccole; in settori *labour intensive* oppure no) prima ancora che tra lavoratori. Le vicende della concorrenza tra imprese e tra lavoratori (regolari, irregolari) devono essere tenute almeno implicitamente in considerazione in questo rapporto. Il funzionamento della concorrenza risulta modificato in radice nelle diverse macro-aree europee perché laddove le imprese si muovono al di fuori delle regole della reciproca correttezza, la concorrenza è strutturalmente falsata. Certamente interessanti sono i risultati cui perviene il recente volume che pone in diretto confronto le situazioni dei lavoratori (comprensivi non sono dei cittadini Ue, ma anche dei cittadini extra Ue dotati di regolare permesso di soggiorno) e tutti coloro che sono, per ragioni diversi, irregolari; diverso il discorso quando il lavoro irregolare non è prestato per un'impresa, ma per un singolo, una famiglia, per soddisfare bisogni di cura. La segmentazione del mercato del lavoro degli stranieri (non solo irregolare) segnala una costante rilevanza del lavoro prestato per la cura altrui,

di anziani e bambini. La questione della corretta concorrenza, in questo contesto, deve essere proposta in modo diverso, avendo riguardo al livello di soddisfazione dei servizi pubblici, dal livello nazionale (tempi e orari delle scuole, ad esempio) fino alle comunità locali (chiamate a gestire sanità e scuole d'infanzia con sempre maggiori difficoltà).

È importante ricordare che il tema come quello oggetto di questo contributo rinvia a questioni generali (e a politiche generali: gli accessi alle frontiere) a partire da una disciplina specialistica che si occupa di questioni di lavoro (mercato, contratto e rapporto), ma deve anche considerare il dialogo interdisciplinare maturato sullo stesso oggetto (le migrazioni, appunto), sia con discipline non giuridiche (con la sociologia in particolare, ma anche gli studi economici attenti ai tassi di demografici della popolazione), sia con discipline giuridiche altre rispetto al diritto del lavoro, in particolare con il diritto penale.

Questo confronto è reso necessario dal bisogno di approcciarsi, in modo disincantato, ad un dato oramai scontato: la centralità delle politiche del controllo e la scelta operata dagli Stati (tra cui anche il nostro), tanto a livello internazionale che all'interno dei propri ordinamenti, di privilegiare un «*law enforcement approach*» invece che porsi in una «*human rights perspective*», con l'inevitabile conseguenza di prestare «*less attention to the range of factors that created or exacerbated workers to the exploitation*» e relegare in secondo piano i diritti delle vittime, considerato che il tema della sessione di oggi accomuna l'approccio domestico e quello UE al tema della mobilità delle persone nella logica delle cd. *politiche di prossimità*, entrambi chiamati a tener conto della dimensione regolativa dell'OIL, sicuramente trascurata.

Rimane il cuore del problema che gli

studiosi di sociologia delle migrazioni hanno individuato da tempo, una serie di considerazioni utili per giuristi chiamati a tracciare i connotati della stessa competenza disciplinare sul tema concorrendo a diradare la nebbia che avvolge gli irregolari e il lavoro. Nel sistema “nebbioso” si collocano gli interessi dei governi, le politiche nazionaliste e/o meramente ideologiche, l’approccio burocratico alla gestione della pubblica amministrazione, dal punto di vista macro; mentre a livello micro, si trovano le convenienze dei datori di lavoro (imprese e famiglie), delle associazioni che si occupano dei migranti; infine, i lavoratori e le lavoratrici (molto lontani dall’essere incentivati alla denuncia anche se in situazione di grave sfruttamento lavorativo).

In sede di conclusioni, possiamo riconoscere che l’attenzione anche del diritto del lavoro – strutturalmente una disciplina dialogante con altre discipline, non solo giuridiche – sul tema deve essere alta. A tale riguardo, si apprezza il riconoscimento di chi, proprio in Italia, a partire dalle considerazioni sull’economia del Paese, spiega che dal punto di vista metodologico, vi è piena sintonia interdisciplinare se si condivide l’idea che piuttosto di «settori a maggior rischio di illegalità appare forse più corretto ragionare del diverso rischio di illegalità in tutti i settori» (Antonio Visconti spiega che il rischio illegalità è qualificabile sia in termini qualitativi (cioè: di tipologie di rischio presenti), sia in termini quantitativi (cioè della diversa probabilità del verificarsi di situazioni di illegalità) e che nessuna azione di contrasto può evitare di riflettere in modo compiuto proprio sull’impresa, a partire da fattispecie e sanzioni. Il ragionamento parte dalle sanzioni, ma in queste non si esaurisce.

Al riguardo appare scontato, ma sempre necessario, ribadire la necessità di superamento della logica emergenziale

che accompagna ogni decisione relativa alle questioni del lavoro *illegale* (come categoria inclusiva, indifferentemente riconducibile a stranieri o lavoratori locali) affermato il bisogno del mantenimento dell’*imprinting* di tutela dei diritti umani necessario ai fini del rispetto delle regole internazionali e altrettanto scontato che l’interesse per l’impresa e il sistema produttivo che deve rappresentare il focus delle *policies* (non solo sanzionatorio) del legislatore. Una chiave di lettura condivisa non solo dalla dottrina internazionalista e dalla dottrina lavorista più attenta alla prioritaria funzione di tutela del diritto del lavoro, ma anche da quella letteraria commercialistica che ha coniato il modello necessario per ricorrere al lavoro forzato o paraservile ovvero «l’impresa schiavistica», scomposta in centri autonomi di imputazione giuridica, spesso di dimensione transnazionale. Il dato economico rivela che l’impresa schiavistica si avvantaggia, a diversi livelli e con diverse modalità, dei prodotti e dei servizi procurati anche dal lavoro irregolare, a volte forzato utilizzato al primo gradino della filiera produttiva. L’orizzonte concettuale entro il quale si colloca, tra i tanti argomenti, anche la discussione teorica in ordine al grave sfruttamento lavorativo avviata dall’infelice trasposizione di una direttiva del 2009 già definita riduttiva è proprio quello del lavoro decente, diventando anche questa discussione parte integrante di uno dei molteplici aspetti della dimensione sociale della globalizzazione, uno dei peggiori, quello delle cosiddette moderne o contemporanee forme di schiavitù che «mostrano nella sostanza minime variazioni rispetto al passato, la novità consistendo, semmai, nel fatto che esse interessano ‘nuovi settori dell’economia’ e dell’industria e forse settori diversi della popolazione».

Il superamento della logica emergenziale che qualifica il trattamento domestico in materia di lavoro irregolare (*labour law*) e di accesso del cittadino Ue ai fini lavorativi in Italia, oltretutto condizionata da un approccio ideologico più che ideale al tema (*migration law*), impone un ripensamento dell'integrazione tra i due profili individuati, un *approccio strutturale integrato* che già il Consiglio d'Europa aveva compiutamente tracciato nella logica di evitare rischi per la complessiva tenuta della coesione sociale europea. *For labour law, this assertion is tantamount to the recognition of a broader composite discipline such as labour immigration law, within which status as a worker prevails over that as a migrant.*

Per il diritto del lavoro, questa affermazione equivale al riconoscimento di una disciplina più ampia e composita come *labour immigration law*, nella quale prevalga lo *status* di lavoratore rispetto a quello di migrante.

Dalle generali questioni di coesione sociale segnalate a diverse livelli, occorre passare alle peculiarità di una disciplina settoriale.

L'affermazione lavoristica di un interesse al tema del lavoro irregolare (anche dello straniero) sposta necessariamente l'attenzione sulla tutela dei diritti dell'irregolare. In dottrina, si è discusso se l'immigrato irregolare possa continuare ad essere escluso dal generale funzionamento dei sistemi di solidarietà sociale, un ragionamento che pare escluso dalla politicizzazione del tema complessivo piuttosto che dalla razionalità scientifica maturata in materia, come ampiamente ha dimostrato la dottrina. Quello che sembra mancare – tanto a livello nazionale, quanto a livello Ue – è ogni attenzione compiuta ai diritti fondamentali dei migranti irregolari e, per quanto di stretta competenza, a quelli

connessi al lavoro. Il discorso sui diritti viene effettuato solo nei termini in cui sia funzionale ad assicurare un processo di ritorno nei paesi d'origine (anche e soprattutto argomentando dalla direttiva sanzionata che garantisce solo il diritto ad essere retribuiti ai lavoratori stranieri irregolari).

Il sostanziale blocco dei processi di regolarizzazione e il baricentro regolativo Ue imperniato sull'allontanamento non possono non farci ricordare che non c'è (o pare non esserci) consenso generale su politiche diverse da quelle attualmente perseguite, magari più attente alla garanzia della generale dignità umana. *"If the EU is to provide a fairer reflection of the legitimate claims to basic social solidarity from irregular migrants, then law and policy need to be rebuilt, beginning with a foundation of fundamental human rights"* (citando Mark Bell).

L'auspicio è che gli attori Ue (la Commissione *in primis*) abbiano la forza di tradurre le conclusioni di una nuova consultazione in linee concrete ed efficaci e non si lasci travolgere dalla logica securitaria che ha portato all'azzeramento dei risultati già raggiunti nel 2005 e delle suggestioni già in quella sede formulate. Consapevoli dell'attualità caratterizzata dalla difficile gestione della crisi dei profughi e dalla Brexit della Gran Bretagna, si rinnova la sollecitazione a rileggere i risultati di una importante ricerca di un gruppo di esperti di migrazioni che ripropongono serie linee guida per affrontare il tema della migrazione, non solo economica. La raccomandazione n. 1 (*The understanding of immigration*) contiene l'affermazione ricorrente, ripetuta e inascoltata fino ad oggi: *"The correlation between employment policy and migration should be taken very seriously and developed further"*.

È doveroso concludere ad un rinvio ideale all'immagine grafica degli Stati che

hanno ratificato la Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie adottata dall'Assemblea Generale nella sua risoluzione 45/158 del 18 dicembre 1990. Questa immagine in cui si evidenzia la scarsità delle ratifiche (completamente assente l'Unione europea nel suo complesso) il punto esatto dal quale ripartire. In una completamente diversa prospettiva politica. "International human rights instruments provide a different perspective on irregular migrants" (citando Mark Bell).

Riferimenti bibliografici

- Bell M. (2010), *Irregular Migrants: Beyond the Limits of Solidarity?* in *Promoting Solidarity in the European Union* (2010), p. 151.
- Borkert M., Penninx R. (2011), *Policymaking in the field of migration and integration in Europe: An introduction*, in *Migration Policy Making in Europe. The Dynamics of Actors and Contexts in Past e Present* (2011), p. 7.
- Boschiero N. (2010), *Lo sfruttamento economico dei lavoratori migranti: vecchie o nuove forme di schiavitù nell'era della «private economy»*, in *Diritti umani e diritto internazionale* 4, p. 363.
- Boswell C. (2014), *The Politics of Irregular Migration, in EU Migration Law: Legal Complexities and Political Rationales* (2014), p. 41.
- Brucker H. (2012), *The Labor Market Impact of Immigration and its Policy Consequences*, MPC Analytical and Synthetic, Note 04.
- Calafà L., *Migrazione economica e contratto di lavoro degli stranieri*, 2012, Bologna: Il Mulino.
- Carrera S. (2014), *Integration of Immigrants in EU Law and Policy: Challenges to Rule of Law, Exceptions to Inclusion*, in *EU Migration Law: Legal Complexities and Political Rationales* (2014), p. 149.
- Carrera S., Faure Atger A., Guild E., Kostakopoulou D. (2011), *Labour Immigration Policy in the EU: A Renewed Agenda for Europe 2020*, Centre for European Policy Studies, Brussels, www.ceps.eu.
- Chiaromonte W. (2013), *Lavoro e diritti sociali degli stranieri. Il governo delle migrazioni economiche in Italia e in Europa*, 2013, Torino: Giappichelli.
- Costello C., Freedland M. (2014), *Migrants at Work and the Division of Labour Law*, in *Migrants at Work. Immigration and Vulnerability in Labour Law* (2014), p. 1.
- De l'ouvrier immigré au travailleur sans papier. *Les étrangers dans la modernisation du salariat* (2010), A. Morice, S. Potot (eds.), Paris: Karthala.
- De Martino C., Lozito M., Schiuma D. (2016), *Immigrazione, caporalato e lavoro in agricoltura*, in *LD*, p. 326.
- Ferrera M. (2005), *The Boundaries of Welfare*, Oxford: Oxford University Press.
- Glorius B., Grabowska-Lusinska I., Kuvik A. (2013), *Mobility in Transition Migration Patterns after EU Enlargement*, 2013 Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Hayes L., Novitz T., Herzfeld Olsson P. (2013), *Migrant workers and collective bargaining: institutional isomorphism and legitimacy in a resocialised Europe*, in *Resocialising Europe in a Time of Crisis* (2013), p. 463
- Mondialisation, travail et droits fondamentaux* (2005), I. Daugareilh (eds), Brussels: Bruylant.
- Montanari A. (2010), *Stranieri extracomunitari e lavoro*, 2010, Padova: Cedam.
- Pinto V. (2012), *Gli interventi legislativi regionali di contrasto al lavoro nero e di sostegno all'emersione*, in *RGL*, p. 304.
- Promoting Solidarity in the European Union* (2010), M. Ross, Y. Borgmann-Prebil (eds), Oxford: Oxford University Press.
- Rea A. (2010), *Conclusion. Les transformations des régimes de migration de travail en Europe*, in *De l'ouvrier immigré au travailleur sans papier. Les étrangers dans la modernisation du salariat* (2010), p. 307.
- Rescigno M. (2015), *Impresa «schiavistica», decentramento produttivo, imputazione dell'attività e applicazione delle regole*, in *Impresa e «forced labour»: strumenti di contrasto* (2015), p. 69.
- Resocialising Europe in a Time of Crisis* (2013), N. Cournouris, M. Freedland (eds.), Cambridge: Cambridge University Press.
- Taran P., Ivakhnyuk I, da Conceição Pereira Ramos M., Tanner A. (2008), *Economic migration, social cohesion and development: towards an integrated approach*, Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Viscomi A. (2015), *Lavoro e legalità: «settori a rischio» o «rischio di settore»? Brevi note sulle strategie di contrasto al lavoro illegale (e non solo) nella recente legislazione*, in WP C.S.D.L.E. "Massimo D'Antona". IT – 253.

La tutela della salute dei lavoratori stranieri in Italia: riflessioni su dati di contesto e spunti di ricerca

Benedetta Persechino

Inail, Dipartimento Medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale, Centro ricerche Monteporzio Catone (RM)

Il fenomeno migratorio ha da sempre contraddistinto la storia umana; negli ultimi decenni, il processo di globalizzazione ed importanti cambiamenti geopolitici hanno ulteriormente ampliato lo spazio geografico di riferimento delle migrazioni internazionali che hanno assunto dimensioni considerevoli, tanto da incidere sull'andamento economico, politico e sociale dei diversi paesi, quelli di partenza, di transito e di arrivo.

Le cause della mobilità sono riconducibili a fattori economici, territoriali, demografici e politici e sono distinte, solitamente, in:

a) fattori di espulsione (*push factors*) - incremento demografico, alta disoccupazione, povertà, conflitti armati, violazione dei diritti fondamentali;

b) fattori di attrazione (*pull factors*) - fattori economici/sociali/culturali che concorrono a far prevedere, da parte di chi emigra, delle opportunità maggiori e/o una qualità di vita migliore.

Da fonte Eurostat, al 1° gennaio 2016 nella UE-28 risiedevano 35.000.000 di persone nate in paesi non UE-28: circa 5.000.000 in Italia, 8.700.000 in Germania, 5.600.000 nel Regno Unito, 4.400.000 in Francia ed altrettanti in Spagna.

Gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2016 sono 5.047.028 pari all'8,3% della popolazione residente totale; al 1° gennaio 2018 (5.065.000 stranieri

residenti) la stima del saldo migratorio netto con l'estero è pari a +184.000 unità, superiore a quello del 2016 (+144.000) e probabilmente dovuto alla ripresa economica e all'aumento della domanda di lavoro nonché alla "Brexit".

In Italia, al 31 dicembre 2016, è presente un quadro "multi-etnico" rappresentato da circa 200 nazionalità; in ordine di importanza numerica, le prime cinque cittadinanze, da sole, superano il 50% del totale dei residenti stranieri. La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con circa il 23% di tutti gli stranieri presenti sul territorio nazionale, seguita dall'Albania (8,9%), dal Marocco (8,3%), dalla Cina (5,6%) e dall'Ucraina (4,6%).

In riferimento al genere, si rileva una complessiva prevalenza femminile (52,4%); è interessante evidenziare, per le prime 10 cittadinanze, importanti prevalenze femminili per le nazionalità Ucraina (78,4%), Moldava (66,5%) e Filippina (56,8%).

Relativamente alle prime 25 cittadinanze, i Paesi dell'Unione europea contribuiscono con il 23,6% (1° posto della Romania e 25° della Germania); tra i Paesi extra-UE, emergono quelli dell'Europa centro-orientale (29,3%), a seguire quelli dell'Africa settentrionale (20,5%), dell'Asia centromeridionale (14,3%), dell'Asia orien-

tale (13,4%) e dell'America centro meridionale (9,3%).

Nel 2016, in Italia, la presenza di lavoratori stranieri è stata di circa 2.400.000 (+1,8% rispetto al 2015), di cui circa il 67% è costituito da lavoratori extracomunitari.

Oltre il 56% degli stranieri è impiegato in "Altre attività nei servizi", il 17,5% nell'"Industria in senso stretto", il 10% nelle "Costruzioni", il 9,7% nel "Commercio", il 6,1% in "Agricoltura".

Rispetto al totale degli occupati per settore, la manodopera straniera rappresenta il 16,6% in "Agricoltura", il 10,7% in "Altre attività nei servizi", il 9,3% nell'"Industria in senso stretto", il 7,2% nel "Commercio"; in particolare, nei settori "Agricoltura", "Commercio" e "Altre attività nei servizi" si è registrato un costante incremento nell'ultimo decennio.

Oltre l'86% degli stranieri svolge un lavoro alle dipendenze: il 76,6% con la qualifica di operaio (circa il 55% maschi) e l'8,6% con quella di impiegato (circa il 70% di genere femminile).

Mentre tra gli operai italiani prevale la fascia di età 40-49 anni (31,3%) seguita da quella 50-59 anni (circa il 27%), la fascia di età più rappresentata tra gli operai stranieri è quella 30-40 anni (33,4%) a seguire quella 40-49 anni (circa il 27%).

Relativamente al lavoro "alle dipendenze" (cioè quasi la totalità dei lavoratori dipendenti del settore privato, esclusi i lavoratori domestici e gli operai agricoli e di una quota di lavoratori del settore pubblico), i circa 910.000 lavoratori extracomunitari rappresentano il 7,8% del totale dei lavoratori dipendenti; in particolare, il tempo indeterminato interessa il 74% dei lavoratori stranieri, quello determinato il 23%, mentre il 3% è costituito da lavoro stagionale.

I lavoratori domestici extra-UE, circa 430.000, rappresentano il 49,6% del totale

(circa 866.000); si registra una netta prevalenza delle donne pari all'82,2%. Con riferimento alla cittadinanza, oltre il 60% dei lavoratori domestici provengono da cinque Paesi: Ucraina (22,7%), Filippine (16,4%), Moldavia (10,6%), Perù (7,0%) e Sri Lanka (6,5%).

Sono circa 161.000 gli operai agricoli extra-UE, pari a circa il 16% del totale; oltre il 55% proviene da tre Paesi, rispettivamente il 18,9% dall'India, il 18,7% dal Marocco, il 17,5% dall'Albania; è interessante notare che la classe d'età "30-39 anni" è quella con la maggior frequenza tra gli extracomunitari (33,5%), mentre per il complesso dei dipendenti agricoli la classe di maggior frequenza è quella "40-49 anni" (25,7%).

Poco più del 7% degli artigiani è extracomunitario; oltre il 25% sono albanesi, seguiti dai cinesi (14,6%) e dai marocchini (10,5%). Gli artigiani extracomunitari sono più giovani rispetto all'universo degli artigiani: circa il 45% ha meno di 40 anni e solo l'8,4% ha più di 55 anni rispetto al dato nazionale pari al 28,2%.

Circa il 10% dei commercianti è extracomunitario: marocchini e cinesi rappresentano circa il 45% dei commercianti extra-UE, seguiti dai bengalesi (13,4%) e dai senegalesi (7,3%).

Nel 2016, in Italia sono stati denunciati all'INAIL 96.217 infortuni occorsi a lavoratori stranieri - circa il 15% del totale - di cui il 26% di paesi UE e 74% extracomunitari; gli infortuni mortali denunciati sono stati 173 (circa il 15% del totale nazionale), con una tendenza al decremento nel quinquennio 2012-2016 (-13,7%), così come per i lavoratori italiani.

Relativamente ai lavoratori stranieri, sono stati accertati positivamente 62.270 infortuni, pari a circa il 65% di quelli denunciati tra gli stranieri (ed al 14,5% del

totale degli accertati positivamente), il 10,8% relativamente agli extracomunitari, circa il 3,8% ai lavoratori comunitari.

Nello specifico degli infortuni mortali tra gli stranieri, sono stati accertati positivamente 98 infortuni, pari al 56,6% di quelli denunciati (25,5% lavoratori UE, 74,5% extra-UE).

Per le varie caratteristiche correlate al fenomeno infortunistico dei lavoratori stranieri, si prendono in esame i dati del biennio 2014-2015, ormai definitivi e consolidati.

L'andamento infortunistico di questa tipologia di lavoratori, nel periodo considerato, ha registrato una diminuzione del 3,2%; in particolare, -9,6% nelle Costruzioni, -5,5% nei Trasporti e magazzinaggio, 5,4% nella Metallurgia, -0,3% in Agricoltura.

Nel contesto di "Industria e servizi" i settori che hanno registrato il maggior numero di infortuni, circa il 54%, sono le Costruzioni, Trasporto e magazzinaggio, Commercio e Attività di servizi di alloggio e ristorazione; per i lavoratori nel complesso, tali comparti hanno invece registrato circa il 46% di casi.

Oltre il 58% degli infortuni, per i lavoratori stranieri, ha interessato la fascia di età che va dai 30 ai 49 anni, circa il 60% tra gli uomini e il 54% tra le donne, con un calo del 3,8%, rispetto all'anno precedente; in controtendenza, la fascia di età dai 60 anni ed oltre ha invece avuto un incremento del 14,7% (16,6% per le donne e 13,3% per gli uomini), contro un +7,9% degli infortunati totali (11,1% per le donne e 6,3% per gli uomini).

A livello territoriale, nel 2015, circa il 75% degli infortuni occorsi ai lavoratori stranieri si è verificato nel Nord del Paese (33,4% nel Nord-ovest e 41,4% nel Nord-est), il 18% al Centro ed il 7,5% nel Mezzogiorno.

Relativamente alla modalità di accadi-

mento, nel 2015 gli infortuni dei lavoratori stranieri "in occasione di lavoro" (85% del totale) sono diminuiti del 3,4% rispetto al 2014; in particolare, quelli avvenuti "con mezzo di trasporto" hanno avuto una riduzione del 7,2%, mentre per coloro che svolgono il lavoro in ambiente ordinario si è avuto un calo più contenuto del 3,3%.

Anche gli infortuni in itinere, nel 2015, hanno segnato una lieve diminuzione pari all'1,8% rispetto all'anno precedente, comunque una riduzione più consistente rispetto a quella dei lavoratori nel complesso (-0,9%).

Nel 2015, la maggior parte dei lavoratori infortunati dell'area UE proviene dalla Romania (62%), mentre per quelli extra-UE sono i lavoratori marocchini ad essere maggiormente coinvolti (16,2%) seguiti da quelli albanesi (13,3%).

Nel 2015 gli eventi mortali sono aumentati, in particolare si sono avuti 27 casi in più per i lavoratori extra-comunitari (da 99 a 126 casi) e 6 per quelli comunitari (da 64 a 70); il 70% degli infortuni mortali si concentra nella fascia di età 35-59 anni (circa 73% per i maschi, 42% per le femmine). In merito agli eventi con esito mortale, oltre l'80% di quelli denunciati nel 2015 si sono avuti nella sola gestione Industria e servizi, circa il 18% nell'Agricoltura.

Anche per i casi con esito mortale, la Romania occupa il primo posto con il 70% degli eventi occorsi a lavoratori comunitari; per gli extra-UE, al primo posto gli Albanesi (17,5%), seguiti dai Marocchini (12,7%).

In considerazione dei dati riportati, una particolare attenzione è dunque richiesta, a causa della maggiore vulnerabilità, per i lavoratori immigrati, così come riportato nel Piano Nazionale di Prevenzione in edilizia 2014-2018 "...l'andamento dei tassi infortunistici deve essere valutato alla luce di alcune variabili di contesto che sono determinanti di rischio e presentano distri-

buzioni diversificate sul territorio nazionale. In particolare devono essere attentamente tenute in considerazione... la distribuzione dei lavoratori stranieri, del lavoro autonomo e di quello irregolare, l'andamento degli indicatori di tipo economico".

In tale direzione deve essere indirizzata anche l'attività di ricerca al fine di fornire contributi utili allo sviluppo e/o implementazione di adeguate politiche di prevenzione. Ad esempio, è necessario sviluppare e sperimentare strumenti e procedure utili a rendere efficaci le previsioni contenute nel D.Lgs 81/08 e s.m.i. in riferimento alla tutela dei lavoratori stranieri. Infatti, tra le novità più rilevanti contenute nel suddetto decreto senza dubbio, vi sono: 1) la previsione (art. 28) di una valutazione dei rischi che tenga conto delle diverse tipologie di lavoratori vulnerabili, tra cui quelli "provenienti da altri Paesi"; 2) gli obblighi di informazione "previa verifica della comprensione della lingua utilizzata nel percorso informativo" (art. 36) nonché la formazione "sufficiente ed adeguata... anche rispetto alle conoscenze linguistiche" (art. 37), indicazioni già contenute nella Raccomandazione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro n. 151 del 1975 che prevede che il lavoratore migrante deve ricevere una sufficiente informazione nella sua lingua madre o, qualora non sia possibile, in una lingua di sua conoscenza.

Inoltre, le priorità di ricerca su sicurezza e salute sul lavoro delineate dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) per il periodo 2013-2020, relativamente ai lavoratori immigrati riportano la necessità di: 1) individuare le principali sfide in materia di SSL derivanti da una crescente percentuale di lavoratori con un passato di migrazione nella forza lavoro nonché modi per migliorare la loro

integrazione nel mercato del lavoro al fine di sfruttarne appieno il potenziale; 2) realizzare ulteriori studi sui migranti e sui posti di lavoro che occupano; poiché all'interno della forza lavoro la percentuale di tali gruppi di lavoratori è in aumento, è necessario condurre attività di monitoraggio e ricerca sull'evoluzione dell'entità e della natura dei rischi associati.

Il dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'Inail è da diversi anni impegnata in attività di ricerca sulla tematica "immigrazione e lavoro", sia nel contesto di progetti a finanziamento esterno - attraverso la realizzazione di studi di valutazione della percezione del rischio e del fabbisogno formativo necessari per un'efficace azione preventiva - sia nell'attuale piano di ricerca triennale cosiddetto "discrezionale". Proprio in quest'ultimo, è in corso un progetto, finanziato dall'Inail, che, in un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare - giuridico, sociologico, medico - mira a contribuire all'implementazione delle conoscenze finalizzate alla individuazione ed allo sviluppo di strategie innovative per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro dei lavoratori immigrati impiegati nel settore agro-zootecnico

Bibliografia

- Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro. Priorità di ricerca su sicurezza e salute sul lavoro in Europa: 2013-2020. ISSN: 1831 9351, 2014.
- Ahonen EQ, Benavides FG. Injury at work and migrant workers: a priority for a global agenda in occupational health. *Occup Environ Med* 2017; 74: 231-2.
- Bena A, Giraudo M. La salute dei lavoratori stranieri: una priorità italiana e internazionale. *Recenti Prog Med* 2017; 108: 303-306.
- Benach J, Muntaner C, Chung H, Benavides FG. Immigration employment relations, and health: developing a research agenda. *Am J Ind Med* 2010; 53: 338-43.

- Iavicoli S, Valenti A, Persechino B. La gestione dei lavoratori stranieri in Italia. *G Ital Med Lav Erg* 2011;33(3):355-362.
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. Andamento degli infortuni sul lavoro. Dati Inail, novembre 2017.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia. Settimo Rapporto annuale, 2017.
- Persechino B, Rondinone BM, Fortuna G, Valenti A, Fontana L, D'Anna M, Nardoni C, Galli L, Iavicoli S. Salute e sicurezza sul lavoro: un'indagine conoscitiva su lavoratori immigrati. Tipolitografia Inail, Milano, 2017. ISBN 978-88-7484-518-7.
- Persechino B, Valenti A, Fortuna G, Laurano P, Manca S, Chiarello Ciardo S, Iavicoli S. Lavoratori immigrati: quale tutela della salute e sicurezza sul lavoro? *Affari sociali internazionali*. Nuova serie anno II 2014;(1-2-3-4):57-69.
- Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. Work-related injuries among immigrant workers in Italy. *J Immigr Minor Health* 2013; 15: 182-7.

Stress e condizioni lavorative nell'assistenza familiare: un'indagine sui lavoratori immigrati nel territorio romano

Marta Petyx, Maura Benedetti, Giuliana Buresti, Bruna Maria Rondinone, Benedetta Persechino

Inail Dipartimento di Medicina Epidemiologia igiene del lavoro e Ambientale - Centro Ricerche Monteporzio Catone (RM)

Introduzione e obiettivi

Il mercato dell'assistenza domestica e dei servizi alla persona si è sviluppato enormemente negli ultimi anni sulla spinta sia del costante invecchiamento della popolazione, accompagnato dall'allungamento dell'aspettativa di vita, sia della frammentazione del paradigma familiare, che ha portato a nuovi stili di vita improntati su ritmi più frenetici e su una polverizzazione di spazi e relazioni.

Il lavoro domestico, seppur svolto in un ambiente protetto come quello casalingo, non è privo di rischi per la salute psicofisica di chi vi opera. La sicurezza dei lavoratori domestici rappresenta ancora uno dei "coni d'ombra" dell'attuale sistema di tutela della sicurezza sul lavoro, nonostante tale attività abbia assunto negli ultimi anni sempre maggiore rilevanza per il nostro Paese. Nel 2016 in Italia sono presenti 866.747 collaboratori familiari contribuenti dell'INPS, a netta prevalenza di femmine pari all'88,1% (valore massimo raggiunto negli ultimi 6 anni) e di stranieri (75% sul totale).

Secondo i dati INAIL, nel 2015, sono stati registrati 4820 infortuni sul lavoro tra i lavoratori domestici, di cui 12 con esiti mortali. Il fenomeno riguarda prevalentemente le donne (90% sul totale). A farne le spese sono soprattutto le lavoratrici domestiche straniere con 3195 infortuni (pari al 71,4% del totale).

Il presente studio (parte di un Programma Strategico finanziato dal Ministero della Salute) si inserisce in questo quadro estremamente variegato e complesso approfondendo le problematiche connesse al lavoro domestico nei lavoratori immigrati per conoscere meglio il fenomeno infortunistico, i rischi per la salute psicofisica e il benessere del lavoratore per favorire una cultura della prevenzione anche in tale ambito.

Metodi

A partire da un'analisi delle principali criticità in tema di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) per i lavoratori immigrati dedicati all'assistenza familiare, è stato elaborato un apposito strumento di indagine, somministrato a lavoratori stranieri residenti nel territorio di Roma e provincia, impiegati nell'assistenza familiare.

Il questionario di rilevazione si compone di diverse sezioni:

- la prima indaga le caratteristiche socio-demografiche (genere, classe di età, paese di provenienza, stato civile, titolo di studio, ecc.) e pone domande sulla presenza della famiglia in Italia, sul ricongiungimento figli e coniuge, sul tipo di contratto, sul numero di ore lavorate, sulle modalità di svolgimento del proprio lavoro;
- la seconda contiene domande riguardanti eventuali infortuni sul lavoro, indagando le modalità di accadimento, la

percezione dei rischi lavorativi da parte degli intervistati, la formazione in materia di SSL;

- la terza contiene una batteria di scale finalizzate a valutare aspetti connessi allo stress lavoro-correlato (SLC), alla soddisfazione lavorativa e alle prospettive future.

Inoltre, è stata effettuata un'intervista semi-strutturata volta ad approfondire altre aree, quali la relazione con l'utente, il progetto lavorativo, la qualità della vita e salute.

A causa della mancanza di elenchi ufficiali di lavoratori stranieri operanti nel settore dell'assistenza familiare, la selezione del campione di soggetti da intervistare è avvenuta in maniera ragionata in vari step. In una prima fase si è proceduto con una mappatura dettagliata dei punti di ritrovo di tali lavoratori, sia formali (quali sedi di associazioni, sedi di corsi per badanti, ecc.) sia informali (piazze, luoghi di culto, ecc.). Sono state contattate direttamente le associazioni che svolgono un ruolo attivo nella ricerca di un lavoro, per il supporto sanitario e fiscale dei lavoratori immigrati e le scuole, prevalentemente Centri Territoriali Permanenti (CTP), che organizzano corsi per badanti. Tale mappatura ha consentito di stabilire un contatto diretto con i lavoratori immigrati che sono stati inseriti nello studio.

Dopo aver spiegato loro le finalità dell'indagine e aver richiesto una firma per il consenso, si è proceduto alla somministrazione del questionario, ad opera di intervistatori adeguatamente formati di madre lingua rumena. Il numero complessivo di questionari raccolti è stato pari a 300.

Riguardo alla terza sezione sono state valutate le condizioni di lavoro, tramite il questionario Strumento Indicatore (validazione italiana della metodologia dell'*Health Safety Executive* (HSE) per la valutazione e gestione del rischio da SLC). Tale stru-

mento analizza i risultati rispetto ad un valore standard di riferimento, espresso in percentili, traducendoli in un codice colore: verde (ottimo livello di prestazione), blu (buon livello di prestazione), giallo (evidente necessità di interventi correttivi), rosso (necessità di immediati interventi correttivi). In questo contesto, sono stati utilizzati solo 19 item, che si riferiscono alle dimensioni *Domanda, Controllo e Relazioni*.

Sono state, inoltre, analizzate la scala sulla soddisfazione lavorativa, che misura il grado complessivo di soddisfazione legato al proprio lavoro e la scala sul *Turnover Intention* (TI), che misura l'intenzione di abbandonare la professione verso una condizione lavorativa migliore; entrambe le scale sono composte da un unico item.

Per le scale suddette sono stati calcolati i punteggi medi sia nel campione totale che nei sottogruppi generati dalle variabili descrittive ritenute più significative. Per verificare l'eventuale presenza di significatività statistica nelle differenze tra i gruppi, sono stati utilizzati il Test T di Student e l'ANOVA. Per le variabili di tipo nominale/ordinale, è stato applicato il Test Chi quadrato. Sono stati considerati significativi valori di $p < 0,05$.

Risultati

Il campione, composto da 300 soggetti stranieri impiegati nell'assistenza familiare e reclutati nel territorio di Roma e provincia, è descritto in Tabella 1.

Indagando sugli aspetti familiari e sulle modalità di svolgimento del proprio lavoro, risulta che il 24,3% del campione ha tutta la famiglia in Italia, contro il 28,3% che ce l'ha solo in parte ed il 47,3% che dichiara di non averla.

Relativamente alle mansioni svolte nel 60% dei casi si registrano mansioni riguar-

Tabella 1 – Descrizione del campione

Variabile	V.A. (%)
<i>Genere</i>	
Femmine	283 (95,3%)
Maschi	14 (4,7%)
<i>Nazionalità</i>	
Romania	141 (47,0%)
Moldavia	48 (16,0%)
Sud America	34 (11,3%)
Ucraina	33 (11,0%)
Altri Est Europa	21 (7,0%)
Africa	11 (3,7%)
Asia	9 (3,0%)
Filippine	3 (1,0%)
<i>Età</i>	
18-30 anni	18 (6,0%)
31-40 anni	72 (24,0%)
41-50 anni	106 (35,3%)
51-60 anni	91 (30,3%)
60 anni e oltre	13 (4,3%)
<i>Titolo di studio</i>	
Licenza media	44 (14,7%)
Diploma	192 (64,0%)
Laurea	62 (20,7%)
Ulteriori specializzazioni	2 (0,7%)
<i>Stato civile</i>	
Coniugato/convivente	185 (61,7%)
Separato/divorziato	53 (17,7%)
Vedovo	23 (7,7%)
Single	39 (13,0%)
<i>Regolare contratto di lavoro</i>	
Si	185 (64,2%)
No	103 (35,8%)
<i>Vive con l'assistito</i>	
Si	179 (62,6%)
No	107 (37,4%)

danti la sfera medica (somministrazione di farmaci, procedure infermieristiche, ecc.).

Si è indagato altresì sugli aspetti relativi alla formazione, sia per lo svolgimento del lavoro di badante sia sulle tematiche della SSL. Il 18,3% del campione dichiara di aver ricevuto formazione per il lavoro di assistenza agli anziani e il 15,3% per le tematiche di SSL. Tuttavia il 66,3% dei soggetti intervistati pensa di conoscere i rischi per la salute ai quali il lavoro li espone. Il 14,0% dichiara di aver subito un infortunio negli ultimi anni.

Relativamente allo stato di salute, emerge che il 49,0% lo considera buono ed il 23,7% ottimo. Inoltre, il 65,1% afferma di sentirsi abbastanza soddisfatto della propria vita ed il 23,6% è molto soddisfatto contro l'11,3% che si considera per niente o poco soddisfatto. Relativamente alla percezione dell'integrazione nella comunità italiana, circa metà del campione (49,8%) si sente abbastanza integrato, ed il 29,7% poco integrato, seguito dal 18,4% che dichiara di sentirsi molto integrato. Infine il 41,3% dei soggetti intervistati pensa di ritornare nel proprio paese di origine nell'arco di 10 anni, contro il 37,9% che pensa di rimanere in Italia.

Riguardo alla scala sulle condizioni di lavoro, i valori medi sul campione totale hanno restituito un codice colore verde per le dimensioni *Domanda* (4,05) e *Relazioni* (4,50) e giallo per la dimensione *Controllo* (3,26).

I confronti tra i valori medi ottenuti nei sottogruppi del campione hanno fatto emergere alcune differenze statisticamente significative: per la dimensione *Domanda*, si segnalano punteggi medi significativamente più elevati tra chi vive con l'assistito (4,15 vs. 3,86) e chi ha un regolare contratto di lavoro (4,13 vs. 3,92). Per la dimensione *Controllo*, il punteggio medio

ottenuto tra chi vive con l'assistito (3,39) risulta significativamente più elevato rispetto a chi invece non ci abita (3,06).

Si segnalano, inoltre, differenze significative anche in relazione al titolo di studio, esclusivamente per la dimensione *Doman-da*, per la quale valori medi significativamente più elevati si evidenziano nel gruppo di chi possiede la licenza media (4,37) rispetto ai diplomati (4,01) e laureati (3,94).

La scala sulla soddisfazione lavorativa ha fatto registrare un punteggio medio di 3,86 (su una scala tipo Likert, 1 = Fortemente in Disaccordo, 5 = Fortemente in Accordo), con oltre il 70% che si dichiara in accordo/fortemente in accordo con l'affermazione. I confronti nei sottogruppi del campione evidenziano un grado di soddisfazione lavorativa più elevato tra chi ha un contratto di lavoro regolare (3,99 vs. 3,56) e chi si sente integrato nella comunità italiana.

Relativamente alla scala sul *Turnover Intention* (TI), il 30,9% del campione non ha mai pensato di abbandonare la professione, il 30,9% lo ha pensato qualche volta in un anno, il 22,3% qualche volta in un mese, il 5,9% qualche volta in una settimana e il 10,0% ogni giorno. I soggetti che vivono con l'assistito e che si sentono maggiormente integrati nella comunità italiana in minor misura intendono abbandonare la professione.

Discussione

Partendo dalle caratteristiche del campione, la distribuzione per provenienza geografica e per fasce di età fornisce un primo elemento di riflessione rispetto ad una analisi dei flussi migratori (soprattutto femminile) degli ultimi anni, evidenziando, anche nel nostro campione, un'emigrazione verso l'Italia di persone non più giovani, provenienti prevalentemente dai paesi dell'est Europa, con il preciso desi-

derio di trovare lavoro come badanti o collaboratrici domestiche. Il livello di istruzione del campione è medio-alto (più di tre soggetti su quattro possiedono almeno il diploma) ed in linea con i dati nazionali.

Rispetto alla situazione familiare più della metà del campione ha in Italia almeno un componente della propria famiglia, mentre meno di un soggetto su due non ha vicino a sé nessun familiare. Rilevante invece il dato sul lavoro nero dal momento che quasi il 40% dichiara di lavorare senza un regolare contratto di lavoro.

La crescente richiesta di aiuto domestico per i familiari anziani sembra essere caratterizzata dalla necessità di trovare lavoratrici disposte a trasferirsi completamente a casa dell'assistito: anche nel nostro campione quasi il 63% degli intervistati dichiara di vivere a casa dell'anziano. Questa necessità sembra andare incontro anche all'emigrazione di persone adulte che, avendo già una famiglia nel paese di provenienza, preferiscono non trovare un'abitazione indipendente e destinare tutti i loro guadagni alla famiglia d'origine.

Il lavoro svolto dalle badanti risulta essere estremamente variegato, infatti le mansioni oltre a riguardare la cura della persona in senso stretto, si allargano fino alla gestione della spesa, della cucina e dell'ambito medico (somministrazione dei farmaci e pratiche infermieristiche). Inoltre dai dati emerge che tali lavoratrici non sempre sono preparate alla gestione degli anziani, spesso con malattie invalidanti quali le demenze: più di 8 soggetti su 10, infatti, non hanno ricevuto formazione né per lo svolgimento del proprio lavoro né in materia di SSL.

Complessivamente lo stato di salute dei nostri intervistati sembra essere buono/ottimo per quasi tre quarti dei partecipanti, come anche la soddisfazione generale per la propria vita (medio-alta in

quasi il 90% degli intervistati); in questo contesto è doveroso sottolineare che nel corso delle interviste è emersa una descrizione molto positiva della propria salute e della propria forza fisica in quanto caratteristiche necessarie per poter trovare o continuare un lavoro altamente faticoso e logorante come quello della badante.

Rispetto al livello di percezione dell'integrazione sul territorio italiano solo circa la metà del campione si sente abbastanza integrato, dato che potrebbe essere correlato alle caratteristiche del lavoro di "badante" che può portare a lunghi periodi di isolamento in casa per le difficili condizioni di salute dell'anziano, e rari momenti di pausa vissuti preferibilmente con persone della propria nazionalità.

Per quel che concerne l'analisi dello SLC, per il *Controllo*, riguardante l'autonomia del lavoratore sulle modalità di svolgimento della propria attività, il campione sembra avere poco potere decisionale, con scarso controllo su ritmi e gestione delle pause. Per la dimensione *Domanda*, invece, il lavoratore è in grado di soddisfare le richieste provenienti dal lavoro. Il vivere con l'assistito e un regolare contratto di lavoro hanno una valenza protettiva rispetto a fattori di SLC.

Inoltre avere un regolare contratto di lavoro e sentirsi integrato nella comunità italiana sono legati ad una maggiore soddisfazione lavorativa.

I risultati dello studio depongono per l'opportunità di approfondimento con analisi secondarie per confermare le significatività evidenziate, attivando inoltre un confronto con le associazioni che quotidianamente si interfacciano con questi lavoratori per dare una lettura qualitativa dei risultati ottenuti.

Bibliografia

- Censis. Dare casa alla sicurezza, rischi e prevenzione per i lavoratori domestici – sintesi della ricerca. Roma, 13 luglio 2010.
- Censis. Servizi alla persona e occupazione nel Welfare che cambia, Note & Commenti, N. 7/8 2013
- Inail. Rapporto Annuale 2015. Roma, luglio 2016.
- Inps. Osservatorio sui lavoratori domestici. Banca dati online <https://www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/domestici/StatInBreve.pdf>
- <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/domestici/index01.jsp?>
- Judge TA, Locke EA, Durham CC, Kluger AN. Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology* 1998, 83:17–34;
- Network non autosufficienza (a cura di). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° rapporto. Un futuro da ricostruire. Maggioli editore, novembre 2015.
- Rondinone BM, Persechino B, Castaldi T, Valenti A, Ferrante P, Ronchetti M, Iavicoli S. Work-related stress assessment in Italy: the validation study of health safety and executive indicator tool. *G Ital Med Lav Ergon* 2012 Oct-Dec;34(4):392-9.

“Terragiusta” contro lo sfruttamento dei lavoratori migranti in agricoltura

Alberto Barbieri, Maria Rita Peca, Jennifer Locatelli, Mamadou Dia, Giulia Chiacchella
Medici per i Diritti Umani, Roma

Da Febbraio 2014, un team di Medici per i Diritti Umani (MEDU) opera all'interno del progetto “Terragiusta, campagna contro lo sfruttamento dei lavoratori migranti in agricoltura”. Durante il primo anno, l'intervento e il monitoraggio si sono svolti in quattro aree caratterizzate dall'impiego di lavoratori migranti in agricoltura: la Piana del Sele in Campania e l'Agroponentino in Lazio, entrambe caratterizzate da un'agricoltura relativamente stanziale; la Piana di Gioia Tauro in Calabria e la Piana del Vulture in Basilicata, dove prevale invece un'agricoltura di tipo stagionale. Negli anni a seguire l'intervento si è concentrato in queste ultime due aree, in Calabria durante la stagione agrumicola invernale, in Basilicata per la stagione di raccolta del pomodoro estiva. Durante l'intervento lucano è stato attivato inoltre un monitoraggio delle condizioni di vita e di lavoro dei migranti impiegati in agricoltura nella vicina Capitanata in Puglia.

Con una clinica mobile adibita ad ambulatorio, il team, composto da una coordinatrice, un medico e un mediatore culturale, si reca presso gli insediamenti informali e formali dove vivono i braccianti stranieri che giungono nei territori per trovare impiego in agricoltura. Il team presta prima assistenza medica, orientamento socio-sanitario e sui diritti del lavoro. Inoltre, attraverso la compilazione di una

scheda socio-anagrafica, viene effettuato un monitoraggio delle condizioni socio-sanitarie dei pazienti, con particolare attenzione alla rilevazione dei dati epidemiologici, alla relazione tra condizioni lavorative e di salute, status giuridico, condizioni abitative, accesso alle cure. Il team opera anche in collaborazione con il SSN, supportando gli ambulatori dedicati alle popolazioni straniere (a Rosarno, in Calabria, ambulatorio STP aperto anche agli stranieri in possesso di permesso di soggiorno) o ai lavoratori stagionali (a Venosa e Palazzo San Gervasio, Basilicata)

Nei quattro anni di intervento (Febbraio 2014 - Marzo 2018) è stata prestata assistenza a 3121 persone, prevalentemente uomini giovani con età media di circa 30 anni. La popolazione dei pazienti incontrati è composta per la quasi totalità da persone provenienti dall'Africa Sub Sahariana (Mali, Senegal, Burkina Faso, Costa d'Avorio, Gambia, Ghana, Togo, Sudan in porzioni diverse in base all'anno e ai territori), in minor misura da Africa del Nord (prevalentemente Marocco), Europa dell'Est (Bulgaria, Moldavia, Ucraina), India (Punjab). Lo studio dei sospetti diagnostici effettuati fa rilevare come le patologie riscontrate siano prevalentemente riconducibili alle gravi condizioni di vita e di lavoro vissute dalla popolazione in oggetto. In maniera abbastanza costante nei ter-

ritori e negli anni, le tre classi di patologie più frequentemente riscontrate sono state: patologie dell'apparato digerente, patologie dell'apparato respiratorio, disturbi a carico del sistema muscolo-scheletrico. Tra le patologie dell'apparato gastroenterico emergono sindromi gastriche, entero-coliti per lo più da intossicazione alimentare (acqua o cibo), patologie odontoiatriche. Tra le patologie dell'apparato respiratorio (la cui incidenza si correla in maniera direttamente proporzionale all'aggravarsi delle condizioni meteorologiche), sono state rilevate sindromi da raffreddamento, infezioni a carico delle alte vie aeree, sindromi allergiche. Tra i disturbi muscolo-scheletrici si rilevano dorsalgie, lombalgie e lombo-sciatalgie oltre che dolori agli arti o dolori diffusi da iperlavoro. A seguire vengono riscontrati disturbi conseguenti a traumatismi (prevalentemente incidenti stradali o sul lavoro), disturbi di natura infettiva a carico della cute (primariamente micosi). Si evidenzia inoltre una coorte di sintomi ascrivibili al gruppo diagnostico denominato "Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti", tra questi cefalee, algie diffuse e disturbi da somatizzazione che riflettono, dalla nostra analisi, una condizione di fragilità e sofferenza emotiva e psicologica. Nel corso degli anni, questa fragilità è stata percepita in maniera sempre più importante, pur in assenza di sintomi, durante le valutazioni mediche. Nella pratica clinica non si riscontrano malattie da importazione, se non in maniera sporadica.

Durante il primo anno di intervento, tra i lavoratori regolarmente soggiornanti incontrati da MEDU, l'integrazione sanitaria è apparsa soddisfacente solamente nell'Agropontino, dove otto migranti su dieci erano in possesso di tessera sanitaria e fruivano con una certa continuità del

medico di medicina generale. Per contro negli altri territori - Piana del Sele, Piana di Gioia Tauro, Area del Vulture in Basilicata - circa la metà dei pazienti, seppur in possesso di regolare permesso di soggiorno, era sprovvisto di tessera sanitaria. Nel corso degli anni l'integrazione sanitaria si è mantenuta su livelli simili, generalmente più bassi nella Piana di Gioia Tauro, in cui oltre i due terzi dei pazienti non la sperimentano, rispetto al territorio lucano. La carenza di integrazione sanitaria è da imputarsi sia alla mancanza di informazioni adeguate sia agli impedimenti ad ottenere l'iscrizione anagrafica, necessaria per iscriversi al SSN. Per i richiedenti protezione internazionale, la cui rappresentanza negli anni è numericamente aumentata tra la popolazione di braccianti stagionali, oltre alle cause citate sopra, un ulteriore impedimento è correlato alla precarietà giuridica a cui sono soggetti. Dato non trascurabile è inoltre che oltre la metà dei pazienti in possesso di tessera sanitaria dichiara di non aver mai incontrato il proprio medico curante. L'accesso alle cure viene ulteriormente limitato dal costo relativamente elevato degli accertamenti sanitari in relazione al salario medio percepito dalle persone assistite e dalle difficoltà, per la quasi totalità dei pazienti, ad ottenere l'esenzione per reddito (a cui hanno diritto le persone disoccupate) o per patologia, problematica sempre imputabile alla mancata iscrizione anagrafica e alla scarsa conoscenza della procedura.

Oltre alla precarietà dell'integrazione sanitaria, sui lavoratori migranti impiegati in agricoltura incidono fortemente diversi determinanti di salute.

Condizione abitativa, marginalità sociale e mancanza di integrazione

Le condizioni abitative risultano fortemente critiche nei territori in cui la presen-

za dei braccianti ha la caratteristica della stagionalità. Gli insediamenti informali vertono in condizioni strutturali, igienico-sanitarie e di sicurezza molto precarie e in condizione di sovraffollamento. Gli alloggi possono essere rappresentati da baracche costruite con plastica e cartone, tende, casolari o fabbriche abbandonate e successivamente occupate. Negli insediamenti mancano normalmente i servizi igienici, l'acqua corrente o l'acqua potabile, la luce e la corrente elettrica, fornita per lo più da generatori, e il riscaldamento. Quest'ultimo, sia per l'interno degli alloggi che per l'acqua calda, così come la possibilità di cucinare, è affidato a fuochi, bombole del gas e fornelli elettrici accesi fuori e dentro le abitazioni. Questa condizione ha determinato il verificarsi nell'arco degli anni di diversi incendi, che hanno visto diverse persone ferite, in un caso recente anche un decesso (San Ferdinando (RC), 27/02/2018), oltre alla distruzione degli alloggi di fortuna che hanno aggravato ulteriormente la situazione di precarietà abitativa. Per dormire, la modalità più comune è un materasso direttamente poggiato a terra, meno frequentemente vengono utilizzate delle brandine. Talvolta le persone hanno dichiarato di dormire direttamente a terra su dei cartoni.

Condizione lavorativa

La situazione del lavoro è fortemente caratterizzata dalla presenza del cosiddetto lavoro "grigio". Negli anni si è assistito ad un aumento del numero di persone in possesso di contratti di lavoro, verosimilmente in seguito all'incentivo alla regolarizzazione indotto dall'aumento delle ispezioni, tuttavia il contratto nasconde spesso gravi irregolarità contributive e salariali ai danni dei lavoratori. Il cottimo persiste come principale modalità retributiva, così come la mancanza di una continuità lavorativa, il

non rispetto degli orari di lavoro, la garanzia dei presidi di sicurezza, il trasporto. La maggior parte delle persone assistite fa riferimento al caporale sia per la ricerca di lavoro che per il trasporto per raggiungere il posto di lavoro, a lui viene versata una quota fissa o una percentuale sulla raccolta. Persiste poi, in particolare nella Piana di Gioia Tauro, accanto al lavoro grigio, una grossa percentuale di persone, pur regolarmente soggiornanti sul territorio italiano, che continuano a lavorare in nero (nei dati MEDU, circa l'80% durante le stagioni agrumicole 2016-2017 e dicembre-febbraio 2018).

Status giuridico

La presenza di persone regolarmente soggiornanti (80-90%) è in netta prevalenza rispetto agli irregolari. Principalmente le persone assistite sono in possesso, con variazioni percentuali legate all'anno e ai territori, di permesso di soggiorno per motivi umanitari, richiesta asilo, protezione internazionale (soprattutto protezione sussidiaria), permesso di lavoro subordinato, meno frequentemente autonomo. Il rinnovo del permesso di soggiorno, che richiede una prova dell'iscrizione anagrafica o del domicilio nel territorio nella quasi totalità dei casi, e talvolta del possesso di un contratto di lavoro, si intreccia con la precarietà abitativa e lavorativa vissuta dai lavoratori migranti in agricoltura. Un discorso a parte deve essere fatto per i richiedenti asilo. Negli anni si è assistito ad un aumento dei richiedenti protezione internazionale tra la popolazione dei braccianti (dal 6% al 20% in Basilicata nell'estate 2016 e 2017 rispettivamente; intorno al 35-40% in Calabria nelle stagioni agrumicole 2016-2017 e dicembre-febbraio 2018), per la maggioranza in fase di ricorso contro l'esito negativo della loro domanda di asilo (nei dati di MEDU, la quasi totalità).

Tali lavoratori vivono un’aggravata precarietà legata all’incertezza del loro status giuridico. Lunghi sono i tempi di attesa per ottenere un permesso di soggiorno definitivo (due/tre anni) e molte le difficoltà nel rinnovarlo, difficoltà che vanno ad aggiungersi alle prassi irregolari poste in essere dagli sportelli immigrazione delle Questure e degli uffici anagrafe dei Comuni, accanto alla carenza di personale e di mediatori culturali negli stessi; criticità, queste, che colpiscono tutti i titolari di permesso di soggiorno. La prospettiva, purtroppo realista, di un aumento del numero di persone prive di un regolare permesso di soggiorno (attualmente in attesa di una risposta da parte del Tribunale ordinario o della Corte d’Appello rispetto alla loro richiesta d’asilo) e costrette a vivere negli insediamenti informali sparsi sul territorio italiano genererà un aggravamento progressivo delle situazione di marginalità sociale e di difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali.

Rotte migratorie e sequele traumatiche

Secondo i dati raccolti dai vari team di MEDU, sul territorio nazionale oltre l’80% dei migranti arrivati in Italia negli ultimi anni ha vissuto drammatiche esperienze esistenziali durante la rotta migratoria dal paese di origine e in mare fino all’arrivo in Italia. A questo proposito, la popolazione incontrata sembra presentare un elevato grado di vulnerabilità in conseguenza della condizione di estrema precarietà in cui si trova a vivere unita, in molti casi, al recente arrivo nel nostro paese attraverso le rotte migratorie sub-sahariane passanti per la Libia in cui la maggior parte dei migranti ha subito eventi traumatici estremi quali violenze intenzionali, torture e trattamenti inumani e degradanti.

Riferimenti bibliografici

- Rosarno, cronaca di una morte annunciata*, Comunicato Stampa del 27 gennaio 2018, Medici per i Diritti Umani
- Rosarno, otto anni dopo la rivolta : dove vivere e lavorare rimane vergognosamente disumano*, Comunicato Stampa del 9 gennaio 2018, Medici per i Diritti Umani
- Terralngiusta. Rapporto Basilicata e Puglia Ottobre 2017*, Medici per i Diritti Umani (2017)
- Piana di Gioia Tauro. Dignità e diritti violati nel ghetto più grande d’Italia*, Medici per i Diritti Umani (2017)
- Raccolta del pomodoro in Basilicata. Si chiude la stagione tra lavoro grigio e caporalato*, Medici per i Diritti Umani (2016)
- Piana di Gioia Tauro/raccolta agrumicola: un’altra stagione all’inferno*, Medici per i Diritti Umani (2016)
- Campagna del pomodoro in Basilicata: aumenta il numero dei contratti ma il 92% dei braccianti ricorre ancora al caporale*, Medici per i Diritti Umani (2015)
- Terralngiusta. Rapporto sulle condizioni di vita e di lavoro dei braccianti stranieri in agricoltura*, Medici per i Diritti Umani (2015)
- Rapporto sulle condizioni di gravi violazione dei diritti umani dei migranti in Libia (2014-2017)*, Medici per i Diritti Umani (2017)
- Esodi. Rotte migratorie dei paesi sub-sahariani verso l’Europa*, Medici per i Diritti Umani (2016) <http://esodi.mediciperidirittiumani.org/>
- Una stagione all’inferno*, Medici Senza Frontiere (2008)
- I frutti dell’ipocrisia*, Medici Senza Frontiere (2005)
- Agromafie e caporalato*, a cura dell’Osservatorio Placido Rizzotto Flai-CGIL (2012, 2014, 2016)
- Due anni dopo*, Amnesty International (2014)

Infortunati sul lavoro tra gli stranieri residenti in Italia: analisi del database longitudinale whip-salute

DI NAPOLI A.¹, GAUDIO R.¹, GIRAUDO M.², STRIPPOLI E.², COSTANZO G.¹, MIRISOLA C.¹, PETRELLI A.¹, BENA A.²

¹ Istituto Nazionale Salute, Migrazione e Povertà, Roma; ² ASL Torino 3, Grugliasco (TO)

Obiettivi

I lavoratori immigrati hanno tassi di infortuni totali e mortali più alti dei nativi. Fanno più spesso lavori precari, in settori di bassa qualificazione, con mansioni più rischiose e gravose. La formazione è meno efficace a causa di barriere linguistiche e culturali. Monitorare la salute dei lavoratori migranti è tra le priorità dell'Istituto Nazionale Salute Migrazione e Povertà (INMP). Scopo dello studio è descrivere le caratteristiche degli infortuni nei lavoratori stranieri.

Metodi

È stato utilizzato il database longitudinale WHIP-Salute, per le sole fonti amministrative dell'INPS (storia lavorativa) e dell'INAIL (infortuni). Sono stati analizzati gli infortuni riconosciuti positivamente da INAIL (esclusi gli eventi in itinere) dei lavoratori del settore privato con età ≥ 15 anni nel 2010-12. I lavoratori sono stati categorizzati per provenienza da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) o a sviluppo avanzato (PSA). Sono state utilizzate due definizioni di infortuni gravi: 1) in base alla prognosi (assenza dal lavoro >29 giorni, danno biologico di gravità >0 , decesso); 2) in base al tipo di lesione (perdita anatomica, lesione da corpo estraneo, frattura, decesso). Sono stati calcolati tassi per 1000 anni persona e *Incidence Rate Ratio* (IRR).

Risultati

Nel 2010-12 in Italia il tasso di infortuni totali è stato superiore tra i lavoratori PFPM rispetto ai PSA (tassi 43,2 vs 38,5; IRR 1,12). Il tasso di infortuni gravi è stato inferiore tra i lavoratori PFPM rispetto ai PSA (tassi 10,6 vs 11,5; IRR 0,93) secondo la definizione basata sulla prognosi, mentre è stato più elevato tra i PFPM rispetto ai PSA (tassi 4,6 vs 3,6; IRR 1,27), considerando quella basata sul tipo di lesione. Assumendo come riferimento i lavoratori italiani, si osserva un rischio di infortuni significativamente superiore tra nordafricani (IRR uomini: totali 1,68; gravi prognosi 1,46; gravi lesione 1,75) e uomini dell'Est Europa (IRR: totali 1,04; gravi lesione 1,50), inferiore tra gli asiatici (IRR uomini: totali 0,41; gravi prognosi 0,28; gravi lesione 0,33). Tra i lavoratori PFPM, rispetto ai PSA, si osserva un incremento del rischio di infortuni, totali e gravi, dopo 1 anno di lavoro, con valori particolarmente alti dopo i 10 anni (IRR uomini: totali 1,48; gravi prognosi 1,33; gravi lesione 1,60); i PFPM presentano invece rischi inferiori nei primi 12 mesi (IRR uomini: totali 0,91; gravi prognosi 0,76).

Conclusioni

A seconda della definizione di gravità utilizzata, il rischio dei lavoratori PFPM, rispetto ai PSA, risulta essere inferiore in un caso e superiore nell'altro. Ciò può essere spiegato da una sottostima degli eventi con prognosi lunga tra i lavoratori stranieri, che tendono a rientrare anticipatamente al lavoro. L'incremento del rischio di infortuni per i PFPM rispetto ai PSA all'aumentare dell'anzianità in azienda, suggerisce che mentre i lavoratori PSA tendono a svolgere nel tempo mansioni via via meno rischiose, questo non sembra accadere per i PFPM.

Contatto: Anteo Di Napoli (anteo.dinapoli@inmp.it)

Il lavoro integra l'uomo

GRIS CAMPANIA

Società Italiana Medicina delle Migrazioni

Obiettivi

Le politiche di accoglienza continuano a rappresentare uno dei temi principali su cui si gioca la tenuta del progetto europeo, ma l'integrazione sociale ed economica dei migranti forzati resta – in realtà – la sfida da sostenere nel lungo periodo. La situazione degli 'ospiti' dei Centri di Accoglienza Straordinari (CAS) è di quella di "tra color che son sospesi". Affetti abbandonati, dolori del viaggio, "stare" in Italia, il tutto in una prospettiva futura che verosimilmente non è mai stata chiara, perché ciò che più contava era partire. Nell'ottica di capire quali potenzialità e progetti coinvolgono i rifugiati e richiedenti asilo e, soprattutto, per stimolare un coraggioso confronto con il proprio futuro non immediato (un anno e cinque anni) il gruppo di ricerca ha preparato un questionario.

Metodi

Nel questionario a risposta multipla somministrato, le domande poste sono state inerenti le cose ritenute importanti nella vita, la visione della propria situazione lavorativa e familiare tra una e cinque anni; l'analisi delle proprie principali qualità da mettere in gioco per inserirsi nel mondo lavorativo italiano; la previsione del proprio stato di salute da qui a un anno ed a cinque anni; il tempo dedicato allo studio della lingua italiana; l'avvenuto o meno inserimento nel mondo lavorativo regolare o irregolare. Accanto a ciò venivano registrate una serie di informazioni relative al profilo anagrafico e al viaggio intrapreso per arrivare in Italia, con un approfondimento sulle tappe intermedie del viaggio, in particolare gli avvenimenti relativi alla permanenza in Libia. Il setting di rilevazione, ha previsto la somministrazione del questionario (anonimo), da parte di personale medico con specifiche competenze linguistiche oppure in presenza di mediatori nei Cas di 4 province campane e in un struttura ambulatoriale di riferimento

Risultati

Da un'analisi preliminare dei risultati dell'indagine è emerso quanto segue: i migranti ospitati nei CAS della Campania rischiano di avere le stesse problematiche della popolazione autoctona, cioè uno scarso inserimento nel mondo del lavoro in generale ed in particolare in quello regolare. Si tratta comunque di una popolazione che vive grandi prospettive di inserimento, dotata di qualità legate al cosiddetto capitale umano. Le prospettive di salute sono positive in evidente contrasto con la situazione di partenza. La dimensione salute insieme a quella del lavoro, appare anche tra quelle considerate maggiormente importanti dagli intervistati. Accanto all'analisi dei risultati, appare interessante notare come la sola somministrazione del questionario in sé sembra avere avuto i risvolti di un intervento ' terapeutico'. Attraverso l'attivazione della proiezione dei soggetti nel prossimo futuro, la riflessione sulle proprie capacità da mettere in campo, la possibile e richiesta espressione di un giudizio sulla realtà circostante hanno attivato un processo virtuoso di *empowerment* dei soggetti intervistati.

Conclusioni

Tra le prime conclusioni vi è la conferma della potenza della dimensione lavorativa come determinante sociale della salute. Inoltre il lavoro, considerato con il suo portato insieme simbolico e materiale, è uno degli aspetti decisivi su cui puntare per favorire l'integrazione, e in tal modo è inteso dai soggetti intervistati. Difatti, al di là del valore strettamente economico, legato alla sussistenza personale o familiare tramite le rimesse, il lavoro innesca dinamiche positive in termini di salute sia a livello individuale che di comunità

Contatto: Luciano Gualdieri (lucianogualdieri@yahoo.it)

Migranti e lavoro, l'esperienza di una Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro in Lombardia

LEOCATA G.

Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Ca' Granda Milano

Le Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro forniscono un supporto pure per i lavoratori migranti. Presso l'ambulatorio nel quale ho operato fino a qualche anno fa, ho registrato nel 2011 e nel 2012 dei dati su migranti regolari o residenti in Italia (irregolari non accedono o non possono accedere a tale servizio, per la loro precarietà). Su 18 maschi italiani e 9 femmine, di cui 1 sola straniera, per quest'ultima è stata redatta denuncia di malattia professionale per avversatività lavorative. I migranti afferivano in gran parte ad attività lavorative in settori con bassi livelli contrattuali rispetto agli italiani (37% degli uomini stranieri verso 54% delle donne straniere svolgeva lavoro affine a titolo di studio o a esperienza lavorativa nel paese di origine) e descrivevano costante discriminazione razziale e scarsa solidarietà tra pari. Negli anni successivi è stato siglato un accordo tra GrIS Lombardia e il Policlinico di Milano per effettuare accertamenti finalizzati a certificazioni di medicina del lavoro a favore di migranti che: infortunatisi sul lavoro, affetti da malattie professionali, beneficiari dell'invalidità civile, dello stato di handicap e in stato di disabilità, in maternità e con problemi sul lavoro, torturati nei paesi di origine, irregolari e rifugiati politici. Ciò non ha avuto molto seguito perché le persone che frequentano gli ambulatori del volontariato hanno bisogni di salute primari rispetto all'igiene e sicurezza del lavoro. Un'altra problematica è stata quella sull'approccio all'igiene e alla sicurezza del lavoro da parte dei migranti, influenzato - specie nei soggetti di recente immigrazione e con istruzione medio-bassi - da: frequente scarsa coscienza dei rischi connessi all'attività lavorativa che svolgono per assente e/o ridotta esperienza lavorativa nel loro paese; considerazione della salute nei luoghi di lavoro come aspetto secondario per le precarie condizioni economiche del loro Paese di origine; ignoranza delle leggi nel proprio Paese o presenza di norme senza lo stesso grado di tutela di quelle italiane; grosse difficoltà comunicative e linguistiche (non conoscenza delle norme di igiene e sicurezza e difficoltà a leggerle, a comprenderle e a metterle in atto); scelta forzata di lavorare il più possibile per le 'rimesse' al paese di origine; frequente costrizione a svolgere i lavori più pesanti, quelli "3D" "Dirty, Dangerous, Difficult". Negli ultimi anni di ambulatorio, su disabilità e svantaggio sociale, ho verificato come pure i migranti 'in regola', spesso accettano lavori usuranti e situazioni precarie e critiche, per il maggiore timore di perdere il posto di lavoro e perché più ricattabili, anche quando esposti a rischi che anch'essi conoscono: rumore, infortuni a causa di macchine non sicure, stress da ritmi e turni più pesanti rispetto a quelli degli italiani. Molto recentemente le Agenzie per la Formazione e l'Orientamento al Lavoro dell'hinterland milanese, in collaborazione con gli SPRAR, stanno iniziando a prendere in carico i profughi e li avviano a tirocini lavorativi, previa visita di medicina del lavoro presso l'ambulatorio nel quale opero, ottenendo una certificazione da consegnare ai datori di lavoro, circa le 'potenziali capacità lavorative' dei soggetti in relazione ai lavori selezionati.

Contatto: Giuseppe Leocata (gjuleo1956@gmail.com)

Percezione del rischio e fabbisogno formativo dei lavoratori immigrati in agricoltura: i risultati di una indagine INAIL

PERSECHINO B., VALENTI A., RONDINONE B.M., FORTUNA G., IAVICOLI S.

Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale (DiMEILA), Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

Obiettivi

La vigente normativa di tutela della salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) richiama esplicitamente una specifica attenzione, a motivo della loro maggiore vulnerabilità, ai "lavoratori provenienti da altri Paesi". Particolare attenzione merita il settore agricolo caratterizzato da un'elevata incidenza di infortuni a causa sia dei rischi specifici delle attività svolte che delle caratteristiche peculiari dell'organizzazione del lavoro. A tal fine, l'INAIL ha realizzato un'indagine finalizzata ad analizzare la percezione del rischio per la salute e sicurezza dei lavoratori immigrati impiegati in agricoltura come contributo all'identificazione dei bisogni di formazione.

Metodi

L'indagine ha previsto la somministrazione *face to face* di un questionario a un campione rappresentato da 402 lavoratori stranieri impiegati nei territori del cremonese e del mantovano. Date le difficoltà culturali e linguistiche riscontrabili nello svolgimento di tale indagine, la somministrazione ha visto il supporto di mediatori culturali.

Risultati

Gli intervistati hanno nazionalità diverse (il 60% indiano, il 15% marocchino, il 15% bengalese) e contratto di lavoro prevalentemente stagionale (96%); la fascia d'età più rappresentata è di 25-34 anni (41%). Circa il 73% degli intervistati ritiene che non sussistano rischi per la salute e sicurezza sul lavoro (SSL) e l'80% di loro ritiene di non essere esposto personalmente. Oltre il 62% degli intervistati ritiene che la mancanza di conoscenza e consapevolezza dei pericoli sul luogo di lavoro da parte dei lavoratori contribuisca al verificarsi di un infortunio.

Conclusioni

I risultati preliminari del presente studio depongono per un approfondimento attraverso un'analisi secondaria al fine di contribuire alla implementazione e ottimizzazione degli strumenti preventivi in considerazione delle peculiarità che contraddistinguono la tipologia di lavoratore ed il settore agricolo.

Contatto: Antonio Valenti (a.valenti@inail.it)

Dall'evidenza alle raccomandazioni, dalle raccomandazioni alle pratiche

Silvia Declich e Maria Grazia Dente

Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Analisi del contesto europeo

Dall'inizio degli anni '90 si è registrato un notevole aumento della immigrazione in Europa e si stima che i migranti rappresentino ora il 6-9% della popolazione europea totale. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha dichiarato nel 2009 che oltre il 70% dei 25 milioni di stranieri che si stima vivano nell'Unione europea (UE) provengono dall'Europa orientale e sudorientale e dal Nord Africa. Inoltre, anche per ragioni geopolitiche, alcuni paesi dell'UE subiscono gli effetti di flussi eccezionali periodici di nuovi immigrati economici o richiedenti asilo, come è stato il caso, a partire dalla cosiddetta primavera araba del 2011, dei paesi del sud dell'UE.

Nel corso degli ultimi quattro anni il flusso senza precedenti di migranti arrivato in Europa ha sollevato la necessità di far fronte a questa emergenza umanitaria in modo strategico anche nel settore socio-sanitario, come richiesto dagli Stati Membri durante il 65° Comitato Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a settembre 2015. A seguire, l'ufficio Europa dell'OMS ha organizzato un *high level meeting* sulla salute dei migranti a Roma (novembre 2015) a cui è seguita l'adozione dello *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European region* da parte del 66° Comitato

Regionale per l'Europa dell'OMS (settembre 2016).

Nello sviluppo di strategie indirizzate al monitoraggio della salute dei migranti è necessario considerare i seguenti aspetti:

a) i migranti sono una popolazione molto eterogenea, composta da rifugiati, richiedenti asilo, ricongiungimenti familiari e migranti per motivi economici, tutti con origini socioeconomiche diverse, provenienti da zone in cui la prevalenza di malattie infettive e gli standard di assistenza sanitaria possono essere diversi rispetto ai paesi europei di accoglienza.

b) Le popolazioni in arrivo tendono ad essere in condizioni di salute relativamente buone e quindi a rischio di contrarre infezioni in modo analogo alle altre popolazioni dell'UE. Tuttavia, le condizioni che i migranti devono affrontare durante il viaggio migratorio, quali mancanza di acqua e di cibo, di alloggi e di strutture igienico-sanitarie adeguate, così come il sovraffollamento nei centri di accoglienza/detenzione o nei campi profughi, la condivisione dei dormitori, la scarsa igiene, la malnutrizione e l'accesso limitato all'assistenza medica, sono tutti fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio di contrarre malattie infettive e, più in generale, di aumentare la vulnerabilità, in particolare tra i bambini, gli adolescenti e gli anziani.

c) I cambiamenti nelle dinamiche

migratorie hanno destato preoccupazione, in alcuni Paesi e a livello europeo, per i potenziali effetti della migrazione sulla trasmissione di malattie infettive e quindi sulla salute pubblica nella regione, ma spesso queste tematiche sono state strumentalizzate da organizzazioni e movimenti xenofobi.

In questo quadro, bisogna considerare che nella maggior parte dei paesi europei i sistemi sanitari spesso non riescono a raggiungere migranti che non cercano assistenza sanitaria a causa di barriere linguistiche o di diversi fattori sociali e culturali, per non parlare dei migranti senza uno status regolare. In questi casi, o quando si considerano malattie che potrebbero rimanere asintomatiche per periodi più lunghi, lo screening dei migranti appena arrivati per individuare malattie infettive potrebbe essere uno strumento utile da inserire nelle strategie per monitorare la loro salute e per identificare casi nuovi o asintomatici di una malattia infettiva. Lo screening può anche offrire opportunità di prevenzione e di individuazione precoce di una malattia, ad esempio nel caso della tubercolosi, dove l'identificazione di un'infezione latente è preziosa per prevenire successivi effetti negativi sulla salute dell'individuo. Allo stesso tempo, va notato che lo screening deve essere condotto in modo adeguato per evitare potenziali danni, come la stigmatizzazione sociale o la discriminazione.

In generale, alcuni Paesi hanno programmi di screening anche rivolti ai migranti appena arrivati. Tuttavia, le informazioni sui programmi e pratiche di screening in Europa sono limitate e i fattori che influenzano le differenze nelle pratiche scelte non sono chiari. Un'indagine¹ condotta nel 2014 sull'attuazione, le pratiche

e l'utilità di questi programmi tra gli esperti dei paesi dell'UE/EEA e della Svizzera ha mostrato che 16 Paesi (59%) avevano attuato programmi di screening e 15 (56%) avevano Linee Guida (LG) nazionali. Il tasso di richiedenti asilo è risultato associato alla attuazione di programmi di screening ($p = 0.014$). Lo screening più frequente è quello per la tubercolosi, generalmente condotto nei centri di accoglienza, ed è mirato a gruppi specifici di migranti in oltre la metà dei paesi che eseguono lo screening. L'attuazione dei programmi e pratiche di screening variava da un paese all'altro. Venticinque tra tutti gli esperti nazionali (96%) hanno definito utile lo screening tra i migranti e 24 (92%) sarebbero favorevoli a LG a livello UE in materia.

La necessità di stabilire indicazioni a livello europeo per lo screening, ha portato ECDC a intraprendere a fine 2015 un programma per preparare delle LG basate sulle evidenze per la prevenzione delle malattie infettive tra i nuovi arrivati nell'UE/EEA, sia per garantire un approccio coerente in tutta l'UE, che per sostenere gli Stati membri che non dispongono di orientamenti nazionali. Il panel di esperti ha comunque sottolineato che i migranti non rappresentano una minaccia per la salute dei cittadini e dei residenti nell'UE/EEA, viceversa che la prevenzione e la valutazione delle malattie infettive tra i nuovi arrivati sono essenziali per rispondere alle esigenze sanitarie degli stessi migranti. Le LG saranno indirizzate ai responsabili politici, agli esperti di sanità pubblica e ai professionisti che lavorano con i migranti appena arrivati e che necessitano di assistenza sanitaria. Le LG saranno concepite per fornire indicazioni sulle condizioni da valutare o meno e aiuteranno i paesi a stabilire le priorità per utilizzare al meglio le risorse disponibili.

Le Linee Guida Italiane

Contemporaneamente, anche in Italia si è sentita l'esigenza di avere una LG sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti che riguardasse i controlli sanitari all'arrivo e i percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza al fine di offrire raccomandazioni basate sulle evidenze circa le pratiche dei controlli sanitari all'arrivo in Italia e durante le fasi di accoglienza. A luglio 2017 è stata pubblica la LG "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli" i cui destinatari sono i migranti e i richiedenti protezione internazionale intercettati dal sistema di accoglienza italiano. I settori presi in considerazione sono sia le malattie infettive che le malattie croniche, oltre alla gravidanza.

La LG identifica condizioni di salute specifiche (TD, malaria, STD, parassiti intestinali, diabete, anemia) per le quali si devono ricercare attivamente segni e sintomi e altre per le quali si devono effettuare test anche su soggetti asintomatici provenienti da aree endemiche o esposti a specifici fattori di rischio (LTB, HIV, HBV, HCV, sifilide, clamidia, gonorrea, strongiloidosi, schistosomiasi, diabete). Si raccomanda lo screening di massa per anemia e ipertensione, si consiglia di prendere in considerazione il test di gravidanza e si raccomanda l'inclusione nei programmi di vaccinazione e di screening contro il cancro del collo dell'utero in vigore in Italia.

Le raccomandazioni della LG hanno lo scopo di a) promuovere l'adeguatezza clinica e organizzativa; b) prevenire gli sprechi legati all'effettuazione di indagini inutili o inutilmente ripetute; c) diminuire le pratiche difensive a causa di un allarmismo ingiustificato.

La principale lezione appresa durante lo sviluppo della LG è stata la necessità di una prospettiva di continuità sanitaria tra

le diverse fasi del processo di accoglienza. Pertanto, è stato scelto un approccio modulato e progressivo, che comprende la valutazione iniziale nella fase di salvataggio, l'esame medico completo nella prima fase di accoglienza e il rinvio ai servizi sanitari nazionali nella seconda fase.

La diffusione e l'attuazione di questa LG su tutto il territorio nazionale faciliterebbe l'adozione di pratiche basate sull'evidenza durante l'accoglienza dei migranti di recente arrivo in Italia, evitando incertezze e variabilità delle pratiche a livello regionale e locale.

Dalle raccomandazioni delle LG alle pratiche

Per ragionare su come passare dalle raccomandazioni delle LG alle pratiche a livello locale, proviamo ad approfondire un argomento specifico, quale le vaccinazioni e, come prima cosa, riportiamo le raccomandazioni della LG in risposta al quesito n. 15 "È indicata l'offerta attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate ai migranti durante il percorso di accoglienza?"

R15.1 – Nell'ambito della presa in carico sanitaria, si raccomanda di offrire ai bambini (0-14 anni) che non sono mai stati vaccinati, o presentano documentazione incerta, le vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età.

R15.2 – Negli adulti che abbiano storia vaccinale incerta o assente, si raccomanda di offrire le seguenti vaccinazioni:

- antipolio, antidifterite, antitetano, antipertosse
- antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antivaricella a esclusione delle donne in gravidanza
- anti-HBV a tutta la popolazione adulta

sottoposta a screening e risultata negativa ai marcatori sierologici.

A livello internazionale, nel 2015 la dichiarazione congiunta OMS-UNHCR-UNICEF raccomanda di immunizzare i migranti senza indugio secondo il calendario delle vaccinazioni del paese in cui si intende soggiornare per più di una settimana; il morbillo e i vaccini antipolio dovrebbero essere le priorità. Sempre nel 2015, un documento tecnico ECDC raccomanda che la valutazione dello stato vaccinale dovrebbe essere parte integrante della valutazione generale dello stato di salute dei migranti all'arrivo con l'offerta vaccinale secondo il calendario del paese ospitante. Le vaccinazioni prioritarie includono quelle contro il morbillo, la rosolia e la poliomielite (che sono mirati all'eliminazione), nonché difterite, tetano, pertosse ed Hib. L'ECDC indica che, ai fini di una migliore protezione dell'individuo, le prime dosi della serie di vaccini forniti dovrebbero essere somministrate e documentate il più presto possibile in seguito all'ingresso o la registrazione in un paese ospitante, di preferenza entro il 14 giorni, in particolare per i vaccini prioritari.

Esiste una normativa italiana sulla immunoprofilassi degli immigrati a partire dal 1993 in risposta all'immigrazione dovuta all'esodo di profughi dall'Albania e alla guerra civile in Somalia, poi ripresa nel testo unico immigrazione (1998), ribadita durante la "primavera araba" (2011) e ampliata a seguito del protrarsi degli sbarchi e della dichiarazione da parte dell'OMS dell'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale dovuta alla diffusione del poliovirus selvaggio (2014 e 2017). Inoltre, nomadi e immigrati sono inclusi nel Piano Nazionale per Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRc 2010-15).

a) Destinatari e interventi di immunoprofilassi

La normativa nazionale stabilisce:

- i destinatari dell'intervento di immunoprofilassi, includendo indistintamente rifugiati, richiedenti asilo, migranti regolari e irregolari e minori non accompagnati in Italia
- di verificare lo stato vaccinale tramite certificati di vaccinazioni validi
- di vaccinare attivamente e gratuitamente i minori secondo il calendario vaccinale vigente
- per gli adulti immigrati, di effettuare profilassi anti-tetanic post-esposizione, la vaccinazione anti-polio con un ciclo completo (se dichiarano di non essere mai stati vaccinati prima) oppure di 1 dose (se con inadeguata documentazione o stato vaccinale dubbio) e la vaccinazione MPR.

Un'indagine² condotta a cavallo del 2016-2017 tra 14 Regioni/P.A. italiane mostra che 8 regioni hanno una normativa regionale, mentre le altre 6 seguono la normativa nazionale. Per i bambini e adolescenti l'offerta di vaccinazioni secondo il calendario vaccinale è diffusa in tutte le Regioni, mentre sono in atto diverse politiche di immunizzazione per gli adulti. La vaccinazione contro la poliomielite e il tetano è offerta agli adulti in tutte le Regioni partecipanti, come raccomandato a livello nazionale, ma solo alcune di esse offrono la vaccinazione contro la MPR inclusa nel PNEMRc. Alcune Regioni, dall'altra parte, offrono più vaccinazioni di quelle previste dalla normativa nazionale, alcune addirittura tutte le vaccinazioni incluse nel PNV. Infine, la verifica dello stato di immunizzazione viene condotta attraverso l'anamnesi e la verifica delle schede di immunizzazione, ma spesso diverse Regioni/centri effettuano anche test di laboratorio, non raccomandati a livello nazionale.

In base alle raccomandazioni delle LG basate sulle evidenze, la normativa nazionale circa l'offerta delle vaccinazione dovrebbe essere aggiornata e includere i vaccini già offerti dalla maggior parte delle Regioni, ma non da tutte, tenendo in considerazione la disponibilità di risorse umane ed economiche.

Dovrebbe inoltre essere ribadito che la verifica dello stato vaccinale deve essere fatto tramite la verifica dei certificati di vaccinazioni, se validi e disponibili, e non richiede l'esecuzione di test sierologici per valutare i livelli anticorpali prima delle vaccinazioni, ad eccezione dell'anti-HBV.

b) Luogo e tempistica della somministrazione

La normativa nazionale non dà indicazioni circa dove e quando vaccinare.

Secondo l'indagine già citata, i vaccini sono somministrati nei centri vaccinali o nei centri di assistenza sanitaria di base in tutte le Regioni, mentre in 6 Regioni le vaccinazioni vengono effettuate anche nei centri di accoglienza.

Questo è in linea con le indicazioni della linea guida tecnica congiunta WHO-UNHCR-UNICEF (2015) che affermano che la vaccinazione non è raccomandata ai punti di ingresso o ai valichi di frontiera a meno che non vi sia un focolaio in atto. Infatti, considerando che possono essere necessari intervalli di mesi tra le dosi, il follow-up delle serie di immunizzazioni sarebbe difficile se il ciclo fosse iniziato al punto di ingresso.

La LG italiana sottolinea che le vaccinazioni debbono essere effettuate nell'ambito della presa in carico sanitaria, vale a dire nell'ambito della cosiddetta seconda accoglienza, caratterizzata da una permanenza prolungata in strutture volte ad assicurare la tutela giuridica e sanitaria e a favorire l'integrazione.

c) Registrazione delle vaccinazioni, documentazione e eventi avversi

Le circolari del Ministero della Salute del 2011 e 2014 forniscono alcune indicazioni in merito:

- registrare puntualmente le vaccinazioni effettuate (dati anagrafici, tipo e lotto del vaccino)

- aggiornare la documentazione attestante lo stato vaccinale o rilasciarne ex-novo (libretto vaccinale o certificato di vaccinazione) con tipo e lotto del vaccino

- segnalare eventuali eventi avversi ai competenti servizi di farmacovigilanza

Secondo l'indagine nelle Regioni/PA, i dati sugli immigrati immunizzati sono archiviati a livello regionale/locale con metodi diversi e non sono disponibili a livello nazionale. Inoltre l'archiviazione elettronica è a livello regionale/locale e talvolta è solo cartacea.

Il documento tecnico congiunto del WHO-UNHCR-UNICEF (2015) indica che la registrazione e lo scambio di dati sui vaccini somministrati è necessario per garantire ai migranti un'offerta completa di vaccinazioni ed evitare inutili azioni sanitarie, compresa la rivaccinazione, attraverso una pianificazione completa e appropriata delle serie di immunizzazioni, che eviterebbe la possibile duplicazione.

Considerando che i migranti si muovono, e vengono spostati, tra le Regioni italiane, oltre al già previsto aggiornamento della documentazione attestante lo stato vaccinale o rilascio di un certificato/libretto vaccinale ex-novo, uno strumento fondamentale per migliorare l'omogeneità e il coordinamento dell'offerta vaccinale in Italia sarebbe un registro elettronico nazionale delle vaccinazioni per la registrazione delle vaccinazioni anche dei migranti immunizzati. Si tratta di un problema di lunga data in Italia, dove non esiste un registro elettronico nazionale delle

vaccinazioni, nemmeno per i cittadini italiani. Il nuovo PNV 2017-2019 lo ha individuato come una criticità che dovrebbe essere rapidamente attuata.

Tale registro dovrebbe contenere delle variabili identificative dei migranti per meglio comprendere problematiche relative alle coperture vaccinali e a gruppi difficili da raggiungere.

d) Procedure operative

Non esistono a livello nazionale Procedure Operative Standard (SOP) per la somministrazione di vaccini ai migranti, mentre nella indagine già menzionata sette Regioni hanno riferito di avere SOP per la somministrazione della vaccinazione.

Il documento tecnico dell'ECDC (2015) raccomanda l'utilizzazione di vaccini combinati per facilitare la somministrazione e il CDC (2015) suggerisce inoltre di valutare la somministrazione contemporanea di più vaccini, al fine di ridurre il numero di inoculazioni. La LG dell'*Australasian Society for Infectious Diseases* (2016) consiglia di utilizzare la strategia di *catch up* che ha l'obiettivo di "rimettere al passo", nel più breve tempo possibile, soggetti con storia vaccinale assente o incerta. Questa strategia prevede di ridurre al minimo gli accessi nelle strutture sanitarie per sottoporsi alle vaccinazioni, nonché l'intervallo stesso tra le dosi, concentrando nella stessa visita più vaccinazioni e utilizzando, dove possibile, vaccini combinati. In genere, in adolescenti e adulti, un'immunizzazione *catch up* può essere efficacemente fornita in 3 visite, nell'arco di 4 mesi. La *consensus conference* italiana di Almasio et al pubblicata nel 2011, propone di effettuare un ciclo breve della vaccinazione anti-HBV per permettere una maggiore *compliance* (vaccinazione al mese 0, 1, 2 e se possibile mese 6), e ancora più breve (vaccina-

zione al giorno 0, 7, 21 e dose booster a 1 anno) per persone senza fissa dimora.

Nel caso di schedula interrotta o ritardata possono essere utilizzate le raccomandazioni dell'OMS contenute nella Tabella 3 (aggiornate 2017), che raccomanda di riprendere la serie vaccinale primaria senza ripetere le dosi già effettuate per tutti i principali vaccini.

Alcune Regioni/AA.PP e centri di accoglienza per migranti partecipanti all'indagine hanno riferito di aver sviluppato procedure per facilitare l'accesso dei migranti ai servizi di vaccinazioni, come personale dedicato per favorire l'accesso e fissare una data per la vaccinazione, o un flusso sistematico di informazioni sui migranti che devono essere vaccinati. Questo rappresenta un punto cruciale, perché è noto che molti migranti hanno un accesso limitato ai servizi sanitari per motivi legali, linguistici, culturali: occorre quindi sostenere l'attuazione a livello locale di procedure favorevoli ai migranti per garantire l'immunizzazione di questi ultimi.

In questo caso non abbiamo indicazioni né dalla normativa nazionale e né dalle LG italiane. Mentre abbiamo indicazioni dal PNEMRc 2010-15 che per raggiungere l'obiettivo 3 del Piano "*Mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni inclusi gli adolescenti, i giovani adulti e i soggetti a rischio, quali operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi*" suggerisce di acquisire informazioni sulla presenza e numerosità dei gruppi di popolazione difficile da raggiungere (nomadi, Roma/Sinti) nel territorio della ASL e considerare le modalità più opportune per offrire attivamente la vaccinazione a questi soggetti (per es. interventi vaccinali presso i campi nomadi).

Inoltre, per raggiungere l'obiettivo 4 "*Ridurre la percentuale di donne in età ferti-*

le, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%" raccomanda di vaccinare le donne straniere al loro primo contatto con il sistema sanitario.

In aggiunta, il Piano raccomanda di utilizzare interventi di comprovata efficacia quali la chiamata attiva sulla base dell'anagrafe vaccinale informatizzata, gli interventi di educazione sanitaria associati con almeno un'altra attività, l'ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie e i sistemi di promemoria per gli operatori sanitari, la preparazione e diffusione di materiale informativo per gli operatori e le famiglie sull'efficacia e sicurezza della vaccinazione, considerando anche la necessità di raggiungere eventuali immigrati e gruppi etnici minoritari preparando opuscoli volanti e poster in varie lingue.

Problematiche pratiche e conclusioni

Nell'indagine tra le Regioni/PA e i centri di accoglienza sono state raccolte e individuate le difficoltà pratiche ricorrenti nella offerta vaccinale. Oltre alla scarsa collaborazione all'interno delle istituzioni sanitarie e alla mancanza di procedure operative, sono state evidenziate la frammentazione dell'offerta vaccinale, la scarsità delle risorse e la necessità di una formazione specifica degli operatori sanitari sulla salute dei migranti. Inoltre, a livello locale sono stati evidenziati i problemi logistici, le barriere linguistiche e la scarsa disponibilità tra i migranti in arrivo dei certificati attestanti le vaccinazioni effettuate in precedenza.

Sfide simili sono state individuate anche a livello europeo e la disponibilità di interpreti, mediatori culturali e informazioni nelle lingue dei migranti è stata suggerita come un intervento utile per affrontare le barriere esistenti alla somministrazione delle vaccinazioni.

In conclusione si ritiene necessaria la predisposizione di un documento operati-

vo che, sulla base di informazioni tecniche internazionali e dell'esperienza delle Regioni/PA, contenga procedure operative che permettano di trasformare le raccomandazioni delle LG in pratiche omogenee sul territorio nazionale. Tale documento operativo dovrebbe essere emanato a livello nazionale in modo da diventare una normativa nazionale a cui tutte le Regioni/PA possano fare riferimento anche per l'allocazione delle risorse umane e finanziarie per migliorare l'offerta di immunizzazione dei migranti.

Note

- ¹ Kärki T, Napoli C, Riccardo F, Fabiani M, Dente MG, Carballo M, Noori T, Declich S. Screening for infectious diseases among newly arrived migrants in EU/EEA countries—Varying practices but consensus on the utility of screening. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2014; 11: 11004–14. doi:10.3390/ijerph111011004
- ² Zuanna T, Del Manso M, Giambi C, Riccardo F, Bella A, Caporali MG, Dente MG and Declich S and the Italian survey CARE working group. Immunization offer targeting migrants: policies and practices in Italy. *IJERPH* (under submission)

Bibliografia

- 1) WHO Regional Office per Europe. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region; 2016 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf
- 2) WHO-UNHCR-UNICEF Joint Technical Guidance: General Principles of Vaccination of Refugees, Asylum-Seekers and Migrants in the WHO European Region; 2015. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/11/who-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees-asylumseekers-and-migrants-in-the-who-european-region>.

- 3) ECDC technical document: infectious diseases of specific relevance to newly-arrived migrants in the EU/EEA; 2015. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/Infectious-diseases-of-specific-relevance-to-newly-arrived-migrants-in-EU-EEA.pdf>
- 4) Ministero della Sanità. Circolare n.8. Documenti di vaccinazione per minori immigrati, 23.03.1993. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=23605&parte=1%20&serie>
- 5) Legge n.40 del 6.03.1998. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. <http://www.camera.it/parlam/leggi/98040l.htm>
- 6) Ministero della salute. Protocollo operativo. Aprile 2011. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_1_file.pdf
- 7) Ministero della Salute. Lettera circolare. Aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia; 9.5.2014. <http://www.seremi.it/sites/default/files/Ministero%20Salute%20-%20Aggiornamento%20delle%20raccomandazioni%20di%20immunoprofilassi%20virus%209%20maggio%202014.pdf>
- 8) Ministero della Salute. Lettera circolare. Diffusione internazionale di poliovirus: aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia; 14.06.2017. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=59725&parte=1%20&serie=null>
- 9) Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-15. G.U. Serie Generale n.297 of 23/12/2003. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1519_allegato.pdf
- 10) Linee guida salute migranti. I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli; giugno 2017 <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/Rassegna-di-revisioni-sistematiche-linee-guida-e-documenti-di-indirizzo-sulla-salute-degli-immigrati-Scarica-il-documento>
- 11) WHO for routine immunization – Table 3 recommendations for interrupted and delayed vaccination (updated March 2017). http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table3.pdf?ua=1
- 12) Almasio PL, Babudieri S et al. 2011. Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B and C in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates). *Dig Liver Dis*; 43(8):589-95.
- 13) ASID – Australasian Society for Infectious Diseases, RHeaNA – Refugee Health Network of Australia, 2016. Recommendations for comprehensive post-arrival health assessment for people from refugee-like backgrounds.
- 14) CDC – Center for Disease, Control and Prevention, 2015 – General refugee health guidelines.

L'impegno del Ministero della Salute per un approccio nazionale inclusivo per la salute dei migranti

Serena Battilomo

Direzione generale della prevenzione sanitaria presso il Ministero della salute

Gli studi e le ricerche sociologiche e antropologiche nazionali e internazionali hanno abbondantemente evidenziato che il processo dell'emigrazione rappresenta un fattore di fragilizzazione dell'individuo, anche quando questa avvenga nel miglior modo possibile (soggetto che sceglie di partire dal proprio Paese senza esser spinto alla fuga da catastrofi ambientali, guerre o persecuzioni) e se a questo "sradicamento" si associano, nel Paese ospite, una serie di determinanti sociali sfavorevoli (condizioni lavorative, abitative, povertà economica, esclusione sociale, discriminazione, xenofobia, ecc.), il rischio di depauperamento della salute è elevato.

La salute degli immigrati, dunque, è strettamente connessa ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel Paese ospite: le evidenze epidemiologiche mostrano, infatti, che la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, da stili di vita rischiosi, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione.

Il fenomeno migratorio attuale impone, all'Italia, quale Paese ospite, di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute nega-

tive sullo sviluppo dell'intera collettività.

Una questione prioritaria è quella di attivare azioni di coordinamento a livello territoriale al fine di rendere tutti i servizi, anche quelli socio-sanitari, pronti e adeguati ad una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati.

Una serie di norme internazionali e nazionali disciplinano gli obblighi relativi al soccorso e all'accoglienza dello straniero e, nel nostro Paese, l'accesso all'assistenza sanitaria, diritto sancito dall'art.32 della Costituzione italiana, è regolamentato, in relazione allo status giuridico dello straniero, dal D.lgs. 286/1998, dal D.lgs. 142/2015 e dal DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. In generale a tutte le persone presenti sul territorio italiano sono garantite cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali e programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

La tutela della salute, tuttavia, deve essere prevista in ogni fase del percorso di accoglienza, secondo specifiche esigenze contestuali e approcci differenziati e modulati, che devono comunque garantire la continuità dell'assistenza, evitando il rischio di frammentazione degli interventi quando posti sotto la responsabilità di attori diversi.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle funzioni di profilassi internazionale e sanità transfrontaliera ad esso assegnate e

in applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale, tramite i propri "Uffici di Sanita Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF", è presente fin dalle operazioni di soccorso in mare dei migranti e, in collaborazione con le ASL e a volte con Organizzazioni non governative, assicura dopo lo sbarco una prima valutazione volta a identificare eventuali quadri emergenziali o situazioni sospette di malattia cui dare una risposta immediata.

Il sistema di accoglienza poi si articola in Centri/Hub governativi di livello regionale e/o interregionale, i cosiddetti *hot-spot* all'interno dei quali l'assistenza sanitaria offerta dovrebbe comprendere una visita medica completa alla ricerca attiva di segni e sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose, al fine di garantire un adeguato e tempestivo accesso alle cure, nonché l'identificazione di condizioni di vulnerabilità per le quali è necessario prevedere uno specifico percorso di accoglienza (gravidanza, vulnerabilità psicologica, minore età, ecc.).

Nella fase di seconda accoglienza, caratterizzata da una permanenza prolungata in strutture volte ad assicurare a tutela giuridica e sanitaria e a favorire l'integrazione, i migranti sono, per legge, obbligatoriamente iscritti al Servizio sanitario nazionale e godono di tutti i diritti assistenziali garantiti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al pari dei cittadini italiani.

Nonostante l'impianto teorico sia ben organizzato ed articolato, il fenomeno migratorio irregolare e l'afflusso di rifugiati e richiedenti asilo sta determinando una pressione notevole sul Sistema Sanitario Nazionale, sia per la necessità di prestare assistenza ad un grande numero di persone in tempi brevi con le risorse disponibili alle condizioni vigenti sia per la necessità di interfacciarsi strettamente con una molteplicità di istituzioni e organizzazioni operanti con finalità e regole diverse.

A cominciare dal momento dello sbarco, in cui si evidenziano a volte le problematiche correlate alla mancanza di canoni comunicativi e di criteri comuni tra i diversi attori coinvolti, nonché la perdita di tracciabilità e di ritorno delle informazioni agli uffici interessati.

La gestione sanitaria dei migranti diventa ancora più critica dopo lo sbarco, nelle prime fasi dell'accoglienza in quanto intervengono una moltitudine di attori con ruoli, attitudini e interessi differenti con il rischio di una parcellizzazione ed estemporaneità degli interventi sanitari che si svolgono in contesti "non ordinari", come i centri di accoglienza straordinari (CAS), che talora non corrispondono ai precetti delineati per il SSN e sui quali il SSN non riesce ad esercitare a pieno la sua funzione di controllo e governo.

Infine, nonostante i principi guida di uguaglianza del SSN e l'Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane", permangono a tutt'oggi forti squilibri e disomogeneità territoriali nel garantire i livelli essenziali di assistenza tra le diverse regioni italiane, con disuguaglianze che gravano in modo particolare sui soggetti più vulnerabili. Gli elementi più critici riguardano la mancanza di conoscenza dei servizi disponibili, la difficoltà a svolgere le pratiche amministrativo-burocratiche nell'accesso alle prestazioni sanitarie, l'appartenenza a specifiche comunità che rimanda a caratterizzazioni culturali e religiose che determinano atteggiamenti diversi nei confronti della salute e dell'assistenza sanitaria, la mancanza di una rete sociale, le problematiche di comprensione linguistica e la possibilità di discriminazioni al momento dell'accesso ai servizi sanitari.

La risposta efficace a tali sfide non può

che risiedere nella possibilità di gestire, organicamente, le criticità, mediante un approccio di sistema dando priorità a misure quali il coordinamento degli interventi sanitari che i differenti soggetti svolgono a beneficio dei migranti, il superamento della variabilità nei comportamenti dei professionisti e delle strutture sanitarie, la corretta informazione ed *empowerment* della popolazione migrante sui propri diritti e sui servizi disponibili, la raccolta sistematica di dati sulle condizioni di salute.

Poichè la configurazione istituzionale delle attività sanitarie relative alla gestione delle persone migranti determina la necessità di modulazioni organizzative con previsione di risorse adeguate e stabili, il Ministero della Salute è impegnato in numerose attività finalizzate soprattutto all'individuazione ed applicazione di modalità operative univoche che consentano di superare la parcellizzazione e l'improvvisazione di determinati interventi e di pervenire in tal modo ad una gestione continuativa e organica dell'assistenza sanitaria e ad una sistematica programmazione delle attività.

Ovviamente un punto di partenza per uniformare gli interventi e favorirne l'appropriatezza è la definizione e l'adozione a livello nazionale di indirizzi e linee guida che siano specifici per i bisogni sanitari dei migranti.

Al riguardo è importante ricordare diversi recenti provvedimenti.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017

"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", in cui all'art. 62 è ribadito che sono garantiti agli stranieri obbligatoriamente o volontariamente iscritti ed ai loro familiari a carico regolarmente soggiornanti, parità di trattamento e piena

uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia. Inoltre all'art.63 viene confermato che sono assicurate ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio ed i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. In particolare: la tutela sociale della gravidanza e della maternità; la tutela della salute del minore; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e cura delle malattie infettive e eventualmente la bonifica dei relativi focolai. Tali prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Anche i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani.

Decreto Ministeriale 3 aprile 2017

"Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale Articolo 27, comma 1 bis del D.Lgs 251/2007 come modificato dall'art.1 del D.Lgs. 18/2014".

Tale documento è finalizzato a fornire strumenti utili a garantire interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio

nazionale e per l'intero percorso di assistenza alle vittime, dall'individuazione alla riabilitazione con il duplice obiettivo di assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di titolari e richiedenti lo status di rifugiato e protezione internazionale e di fornire indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso percorsi per l'individuazione quanto più precoce possibile, la presa in carico ed il trattamento di vittime di violenza internazionale e di tortura, in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitaria.

Punti fondamentali delle linee guida sono l'approccio multidisciplinare integrato, che prevede un percorso di assistenza alle vittime dall'individuazione precoce alla riabilitazione, l'individuazione precoce, la certificazione, essenziale nell'iter della richiesta di asilo, la mediazione culturale, indispensabile per la costruzione della relazione, la tutela della salute degli operatori coinvolti nell'accoglienza e presa in carico delle vittime, la formazione degli operatori.

Legge 7 aprile 2017, n. 47

"Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati".

L'arrivo di minori non accompagnati (MSNA) comporta, tra le altre, la questione dell'accertamento della loro età, in caso di dubbio.

La normativa internazionale, insieme ad autorevoli linee guida stabilisce principi guida, criteri e garanzie fondamentali in tema di accertamento dell'età dei minori non accompagnati, quali il principio del superiore interesse del fanciullo; il principio di non discriminazione; il diritto del minore a preservare la propria identità; il criterio del dubbio fondato e dell'extremum ratio che devono guidare ogni accertamento dell'età prima e nel corso dell'espletamento; la presunzione della minore età e

il beneficio del dubbio, che deve essere accordato qualora non sia possibile stabilire con certezza l'età di un individuo.

La Legge 47/2017 all'art.5 stabilisce che l'accertamento socio-sanitario dell'età deve essere condotto attraverso una procedura multidisciplinare da parte di personale indipendente e qualificato, presso una struttura sanitaria pubblica individuata dal giudice, secondo un criterio di invasività progressiva e consiste nello svolgimento di un colloquio sociale, di una visita pediatrica auxologica e di una valutazione psicologica o neuropsichiatrica, alla presenza, se necessario, di un mediatore culturale o di un interprete. Deve inoltre essere acquisito il consenso informato del minore a sottoporsi alla procedura e prevista l'indicazione del margine di errore nel referto. È anche importante la presenza di una persona competente indipendente che rappresenti il minore e l'effettivo diritto d'appello.

Pur se la normativa italiana richiama numerosi principi sanciti a livello internazionale, non è applicata, ad oggi, sul territorio nazionale, una procedura uniforme per l'accertamento dell'età dei minori non accompagnati e pertanto si rende necessario definire, per gli aspetti di specifica competenza sanitaria, una procedura univoca e appropriata da adottare a livello nazionale.

A tale scopo il Ministero della Salute ha predisposto una *"Procedura multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati"*, definita su un precedente elaborato realizzato in seguito ai lavori del Tavolo Interregionale Immigrati e Servizi sanitari del Coordinamento Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, coadiuvato da alcuni esperti di società scientifiche e organizzazioni internazionali (SIMM, INMP, GNLB, SIP, FIMP, UNHCR, SAVE THE CHILDREN) e sul quale anche il Consiglio Superiore di Sani-

tà ha espresso il proprio parere. Tale documento sta seguendo il suo iter per la sottoscrizione in un Accordo Stato-Regioni.

La Linea Guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”

Detto documento nasce nell’ambito del “Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti”, sviluppato dall’Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà (INMP) in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e con la Società Italiana di medicina delle Migrazioni S.I.M.M. e si propone come strumento operativo per le organizzazioni e i professionisti sociosanitari che quotidianamente si impegnano nell’assistenza dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale, affrontando soprattutto il tema degli accertamenti sanitari da effettuare in fase di soccorso e prima assistenza e nelle diverse fasi del percorso di accoglienza.

Lo scopo è quindi intende offrire, a fronte dell’incertezza e della variabilità delle pratiche adottate nei diversi contesti regionali e locali, raccomandazioni *evidence-based* circa la pratica dei controlli sanitari su migranti e profughi richiedenti protezione internazionale. Il documento è orientato lungo tre direttrici principali:

- promuovere l’appropriatezza clinica e organizzativa, all’interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci;
- evitare sprechi legati all’effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti;
- evitare/ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da eventuali ingiustificati allarmismi.

Per la realizzazione della Linea Guida è stata seguita una metodologia rigorosamente *evidence-based*, che ha previsto una ricognizione sistematica della letteratura biomedica sui temi individuati. Sono state

formulate raccomandazioni in riferimento alle strategie da adottare per l’identificazione precoce dei bisogni di salute dei migranti e sono state contestualizzate all’interno delle diverse fasi che attualmente caratterizzano il percorso di accoglienza dei migranti sul territorio italiano, secondo un approccio che tiene conto delle priorità assistenziali per l’individuo e per la sanità pubblica, e delle opportunità offerte dal contesto (spazi, mezzi disponibili e tempi di permanenza dei migranti) e comunque in una prospettiva di continuità assistenziale. Nello specifico, le raccomandazioni sono volte tanto alla rilevazione di segni e sintomi suggestivi delle specifiche condizioni morbose, quanto all’identificazione dei soggetti asintomatici da sottoporre a *screening*, sulla base di specifici criteri epidemiologici e/o di esposizione a fattori di rischio. Indipendentemente dalle procedure e dai test utilizzati, viene sottolineata la necessità di porre attenzione alla dimensione linguistica e socio-relazionale nei diversi *setting* di intervento, attraverso l’adattamento dei contenuti e della forma dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento delle persone. Infine, si enfatizza la necessità che il personale sociosanitario sia adeguatamente formato all’approccio interculturale e riceva supporto psicologico nella gestione di situazioni che possono rivelarsi emotivamente stressanti.

Tracciabilità dei dati sanitari dei migranti

Al fine di una corretta presa in carico da parte dei servizi territoriali nazionali, anche in caso di successivi spostamenti, è necessario assicurare ai migranti, fin dall’arrivo sul territorio nazionale, la valutazione dello stato di salute e la tracciabilità di quanto rilevato e dei trattamenti effettuati. Dopo la finalizzazione di due sperimentazioni pilota avviate in tal senso nel corso dei progetti europei PASSIM e CARE,

per l'utilizzo di una cartella sanitaria del migrante in formato elettronico, è in fase di valutazione l'estensione di questo strumento attraverso una sua evoluzione e sistematizzazione a livello nazionale cosicché, oltre all'iniziale registrazione e monitoraggio dello stato di salute del migrante, consenta di consultare ed aggiornare i dati del migrante con gli eventi sanitari e la relativa assistenza erogata lungo tutta la filiera dell'accoglienza, evitando così la duplicazione, l'omissione o la non appropriatezza degli interventi, e facilitando per gli operatori sanitari la conoscenza della storia clinica del singolo caso.

Al fine di favorire un approccio nazionale uniforme, inclusivo e appropriato per la salute dei migranti, il Ministero della Salute sta proseguendo le azioni messe in campo per la salute dei migranti attraverso i seguenti progetti nazionali, finanziati nell'ambito dei fondi FAMI, che da un lato saranno utili per la diffusione e implementazione delle linee guida e documenti di indirizzo prodotti, dall'altro potranno aumentare la capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire un coordinamento dei servizi e delle risorse locali finalizzati ad un'ottimizzazione delle stesse.

Progetto SAVE - Support Actions for Vulnerability emergence

Nell'ambito delle proposte a valere sui fondi emergenziali FAMI, è stato presentato un progetto, denominato SAVE, il cui obiettivo generale è rafforzare la capacità dei sistemi di prima accoglienza di identificare correttamente i migranti in condizione di vulnerabilità (quali minori, vittime di tratta, tortura, violenza, etc), e attivare procedure strutturate per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati che arrivano negli Hotspot, sia in quelli attivi che in quelli che diventeranno operativi e di integrarli in percorsi appropriati. Il progetto SAVE è coordinato dal Ministe-

ro dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione, in partenariato con il Ministero della Salute, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), la Regione Siciliana, la Regione Puglia e la Regione Calabria e la Fondazione Nazionale Assistenti Sociali (FNAS).

All'interno di ogni struttura hotspot è prevista, per la durata del progetto (12-18 mesi):

a) l'attivazione di un'équipe multidisciplinare che, appositamente formata, eseguirà la valutazione dell'età del minore, in caso di dubbio, applicando un protocollo multidisciplinare che è già stato implementato con successo negli hotspot di Trapani e Lampedusa;

b) la formazione degli operatori sanitari dell'ente gestore (medico, psicologo e infermiere) con l'aggiunta dell'assistente sociale, per la conduzione delle azioni volte all'emersione delle vulnerabilità, attraverso anche la piena applicazione delle linee di indirizzo per l'assistenza alle vittime di torture, stupri e altre forme di violenza;

c) la standardizzazione degli strumenti di registrazione del dato sanitario e di emersione delle vulnerabilità dei migranti per assicurare il pronto istradamento alla rete territoriale specifica nonché la continuità delle cure fino alla presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Il progetto prevede, inoltre, interventi di formazione e informazione sulla gestione dei casi vulnerabili e dell'age assessment rivolti ai soggetti rilevanti del territorio, anche coloro coinvolti nei luoghi di sbarco e nelle strutture attrezzate per il primo soccorso e l'identificazione (Prefetture, Forze dell'ordine, ASL, personale che opera negli hotspot, etc.).

Progetto FOOTPRINTS - FORMAZIONE OPERATORI di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività progettuali a valere sui fondi strutturali FAMI 2014-2020, ha presentato un progetto di capacity building, in partnership con l'Associazione Conferenza permanente dei Presidenti di Consiglio di corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, il cui obiettivo generale consiste nel superare la frammentazione delle esperienze esistenti locali e regionali per giungere ad un approccio uniforme sul territorio nazionale per la definizione delle modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica riguardanti la popolazione migrante.

FOOTPRINTS consentirà l'attuazione di azioni e strumenti di *governance* degli aspetti di salute pubblica della popolazione migrante, attraverso la definizione di un profilo formativo nazionale per il rafforzamento delle competenze e lo sviluppo di una comunità di pratica del personale delle Regioni e Province autonome.

Anche tenendo conto dell'esperienza realizzata dalla Regione di Sicilia nella definizione del "Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti", sarà realizzata, nel progetto FOOTPRINTS, la definizione di un format nazionale su cui impostare la redazione di piani regionali per il coordinamento degli aspetti operativi di salute pubblica riguardanti la popolazione migrante. Il progetto coinvolgerà circa 90 referenti e operatori di sanità pubblica delle Regioni e Province Autonome. Il progetto, inoltre, prevede la creazione di una comunità di pratica anche attraverso l'uso delle tecnologie multimediali e di internet (piattaforme E-learning e sistemi di rete online), per assicurare una collabo-

razione a distanza, in una prospettiva di apprendimento e confronto continuo e permanente. Nell'ambito del progetto è prevista la diffusione delle linee guida clinico-organizzative e dei documenti di indirizzo sulla tutela della salute e l'assistenza sociosanitaria alle popolazioni migranti.

PIANO NAZIONALE INTEGRAZIONE – FAMI Misure emergenziali per il territorio (ambito Salute)

Al fine di accompagnare l'implementazione delle azioni previste nel 1° Piano Nazionale Integrazione rivolto ai beneficiari di protezione internazionale e presentato ad ottobre 2017 dal Ministro dell'Interno, nell'ambito delle proposte a valere sui fondi emergenziali FAMI il Ministero della Salute ha proposto di prevedere progetti di sostegno alle autorità locali, in particolare alle città metropolitane, per lo sviluppo di attività di integrazione in ambiti territoriali con interventi di informazione e prevenzione in ambito sociosanitario, anche attraverso il rafforzamento dei relativi servizi territoriali (consultori familiari, dipartimenti salute mentale, etc) e la definizione di percorsi di assistenza appropriati per i casi vulnerabili di titolari di protezione internazionale.

In particolare l'obiettivo generale vuole essere quello di rafforzare la capacità dei servizi territoriali di identificare e prendere in carico adeguatamente titolari di protezione internazionale colpiti da vulnerabilità specifiche (quali donne in stato di gravidanza, vittime di tratta, torture e violenze) e di far fronte alle loro esigenze di assistenza sanitaria, anche implementando le "Linee guida sull'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi mentali dei rifugiati e delle persone che sono state vittime di torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale, inclusi specifici programmi di formazione

e corsi di aggiornamento per il personale sanitario " e le" Linee guida sui controlli sanitari sui percorsi di arrivo e protezione per i migranti nei centri di accoglienza ".

A tal fine è necessario prevedere le seguenti attività da realizzare all'interno dei servizi territoriali di salute mentale e di consulenza familiare:

a) definizione di percorsi di assistenza adeguati per prendere in considerazione i casi vulnerabili di titolari di protezione internazionale;

b) istruzione e formazione degli operatori sanitari dei dipartimenti di salute mentale al fine di svolgere quelle azioni volte a identificare e prendere in carico i soggetti con vulnerabilità;

c) istruzione e formazione degli operatori sanitari dei servizi di consulenza familiare al fine di realizzare quelle azioni volte a prevenire la cessazione volontaria della gravidanza e a seguire le madri dopo la nascita del bambino;

d) educazione degli operatori sanitari all'utilizzo di reti elettroniche;

e) coinvolgimento autorizzato dei mediatori linguistico-culturali.

Per concludere, tutte le azioni e progettualità messe in campo dal Ministero della Salute sono indirizzate a cercare di rendere il Sistema Sanitario Nazionale in grado di accogliere e garantire il diritto alla salute alla popolazione migrante, con un approccio inclusivo e in maniera uniforme e appropriata, razionalizzando gli interventi previsti che spesso, sulla base dell'emergenza e dell'improvvisazione, rischiano di essere inefficaci, inappropriati e costosi.

Bibliografia

- Accordo 20 dicembre 2012. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome». (Rep. Atti n. 255/CSR). (13A00918) (GU Serie Generale n.32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9)
- Ambrosini M., *Sociologia delle migrazioni*, Il mulino, Bologna, 2005
- Barro, G., Cislighi, C., Costa, G., Lemma, P., Bandiera, L., *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni. "Epidemiologia & Prevenzione"*, 17, 1993, pp. 239-243
- Geraci S, Malsano B, Mazzetti M (a cura di). *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire*, Caritas diocesana di Roma. *Int. J Migration Studies Volume XLII – N. 157 – marzo 2005*
- Grinberg L. e Grinberg R. *Psicoanalisi dell'Emigrazione e dell'Esilio*, Angeli, Milano 1990
- DM 3 aprile 2017 di adozione delle "Linee guida relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario, in attuazione dell'articolo 27 comma 1 bis del Decreto legislativo n.18/2014" (GU Serie Generale n. 95 del 24-4-2017)
- DPCM 12 GENNAIO 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", di cui all'articolo 1. comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)
- Marmot M *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc, 2004
- Mazzetti M. *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano. L'Harmattan Italia, Torino, 1997*
- SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida) *Linea Guida "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza"* http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2624
- Tognetti Bordogna M. *Arrivare non basta: complessità e fatica della migrazione*. Franco Angeli Editore, 2007

"Governance partecipata" nella chiarezza di ruoli e competenze: l'esempio della Regione Lazio

Salvatore Geraci

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

Agli inizi degli anni novanta, a Roma, come in gran parte delle grandi città italiane, l'immigrazione inizia ad acquistare una visibilità anche al di là della presenza in alcuni ambiti lavorativi che tradizionalmente si erano "aperti" agli stranieri da una decina di anni: pensiamo alle colf e alle domestiche capoverdiane e filippine o alle babysitter polacche nei quartieri bene della Capitale. Contadini, operai, commercianti stranieri e, progressivamente le loro famiglie, popolano campagne, paesi e città italiane e cominciano ad affiorare alcune lacune normative per la tutela di questa "nuova" popolazione presente in Italia in particolare per gli aspetti sanitari. Proprio a partire da grandi città come Roma, Genova, Milano, Bologna, Palermo iniziò una riflessione che ha portato, nel 1990, alla fondazione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che da subito si è impegnata con delle proposte tecnico-politiche per estendere i principi di equità ed universalismo della tutela della salute del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a tutte le persone presenti sul territorio nazionale. Questo obiettivo viene raggiunto tra il 1995 e il 1998 prima con l'articolo 13 del Decreto Dini e poi con gli articoli 32 e 33 della Legge Turco Napolitano: norme inclusive attraverso le quali la maggior parte di coloro con regolare permesso di soggiorno (pds) acquisiscono il diritto/dovere di iscrizione al SSN a pari-

tà di condizioni con il cittadino italiano, ma anche coloro che sono al margine del sistema, gli immigrati irregolari e senza pds (Stranieri Temporaneamente Presenti - STP), sono tutelati con estesi livelli assistenziali (Geraci; 2017).

Furono normative innovative e per alcuni inaspettate, soprattutto quelle relative agli STP, che crearono, almeno all'inizio, qualche resistenza, molta confusione, in alcuni casi un disorientamento istituzionale (Geraci; 1996). Non è un caso quindi che in quel periodo, era la metà del 1995, a Roma si è avviata l'esperienza di lavoro di rete tra operatori socio-sanitari del pubblico e del privato sociale, laico e confessionale, che porterà alla definizione del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS). Operatori che s'incontrano pressati da problematiche di assistenza sanitaria degli stranieri che inizialmente trovavano risposte solo attraverso il privato sociale e l'associazionismo ma che già interrogavano i servizi pubblici. Insieme, operatori del pubblico e del privato sociale, quello che cominciava a definirsi come terzo settore e che oggi è il più vasto ambito del non profit cooperativistico, cercano risposte, s'informano, si confrontano, analizzano, partendo dell'esperienza quotidiana, i bisogni, costruiscono percorsi e proposte. Ci si è trovati a vivere una Rete, senza sapere cosa fosse, si è entrati in un *paradigma della complessità*, senza conoscerne le definizioni, incon-

sapevolmente è stato creato un *policy network* particolarmente efficace (Bigot, Russo; 2007 e 2012).

Il GrIS Lazio

Dal 1995 l'esperienza del GrIS Lazio è cresciuta e si è consolidata, anche oltre le aspettative degli inconsapevoli protagonisti, parallelamente all'evidenza di un sistema sanitario sempre più coartato su se stesso e una sofferenza sociale diffusa ed escludente; tale esperienza ha assunto una valenza unica e, come abbiamo già avuto modi di affermare, assolutamente necessaria. *Necessaria per gli operatori che vi partecipano, poiché è occasione di costante aggiornamento partendo dall'esperienza di ciascuno, con lo stile della Comunità di pratica cioè di quei gruppi che si formano per trovare risposte comuni a problemi inerenti l'esercizio del proprio lavoro attraverso la condivisione delle informazioni e del proprio know-how. Necessaria anche perché è un'esperienza motivante nelle scelte professionali e di impegno verso quella parte della popolazione spesso oggetto di pregiudizi ed atteggiamenti discriminanti: si condivide una tacita scelta di campo, una sorta di etica collettiva, che spesso è alle radici, più o meno nascoste, dei percorsi professionali di chi ha scelto di lavorare nell'ambito socio assistenziale. Riteniamo infatti che chiunque abbia avuto, almeno in ambito professionale, degli incontri con un immigrato, o meglio con più cittadini immigrati, si sia fatto delle domande, abbia avuto curiosità, si sia scontrato con l'evidenza di una burocrazia che tende a escludere l'alterità, in alcuni casi si sia sentito impotente sul piano relazionale o clinico, a volte indignato dalle reazioni ed atteggiamenti. Nulla di nuovo per chi ha scelto di lavorare in relazioni d'aiuto. Ma di nuovo c'è che nella relazione con lo straniero, spesso regno condiviso di pregiudizi più o meno consapevoli, abbiamo misurato e misuriamo con mano la nostra impotenza: quella comu-*

nicativa linguistica, relazionale, politico-organizzativa, culturale terapeutica. Di nuovo c'è la consapevolezza che per superare questa impotenza dobbiamo attraversare il diaframma che ci separa gli uni dagli altri e condividere informazioni, impressioni, scoperte, strategie. Il GrIS è quindi un luogo partecipato dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passo indietro per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambiente organizzativo ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato sociale, volontariato, associazionismo italiano e straniero, istituzioni) si confrontano, si scontrano anche, in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità (Geraci; 2007).

Questa è l'esperienza vissuta, in vario modo e misura, nel GrIS Lazio.

Il GrIS fin da subito, ha assunto anche un ruolo tecnico e ha voluto occupare un ambito attivo nella specifica politica sanitaria e gli uffici tecnici dell'Assessorato alla salute della Regione Lazio sono diventati interlocutori privilegiati e competenti per proposte di *governance* del fenomeno e per una traduzione operativa locale di quanto stabilito dalle normative nazionali.

Da oltre 20 anni la naturale vocazione all'*advocacy* del GrIS è divenuta proposta tecnica, lavoro comune, *governance* condivisa nella chiarezza di ruoli e competenze.

Politiche regionali e il "doppio livello partecipativo"

La Regione Lazio nell'analisi degli atti e nella comparazione con le altre realtà locali (Geraci et al; 2010. Bonciani et al; 2011), risulta tra le più attente e sensibili al tema

della tutela sanitaria degli immigrati, sia per numero di interventi normativi effettuati, sia per qualità delle fonti giuridiche utilizzate, sia per tempestività (e spesso innovazione), continuità e coerenza nel tempo degli atti.

In tutto ciò, riteniamo che il ruolo del GrIS Lazio sia stato di particolare importanza (Gnolfo, 2012). Non a caso il primo atto specifico della Regione in questo ambito proviene proprio dalla proposta degli operatori, in particolare del servizio pubblico, riunitisi in un gruppo che da lì a poco sarebbe diventato il GrIS Lazio, che chiedono di recepire ed interpretare operativamente quanto enunciato dall'articolo 13 del Decreto legge 489/1995 (e reiterazioni) e dai telex ministeriali esplicativi successivi a favore della tutela sanitaria degli STP con particolare riferimento ai minori, alle donne ed a coloro affetti da forme morbose infettive. La Delibera di Giunta Regionale (DGR n. 5122 del 31.07.1997), è la prima in Italia in cui si indicano dei percorsi operativi innovativi (la collaborazione ad esempio tra servizio pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione degli ambulatori STP) tanto che sono stati presi come base per il successivo Regolamento d'attuazione nazionale del Testo Unico sull'immigrazione (codice STP) (Mantini et al, 2002). Altro elemento interessante è rappresentato dal coinvolgimento delle strutture pubbliche e quelle del volontariato "che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione allo scopo di facilitare l'applicazione delle presenti disposizioni" istituendo un Gruppo di Lavoro Regionale "Salute e Immigrazione" (GLR) con compiti di verifica e monitoraggio comune, nominato continuamente, seppur in forme diversificate, nel 2001, nel 2006, nel 2009, nel 2013 e, ultimo, nel 2017. Vogliamo sottolineare come questo "doppio livello partecipativo", dal basso, con la competenza diretta degli

operatori attraverso il GrIS, ed istituzionale, attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette la tempestiva e efficace presa in carico di problematiche emergenti ed una attenta programmazione sanitaria (Geraci, 2010; Mantini; 2012). Ad esempio è proprio su sollecitazione e proposta tecnica del GrIS, nel 2000, che sono state emanate con delibera di Giunta (DGR n. 2.444 del 5.12.2000) le *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea*. Si tratta di un documento, presente in poche regioni italiane, con cui la Regione Lazio, in modo esplicito e circostanziato, si è posta l'obiettivo di promuovere attivamente l'applicazione della normativa nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale. Da quella delibera, la Regione ha continuato a produrre numerosi atti con indicazioni e precisazioni sull'assistenza sanitaria agli immigrati, sulle modalità di iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR), e sulle prestazioni cui hanno diritto, dimostrando un *modus operandi* dell'amministrazione che privilegia l'emanazione di circolari e note per risolvere puntualmente dubbi e discordanze applicative ma che allo stesso tempo può vincolare l'operatività dei servizi ad avere continue direttive formalizzate da parte istituzionale.

Governance partecipata: tre esempi

Rimandiamo a testi specifici (Geraci; 2012) l'analisi puntuale di quanto prodotto dalla Regione Lazio sul tema. Qui vogliamo sottolineare tre ambiti, più legati alla programmazione ed al governo del fenomeno, che ci sembrano esemplificativi, nei loro aspetti positivi e nei loro limiti, della virtuosa collaborazione tra Istituzione e GrIS: la formazione; l'impegno contro le disuguaglianze; l'implementazione di documenti programmatici nazionali (Linee Guida).

La formazione

Gli anni 2011 e 2012 sono stati caratterizzati, nel Lazio e a Roma in particolare, dal più significativo ed ampio programma di formazione specifica degli operatori sanitari del servizio pubblico sull'assistenza ai cittadini stranieri che sia mai stato fatto. Su sollecitazione del GrIS e con il supporto tecnico del GLR, la Regione Lazio attraverso le determinazioni n. B5336 del 29 ottobre 2010 e la n. DB6516 del 11 agosto 2011 (nell'ambito dei finanziamenti disposti dalla Legge n.7 del 9 gennaio 2006 per la prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili - MGF), ha avviato un piano formativo sulla tutela della salute degli immigrati, definendo alcuni ambiti metodologici irrinunciabili (trasversalità di partecipazione tra varie figure professionali, verifica motivazioni e disponibilità a implementare localmente le competenze acquisite, didattica diversificata e partecipata, durata minima corso di 24 ore ecc.) e contenutistici (scenari socio-demografici e sanitari, aspetti relazionali e comunicativi in ambito transculturale, aspetti normativi e organizzativi, specifica attenzione alle MGF). Ciò è stato possibile in quanto il Ministero della Salute, su richiesta della SIMM e di diverse Regioni, ha dato l'autorizzazione affinché le risorse destinate alla prevenzione delle MGF potessero essere utilizzate anche in ambito formativo di base sulla salute degli immigrati; si è pertanto avviato un processo virtuoso di rafforzamento delle competenze degli operatori, non solo legato allo specifico tema delle mutilazioni, ma inquadrato nel più vasto tema dell'accessibilità, prerequisito indispensabile per ogni intervento a maggiore specificità. La formazione degli operatori, governata a livello regionale, doveva rappresentare l'occasione per uniformare le conoscenze e le procedure, ai fini dell'accesso ai servizi sanitari dei cittadini stranieri. Nel programma formativo regio-

nale è stata prevista la partecipazione diretta di ciascuna delle Aziende sanitarie laziali alla progettazione e alla realizzazione dei singoli corsi aziendali. L'ufficio regionale preposto, congiuntamente con il GLR, ha verificato i progetti formativi aziendali, sollecitando in alcuni casi una piena adesione alle raccomandazioni prodotte, e ha quindi approvato i corsi proposti avviando, contestualmente, una specifica formazione dei formatori in ambito normativo, in modo da uniformare contenuti e procedure sul territorio regionale.

Tutte le Asl del Lazio hanno partecipato al programma, presentando un piano formativo coerente alle indicazioni ricevute, organizzando, nel periodo maggio 2011 - marzo 2012, 27 eventi formativi con il coinvolgimento di oltre 1.100 operatori di diversi comparti e professionalità. Successivamente (settembre 2012) si è avviata la formazione nelle strutture ospedaliere, con la partecipazione di oltre 800 operatori (Geraci; 2010. et al; 2011).

Se il processo realizzato ha visto un'ampia mobilitazione e partecipazione, ha anche evidenziato l'importanza di "presidiare" nel tempo questo ambito formativo, con aggiornamenti, gruppi di lavoro locali, attività sulle motivazioni e competenze, in quanto abbiamo assistito, soprattutto per la componente amministrativa, ad un rapido "deterioramento" delle informazioni con una elevata ed ingiustificata discrezionalità applicativa spesso con un orientamento non includente.

Il contrasto delle disuguaglianze

L'Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome del 22 novembre 2012 (227/CSR) sulla proposta di linee guida progettuali per l'utilizzo di specifiche risorse vincolate per i SSR, prendendo atto della presenza di bisogni emergenti o di bisogni divenuti più acuti, ha indicato tra gli obiettivi prioritari di Piano anche "Misu-

re dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità”, attraverso un riorientamento del sistema dei LEA e finanziando linee progettuali che raggiungano gli “unmet needs”, soprattutto tra le fasce di popolazione più fragili. La Regione Lazio, a seguito del recepimento dell’Accordo, ha elaborato, in collaborazione con il GrIS, il progetto “Salute senza esclusioni: per un Servizio Sanitario attivo contro le disuguaglianze” (Di Nicola et al; 2014). Nel progetto sono coinvolte tutte e 12 Asl e le 3 Aziende ospedaliere della regione e i 3 Policlinici universitari pubblici. Le popolazioni incluse nel progetto sono a) rom, sinti e caminanti; b) immigrati con particolare riferimento a quelli in condizioni di irregolarità giuridica; c) italiani e stranieri in condizioni di vulnerabilità sociale più o meno esplicita e/o sofferenza mentale. Sono stati individuati 3 macro-obiettivi a loro volta articolati in obiettivi specifici.

- Macro-obiettivo A: Contrastare le disuguaglianze in grado di colpire rom, sinti e caminanti presenti negli insediamenti autorizzati e/o tollerati e/o spontanei”.

A1: Monitorare l’accesso ai servizi socio-sanitari.

A2: Realizzare campagne di promozione della salute.

A3: Implementare modelli di presa in carico.

- Macro-obiettivo B: Contrastare le disuguaglianze in grado di colpire le persone immigrate in condizioni di irregolarità giuridica.

B1: Sperimentare un riorientamento dei servizi sanitari con particolare riferimento a quelli di primo accesso (ambulatori STP-ENI, DSM) e sportelli non specifici (PUA) in un’ottica di mediazione di sistema e con una capacità di accoglienza transculturale.

B2: Implementare a livello regionale il

sistema informativo OSI.

B3: Sviluppare e implementare una rete sociosanitaria per la prevenzione, la diagnosi e la presa in carico dei pazienti con tubercolosi.

- Macro-obiettivo C: Contrastare le disuguaglianze in grado di colpire i cittadini italiani e stranieri in condizione di vulnerabilità sociale più o meno esplicita e/o sofferenza mentale.

C1: Sperimentare interventi su strada di orientamento sanitario.

C2: Sperimentare una presa in carico integrata tra servizio pubblico e privato sociale.

C3: Effettuare tempestivamente un “triage sociale”.

Con comunicazioni formali ai Direttori Generali ed il coinvolgimento diretto degli operatori attraverso il GrIS, si è creato un forte interesse e una diffusa disponibilità allo specifico impegno contro le disuguaglianze in quanto rispondeva a puntuali problematiche vissute quotidianamente e ciò ha mobilitato alcune centinaia di operatori.

Il progetto ha però visto diverse problematiche dal punto di vista amministrativo ed economico e molte Asl non sono riuscite a raggiungere o hanno raggiunto solo in parte gli obiettivi previsti e quindi i risultati sono stati inferiori all’atteso.

Dagli indicatori di *compliance* organizzativa valutata mediante atti formali di recepimento e avvio progetto, nomina referenti ecc. si è osservata una “reattività formale” ritardata da parte delle aziende che hanno impedito l’attivazione e l’attuazione della attività entro i termini previsti nei cronoprogrammi, nonché diverse velocità di attivazione e di azione tra le diverse Aziende.

Si è rilevata inoltre critica la modalità di erogazione del finanziamento stanziato

che, generando incertezze sui tempi e modi di accesso al budget previsto per ogni azienda, certamente non ha favorito un impegno ottimale per il pieno conseguimento degli obiettivi.

Ricercando eventuali fattori esterni alle Aziende che avrebbero potuto influenzare almeno in parte le difficoltà amministrative si sono individuati due fattori: il riassetto regionale, (in particolare la chiusura dell'Agenzia di Sanità Pubblica che avrebbe dovuto coordinare il progetto, e il cambio dei direttori generali) e l'esistenza di un piano di rientro per la Regione Lazio. Di conseguenza il progetto ha prodotto apparentemente poco efficaci strategie locali di contrasto alle disuguaglianze nonostante l'attenzione programmatica della Regione Lazio. Si ritiene comunque che la mobilitazione di molti operatori su una progettualità condivisa, innovativa e partecipata, nonostante le criticità amministrative e organizzative dal punto di vista regionale e aziendale, abbia attivato processi di attenzione alle disuguaglianze almeno sul piano individuale e micro organizzativo (Di Nicola et al; 2015).

L'implementazione di documenti programmatici nazionali

Partendo dalle esperienze precedenti, caratterizzate da luci (motivazione e disponibilità degli operatori, capacità di coordinamento formale attraverso il GLR e informale attraverso il GrIS) ed ombre da attribuire alle incertezze delle indicazioni nazionali e la limitatezza delle risorse economiche disponibili, si è voluto costruire un programma di interventi sul territorio regionale che tenesse conto delle indicazioni programmatiche nazionali e dell'organizzazione locale. Si è partiti da tre documenti che tendono ad ottimizzare l'accoglienza e l'eventuale presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione giunti in Italia:

- Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017. GU Serie Generale n.95 del 24-04-2017;
- Linea Guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza". INMP, ISS e SIMM. Roma: Eurolit s.r.l., giugno 2017;
- Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 16/30/Cr09/C7-C15.

Il metodo di lavoro è stato quello di una partecipazione diretta alla stesura del documento da parte del GLR in seno al quale ci sono competenze diversificate che permettono chiavi di lettura a tutto tondo sia del fenomeno migratorio sia delle risorse territoriali; su specifici quesiti è stato possibile fare riferimento all'attivazione della rete del GrIS che ha permesso di cogliere in particolare il bisogno dell'utenza intesa come enti gestori o come bisogni individuali. Si sono analizzati altri documenti nazionali che potessero richiamare gli intenti regionali ed in particolare si è fatto riferimento a quello della Regione Marche "Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e dei lavoratori dei centri di accoglienza" (luglio 2017) pur individuando alcune sostanziali differenze ma facendo propria l'impostazione generale.

Il lavoro è durato alcuni mesi durante i quali sono stati analizzati anche criticamente i documenti suddetti come, ad

esempio, è avvenuto in un affollato workshop del GrIS che ha studiato l'applicabilità e le criticità relative alle Linee Guida per le vittime di tortura e di violenza andando a ridefinire il target del provvedimento non solo per coloro che sono titolari di uno status ma in favore di chiunque abbia sperimentato violenza intenzionale, tortura, stupro, ecc., compresi "dublinati", richiedenti protezione, diniegati.

Considerato che i suddetti documenti nazionali, ma anche la loro ricaduta locale, non prevedono risorse economiche ordinarie aggiuntive, nel redigere le indicazioni regionali si è posta attenzione alla loro applicabilità: non si è trattato infatti di scrivere un bel documento più o meno coerente con le indicazioni programmatiche nazionali, ma di dare delle indicazioni concrete e operative, in modo chiaro, dare responsabilità realistiche e nello stesso tempo non dare pretesti per non fare ... nell'ottica di un progressivo aumento di competenze del servizio pubblico che può, in una logica di sussidiarietà orizzontale, avvalersi dell'esperienza del privato sociale.

Infine il target del documento è "misto" in quanto fa riferimento alle aziende sanitarie con indicazioni puntuali e con dei chiarimenti amministrativi, ma anche agli enti gestori in particolare richiamandoli ad alcune attenzioni in riferimento alla privacy, ai percorsi di tutela (iscrizione al SSR), alla tutela del lavoratore, all'igiene dei luoghi e ambienti. Delle schede semplici e complete aiutano a definire alcuni quadri patologici suggerendo le precauzioni eventualmente da adottare senza generare pregiudizi e paure.

Conclusione

Abbiamo riportato tre esempi di collaborazione in quel delicato tema della *governance*; collaborazione che è stata un valore aggiunto nel definire ambiti di impegno innovativo o per ottimizzare per-

corsi e progetti in una ottica di sistema che, come abbiamo visto, non sempre ha portato i frutti sperati ma certamente ci ha fatto crescere in esperienza e attenzione. Ciò non nasconde alcune criticità che esistono nella specifica politica nazionale e regionale e che impediscono una implementazione di buone politiche a livello locale: pensiamo al tema dell'esenzione dal ticket, le proposte regionali sono state bloccate dall'essere in piano di rientro senza un'alternativa praticabile a livello nazionale; alla possibilità dell'iscrizione dei minori figli di STP ed ENI (Europei in condizione di fragilità sociale) al SSR in quanto ancora in attesa di indicazioni unitarie da parte del Ministero della salute; alla definizione di criteri di valutazione dei Direttori Regionali nelle misure adottate dalle Asl nel contrasto delle disuguaglianze e quindi, ad esempio, nella fruibilità ed accessibilità dei servizi (STP e non solo) per gli immigrati e le persone più fragili (vedi documento presentato dal GrIS e da altre società scientifiche ai politici regionali)...

Siamo però coscienti della grande opportunità che il "doppio livello partecipativo" produce per gli operatori che non si vedono più semplici esecutori di scelte discutibili e, a volte, incomprensibili; per gli amministratori che possono essere concreti nelle indicazioni e verificare l'efficacia del loro lavoro; per i volontari e gli appartenenti alla cooperazione sociale che possono sentire utile il loro impegno nel quotidiano con una prospettiva di tutela da parte dell'intero sistema; per i politici che possono forse dare senso al loro mandato che è, in primo luogo, impegno per il bene comune senza esclusioni, pregiudizi e condizionamenti. Infine ci sono gli immigrati, oggetto del comune impegno e soggetti di umanità e diritti. È un filo sottile quello che lega tutti questi attori, equilibri instabili che vanno costan-

temente cercati e capiti. *E il Gris in questo senso è di fatto anche un laboratorio sociale ricco di scoperte e di sfide, con dinamiche sempre nuove e porte sempre aperte, dove italiani e stranieri, diverse professionalità e competenze, variegate appartenenze cercano di condividere un'esperienza di impegno e, più o meno consapevolmente, riscoprono e testimoniano un'etica della partecipazione e della responsabilità... e forse questa è la sfida sempre innovativa e certamente la più impegnativa* (Geraci; 2012).

Bibliografia (in ordine di citazione)

- Geraci S.: Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy. In *Sistema salute*. Volume 61, Numero 3. Luglio-settembre 2017. Cultura e Salute Editore Perugia. 2017; 15:28
- Geraci S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizioni Anterem, Roma, 1996
- Geraci S.: Presentazione. In "Una rete per la salute degli immigrati". Anterem, Roma, 2007; 5:6
- Bigot G., Russo M.L.: Come nasce una politica: gli attori, i processi. In "Una rete per la salute degli immigrati". Anterem, Roma, 2007; 7:15
- Bigot G., Russo M.L.: Politiche, processi, reti. Cornici ed idee per un'esperienza partecipativa. In "In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza" (a cura di Geraci S. e Gnolfo F.). Pendragon, Bologna, 2012; 21:35
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B.: La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali. Inprinting srl, Roma, 2010
- Bonciani M., Geraci S., Martinelli B.: Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? In "Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie". Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Lombar Key, Bologna, 2011; 71:83
- Gnolfo F.: Analisi di un modello di rete locale socio-sanitaria. La storia. Le storie della Rete Gris Lazio. In "In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza" (a cura di Geraci S., Gnolfo F.). Pendragon, Bologna, 2012; 40:45
- Mantini V., Lorenzini L., Geraci S., Baglio G.: L'assistenza ospedaliera agli stranieri: aspetti normativi. In "Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000". Regione Lazio, Monografie Agenzia di Sanità Pubblica (ASP); 2002; 83:90
- Geraci S.: Normativa e programmazione sanitaria della Regione Lazio. Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Settimo Rapporto. Edizioni Idos. Roma, 2010; 139:145
- Mantini V.: Presentazione. In "In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza" (a cura di Geraci S., Gnolfo F.). Pendragon, Bologna, 2012; 5:6
- Geraci S.: La tutela sanitaria per gli immigrati nella Regione Lazio. La costituzione di un doppio livello partecipativo. In "In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza" (a cura di Geraci S., Gnolfo F.). Pendragon, Bologna, 2012; 48:57
- Geraci S., Lorenzini L., Mantini V., Sestieri M.: Programma della Regione Lazio di formazione degli operatori socio-sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. (Poster) In "Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie". Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Lombar Key, Bologna, 2011; 227
- Di Nicola A., Geraci S., Marceca M., Baglio G., Tarsitani G., Lorenzini L., Mantini V., Degrassi F.: Le politiche di contrasto delle disuguaglianze: dall'annuncio alla concretezza di un percorso regionale. Costruzione e monitoraggio di alcuni indicatori. (Poster) In "Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere". Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM. Pendragon, Bologna, 2014; 146
- Di Nicola A., Geraci S., Tarsitani G.: Politiche di contrasto alle disuguaglianze. Il caso del Lazio. Riassunti del IV Seminario di studio Salute globale e scenari attuali: nuovi contributi di ricerca. Istan Congressi 15 C2. Roma, 2015, 55
- Geraci S.: Un'inaspettata esperienza. In "In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza" (a cura di Geraci S., Gnolfo F.). Pendragon, Bologna, 2012; 9:11

Documento di proposta condiviso elaborato in occasione del
Convegno congiunto S.I.M.M. GrIS Lazio – SItI Lazio – CARD Lazio (15/12/2017)

1. Predisposizione di un Piano Salute Migranti Regionale per la promozione della salute dei migranti, con la previsione di una Unità Operativa dedicata in tutte le strutture sanitarie:

- ricognizione e raccolta degli atti delle Regioni e Province Autonome sui temi della 'salute e migrazione';
- ricognizione e raccolta degli atti delle Aziende sanitarie regionali sui temi della 'salute e migrazione';
- confronto tra le politiche sanitarie locali, mediante gli indicatori prestabiliti;
- formulazione di un Piano Salute Migranti Regionale, tenendo conto del suddetto confronto.

2. Miglioramento del funzionamento degli Ambulatori STP:

- censimento degli ambulatori di primo livello per stranieri STP operanti nelle Regioni e loro arruolamento nel piano di implementazione;
- avvio di un flusso informativo adeguato;
- formazione del personale incaricato;
- identificazione di indicatori di organizzazione, gestione, processo ed esito;
- bilancio dei risultati delle attività e degli ambulatori STP e diffusione dei risultati.

3. Previsione, come Obiettivo oggetto di Valutazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, di indicatori sulla "predisposizione di servizi adeguati ed efficaci di tutela della salute dei migranti":

- raccolta ed analisi delle migliori esperienze organizzative;
- selezione di indicatori di valutazione sulla base di criteri prestabiliti.

4. Indicazioni per inserire strumenti di Mediazione in tutte le strutture sanitarie, per favorire l'accesso ai servizi e la fruizione dell'assistenza sanitaria per i migranti:

- previsione di meccanismi di facilitazione all'accesso e fruizione dell'assistenza sanitaria ai migranti;
- utilizzo di materiale multilingue e figurativo;
- introduzione di un servizio di Mediazione Culturale nei servizi;
- adeguamento organizzativo e procedurale dei servizi nella prospettiva dei bisogni del migrante.

5. Formazione Obbligatoria in tema di assistenza sanitaria ai migranti agli operatori del Sistema Sanitario ai temi dell'intercultura e della salute multiculturale:

- individuazione dei criteri di selezione delle iniziative formative;
- raccolta delle iniziative formative;
- individuazione dei percorsi formativi più completi e congrui ed individuazione delle esperienze maggiormente adeguate;
- formulazione di raccomandazioni.

6. Rapporto Pubblico – Privato Sociale:

- adozione di azioni efficaci di medicina di prossimità rivolte a fasce di povertà estrema/ marginalità sociale, incentrate sulla collaborazione tra Aziende sanitarie locali e Terzo settore;
- integrazione della capacità di attenzione/facilitazione del Privato sociale attraverso modelli di partenariato Pubblico – Privato Sociale per garantire la *governance* sanitaria, per riaffermare la centralità del SSR come bene comune e della salute come diritto universale.

Indagine su politiche e pratiche nella presa in carico regionale degli stranieri richiedenti protezione internazionale

SALVIA C., BIANCHI J., CORSARO A., DALLA ZUANNA T., D'ALOISIO F., DE BATTISTI E., GIANFREDI V., MAMMANA L., MILANI C., MORMILE P., PAGLIONE L., RAGUZZONI G.

Gruppo di Lavoro Disuguaglianze, Consulta dei Medici in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Obiettivi

L'Italia riconosce e garantisce come diritto costituzionale l'assistenza sanitaria agli stranieri richiedenti protezione internazionale (RPI) al pari dei cittadini italiani. La richiesta e la decisione sul permesso di soggiorno però possono richiedere molti mesi e in entrambe le fasi i RPI potrebbero essere senza copertura sanitaria. Inoltre ogni regione ha la propria autonomia nell'applicazione dei protocolli nazionali, sia per quanto riguarda la programmazione (*policy*), sia per quanto riguarda l'implementazione (*practice*). L'obiettivo del lavoro è quello di individuare una metodologia che permetta di riconoscere le disuguaglianze inter-regionali e di indagare eventuali differenze tra protocolli e pratica quotidiana, approfondendo le problematiche relative ai percorsi assistenziali attivati dopo l'arrivo del richiedente asilo.

Metodi

All'interno del gruppo di lavoro (GdL) Disuguaglianze della Consulta dei Medici in Formazione Specialistica Sitl, si è costituito un sottogruppo attivo sulle tematiche riguardanti la medicina delle migrazioni. Lo studio dei percorsi assistenziali per i RPI ha richiesto approfondimenti sia epidemiologici che riguardanti la programmazione e la gestione dei processi di assistenza (in un'ottica di superamento dell'emergenzialità), le disuguaglianze sociali in salute, le politiche e le pratiche inter-settoriali. È stata quindi attivata una collaborazione con i Gruppi Regionali Immigrazione e Salute (GrIS) della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), con i quali ci si è confrontati sia per quanto riguarda lo sviluppo che la compilazione degli strumenti di indagine.

Risultati

I risultati ottenuti fanno riferimento principalmente allo sviluppo degli "strumenti" utili ai fini della ricerca. La collaborazione del GdL con i GrIS regionali e la SIMM ha portato alla realizzazione di documenti - una scheda riassuntiva delle politiche regionali e una *checklist* operativa sulle pratiche locali, su base territoriale/aziendale - volti alla valutazione comparativa delle prassi e di potenziali disuguaglianze (priorità e criticità).

Conclusioni

Gli stranieri RPI rappresentano una popolazione fragile, in termini di salute fisica e mentale, a causa di fattori di rischio intrinseci alla peculiare condizione migratoria. L'eterogeneità regionale e la diseguale preparazione degli operatori dei servizi portano spesso alla negazione del diritto alla salute. La medicina delle migrazioni è infatti una chiave di lettura privilegiata dei processi di salute e di generazione delle disuguaglianze sociali in salute; l'applicazione di strumenti condivisi all'analisi delle normative e delle realtà assistenziali regionali è la base dello sviluppo di politiche e pratiche più eque e volte alla riduzione delle disuguaglianze.

Contatto: Chiara Salvia (chiara.salvia13@gmail.com)

Ricognizione delle attività e dei network territoriali per l'attuazione del "Piano d'azione salute per e con le comunità rom, sinti e caminanti", e individuazione delle best practice a supporto dell'implementazione

DI PALMA R.^{1,5}, EUGENI E.², FORCELLA E.², GERACI S.³, MOTTA F.³, MIRISOLA C.¹, PICCIRILLO G.⁴, BAGLIO G.¹

¹ Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà; ² SIMM; ³ CRS-Caritas; ⁴ Ministero della Salute; ⁵ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive Sapienza Università di Roma

Obiettivi

In Italia numerose comunità di rom, sinti e caminanti vivono in condizioni di grave marginalità sociale, relegate all'interno di insediamenti semi-attrezzati o spontanei, difficilmente raggiungibili dai servizi sociosanitari. Vi sono peraltro evidenze che i determinanti socio-economici negativi rendono più complesso il quadro epidemiologico di tali comunità. Sulla base di tali premesse, il presente progetto intende supportare l'attuazione del "Piano d'azione salute per e con le comunità rom, sinti e caminanti" sviluppato dal Tavolo nazionale del Ministero della Salute, attraverso una ricognizione delle attività e delle reti esistenti e l'individuazione di best practice, a livello regionale e locale.

Metodi

L'ambito di riferimento per le attività di ricognizione è rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale che, ai diversi livelli, esercita la titolarità delle azioni di promozione e tutela della salute individuale e collettiva, anche attraverso il ruolo di *stewardship* all'interno delle reti territoriali di prossimità, sviluppate in stretta collaborazione con le organizzazioni del privato sociale. Nella realizzazione di tale ricognizione, verranno coinvolte le reti dei referenti INMP e Caritas, e i GrIS attivi nell'ambito della SIMM. Le esperienze individuate saranno analizzate anche in termini di riproducibilità e adattabilità ad altri contesti territoriali.

Risultati

La ricognizione delle attività realizzate permetterà di far emergere e valorizzare i network attivi sul territorio, e di individuare strategie di intervento e buone pratiche organizzative: ciò al fine di valutarne l'esportabilità ad altre realtà territoriali. Le reti di prossimità e le collaborazioni esistenti tra istituzioni pubbliche e organizzazioni del privato sociale saranno georeferenziate e rappresentate mediante modelli di *network analysis*. Il report conclusivo, inoltre, offrirà una disamina complessiva delle esperienze maturate e delle loro ricadute, tanto a livello dei professionisti sociosanitari quanto delle comunità target, anche in funzione della specificità dei contesti.

Conclusioni

La ricognizione sarà occasione per avviare e consolidare, laddove esistenti, percorsi di condivisione e collaborazione tra istituzioni pubbliche, organizzazioni scientifiche, dell'associazionismo e del privato sociale. In questa prospettiva, il progetto potrà garantire una base conoscitiva utile allo sviluppo di programmi futuri.

Contatto: Raffaele Di Palma (dipalma@inmp.it)

La salute del bambino rifugiato: barriere nell'accesso ai servizi sanitari e possibili soluzioni nel contesto europeo

RIBOLDI B., CIANNAMEO A., CHIARENZA A.

Area Governo Clinico Staff Ricerca e Innovazione Azienda Usl di Reggio Emilia

Obiettivi

In Italia dal 1 gennaio al 30 novembre 2017 sono arrivati 15.540 minori stranieri non accompagnati, circa il 13% di tutti gli arrivi. Sono uno dei gruppi più vulnerabili in tutta Europa: alcuni sono fuggiti da persecuzione o guerre, altri da povertà e miseria, altri ancora sono vittime della tratta. Per queste ragioni tra i minori rifugiati sono molto frequenti problemi di salute mentale come il disturbo post-traumatico da stress, l'ansia e la depressione. Nonostante il forte bisogno assistenziale, questo gruppo vulnerabile riscontra innumerevoli difficoltà nell'accesso alle cure. Allo scopo di raccogliere informazioni ed evidenze sulle principali barriere che i minori incontrano nell'accesso ai servizi abbiamo condotto uno studio nell'ambito del progetto europeo SH-CAPAC.

Metodi

Lo studio è stato realizzato attraverso le seguenti fasi: – Indagine condotta in 10 paesi europei attraverso interviste e focus group – Revisione sistematica della letteratura per raccogliere evidenze riguardo le barriere di accesso per MSNA e le misure per superarle: in totale sono stati inclusi 30 studi. – Raccolta di buone pratiche per individuare possibili azioni di miglioramento – Stesura report con raccomandazione e diffusione buone pratiche.

Risultati

Le principali barriere emerse sono: • mancanza di modalità comuni e certificate di determinazione dell'età dei bambini; • barriere linguistiche come ostacolo all'autonomia delle famiglie nel prendere decisioni per la salute dei loro bambini; • mancanza di conoscenza da parte del personale che lavora nei centri rispetto ai diritti e problemi di salute dei bambini; • mancanza di informazioni per i genitori rispetto ai servizi e ai percorsi di accesso alle cure. Dall'altra parte esistono a livello europeo diverse esperienze e buone pratiche di superamento delle barriere: • definizione ed adozione di modalità efficaci e rispettose per la determinazione dell'età dei bambini (linee guida ministeriali); • informazione ed educazione del personale sanitario su problemi di salute dei bambini; • produzione di materiale informativo per genitori sui percorsi di cura e sul funzionamento del sistema; • utilizzo di mediatori culturali; • realizzazione di programmi di promozione della salute rivolti ai genitori.

Conclusioni

Appare inderogabile la necessità di sostenere i bisogni di salute dei minori attraverso l'integrazione e il coordinamento degli interventi umanitari con quelli di sanità pubblica e supporto psicologico. È indispensabile da una parte includere queste riflessioni nelle legislazioni di tutti gli stati dell'Unione Europea per puntare ad una continuità di garanzia del diritto di salute (Legge 7 aprile 2017); dall'altra, considerando che il coinvolgimento di diversi attori (non sempre coordinati) è causa di sovrapposizioni, duplicazioni degli interventi e di bisogni di salute disattesi, è necessario mettere in campo collaborazioni e sinergie tra servizi pubblici e ONG, dato il loro ruolo strategico nel favorire l'utilizzo dei servizi da parte dei richiedenti asilo.

Contatto: *Benedetta Riboldi (benedetta.riboldi@ausl.re.it)*

MIGRAZIONE e TBC - Contributo ad una stima dell'impatto sul sistema sanitario della provincia di Catania (2011-2017)

PLATANIA A.¹, GIORGIANNI G.¹, D'AGATI P.¹, CUCCIA M.², MARRANZANO M.¹, ZAPPALÀ G.¹

¹ Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e tecnologie avanzate "G.F. Ingrassia", Università degli Studi di Catania; ² Servizio Epidemiologia e Prevenzione, Azienda Sanitaria Provinciale Catania.

Obiettivi

In Italia i casi di Tubercolosi (TBC) sono in gran parte concentrati in gruppi vulnerabili, come i migranti. Molti di questi provengono da paesi con alta incidenza /100.000 di TBC (Gambia: 174; Senegal: 140; Eritrea: 74; Somalia: 270), valori ben al di sopra della soglia di rischio (50/100.000) stabilita dalle "Linee guida per il controllo della malattia tubercolare" del 1999. Il fenomeno migratorio ha assunto particolare rilevanza in corrispondenza della crisi delle "primavere arabe" e in particolare della crisi libica. I dati forniti dal Ministero dell'Interno riguardanti gli sbarchi di migranti mostrano a partire dal 2012 un incremento del numero di soggetti sbarcati in Italia. Nel 2017 il cruscotto statistico giornaliero del Ministero degli Interni ha registrato 119.310 migranti sbarcati sulle coste italiane, con una riduzione del 34% rispetto all'anno precedente (181.436). Nel 2017 il 55% (65.749) dei migranti sono sbarcati nei porti siciliani, primi fra tutti: Augusta 14% (16.858) e Catania 13% (15.680). Nonostante il diminuito trend degli sbarchi, il numero di casi di TBC, polmonare ed extrapolmonare, notificati nella provincia di Catania ha registrato solo una leggera flessione rispetto al 2016 (121 nel 2017, 125 nel 2016). Questo studio osservazionale ha lo scopo di fornire un contributo alla stima del *burden* della TBC, nell'arco temporale 2011-2017, sul sistema sanitario della provincia di Catania in relazione agli sbarchi dei migranti.

Metodi

Non essendo attivi programmi di screening, previsti dalle citate linee guida, è stata svolta un'indagine osservazionale sui casi notificati di TBC (tutti provenienti da ricoveri ospedalieri delle 4 U.O. di malattie infettive della provincia di Catania) secondo indicazioni del DM 1990.

Risultati

A partire dai 55 casi notificati nel 2011, si è assistito ad un progressivo incremento: 2012 (62), 2013 (92), 2014 (87), 2015 (68), 2016 (125), 2017 (121). Fra i soggetti notificati come casi nel 2017, 67 (55%) sono stranieri (di cui 57 residenti nella provincia di Catania). La loro distribuzione per nazionalità vede prevalere i seguenti paesi: Gambia (12), Senegal (9), Eritrea (7), Romania (7), Somalia (6), Nigeria (4). Tutti paesi ad alta endemia di TB.

Conclusioni

La frequenza di TBC nelle popolazioni migranti è più elevata rispetto alla popolazione autoctona, non si osservano però casi di contagio dalla popolazione migrante a quella autoctona. Al fine di migliorare la gestione dei casi fra i migranti sarebbe opportuno attivare uno screening su tale popolazione secondo anche le indicazioni contenute nella recente linea guida "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi" (2010) che suggerisce l'esecuzione di un test intradermico secondo Mantoux al momento successivo allo sbarco dei migranti.

Contatto: Armando Platania (armando.platania1@gmail.com)

POSTER

Nota

Questa parte del volume riporta gli abstract dei poster presentati al XV Congresso Nazionale SIMM.
Gli abstract sono divisi per ambiti tematici.

MMG e pazienti migranti

TAORMINA L.¹, GIACOPELLI G.¹, PETRONA BAVIERA E.¹, SALAMONE F.¹, AFFRONTI M.²

¹ Medici di medicina generale; ² UOS di Medicina delle Migrazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Introduzione e obiettivi

Negli ambulatori di medicina generale (MG) di Palermo e provincia sempre più numerosi sono i pazienti stranieri regolarmente iscritti al SSN. La relazione medico/paziente non è sempre di facile gestione. L'obiettivo dello studio è capire come i medici di medicina generale (MMG) vivono il rapporto medico/paziente straniero, quali ostacoli incontrano nella gestione ambulatoriale di questi pazienti e come pensano che si possa migliorare l'offerta sanitaria a questa categoria di assistiti.

Metodi/Azioni

È stato somministrato a 50 MMG di Palermo un questionario, 27 domande a risposta multipla, che indagavano sulle difficoltà relazionali percepite dal medico nel rapporto col suo paziente straniero, sull'aggiornamento dei MMG sul tema della medicina delle migrazioni, sul livello di integrazione dei pazienti.

Risultati

Dei 50 MMG reclutati 28 dichiarano di essersi interessati alla medicina delle migrazioni attraverso percorsi formativi. Poco più della metà è in grado di comunicare efficacemente in lingua inglese con i propri pazienti, 14 MMG ammettono reali difficoltà comunicative, e oltre la metà riterrebbe utile la presenza di un mediatore culturale in ambulatorio. Il 36% dei medici ritiene che meno del 50% degli aventi diritto acceda alla MG. La maggioranza degli intervistati ritiene che vi siano atteggiamenti arroganti e mancato rispetto delle regole ambulatoriali, soprattutto da parte dei pazienti italiani, e che gli accessi ambulatoriali e le visite domiciliari siano notevolmente inferiori fra i pazienti stranieri rispetto alla media. I MMG hanno espresso maggiori preoccupazioni riguardo agli scarsi livelli di medicina preventiva e alle difficoltà economiche generali dei pazienti stranieri. Infine diversi MMG hanno suggerito la creazione di *depliant* in varie lingue da parte delle ASP locali riportanti informazioni circa sedi e modalità di accesso ai servizi del SSN, numeri di telefono, etc. Altri suggerivano l'istituzionalizzazione del mediatore culturale all'interno dell'ambulatorio di MG, soprattutto in occasione dei primi contatti fra MMG e paziente per una raccolta anamnestica meno complicata da barriere linguistico-culturali.

Conclusioni

Un facile accesso alle cure mediche è uno dei determinanti distali della salute. Molti migranti, sebbene abbiano diritto ad avere un proprio MMG, continuano a frequentare gli ambulatori dedicati agli stranieri non regolari, fatto che testimonia un maggior senso di protezione e di accoglienza di questi centri. Inoltre il paziente migrante accede poco alle cure ambulatoriali, pochissimo a quelle domiciliari. La speranza per il futuro è che aumenti sempre il grado di conoscenza; dei diritti del malato, da parte del medico e del malato stesso, conoscenza reciproca fra il medico e il suo paziente, conoscenza della cultura dell'altro, della sua lingua, della sua storia. Solo questo può abbattere barriere, diffidenza, paure reciproche e permettere l'alleanza fra il medico e il suo paziente, fra il paziente e il suo medico, chiamato "Tabibi".

Contatto : Letterio Taormina (rinotao@gmail.com)

Accesso ai servizi di mediazione linguistico e interculturale in salute: dove siamo e dove vogliamo andare? Due paesi a confronto

CIANNAMEO A.¹, VERREPT H.², DALL'ASTA I.¹, RIBOLDI B.¹, CHIARENZA A.¹

¹ Staff Ricerca e Innovazione - Governo Clinico, Azienda Usl di Reggio Emilia; ² Intercultural Mediation Unit, Federal Public Service of Public Health, Food Chain Security and Environment, Belgium

Introduzione e obiettivi

La mediazione linguistica e interculturale è utilizzata in maniera sempre più diffusa e strutturata nei servizi sanitari italiani ed europei come strumento per promuovere il diritto all'informazione e l'accesso a cure di qualità per la persona straniera. Sono tuttavia presenti barriere all'utilizzo di una mediazione efficace che il presente contributo intende descrivere, a partire dai risultati di un percorso di formazione costruito in collaborazione con l'unità di mediazione interculturale del servizio federale di sanità pubblica del Belgio. Il percorso si è dato l'obiettivo di diffondere ed adattare conoscenze relative alle attuali sfide che legano il fenomeno migratorio, le domande di salute e le risposte dei servizi locali, per accrescere la capacità di orientarsi e di orientare nel sistema dei servizi, facilitando la mutua conoscenza e l'integrazione tra soggetti e risorse che compongono la rete in cui mediatori/trici lavorano.

Metodi

È stato organizzato un percorso formativo per mediatori e mediatrici che lavorano nei servizi sanitari dell'Azienda Usl di Reggio Emilia che ha coinvolto operatori sanitari e sociali che operano nel medesimo contesto e referenti dell'ente gestore. Il percorso ha previsto anche un workshop di confronto e lavoro congiunto con mediatori/trici del Belgio, inseriti in un contesto lavorativo con tratti simili e tratti molto diversi da quello emiliano. L'intero percorso ha utilizzato un approccio di formazione-intervento caratterizzato da momenti partecipativi di riflessione, in cui sono emerse questioni legate sia a competenze individuali che a competenze organizzative che ricadono sulle pratiche professionali di mediazione. Da un lato sono state esplicitate domande relative alla percezione del proprio ruolo da parte di mediatori/trici; alla capacità e alle competenze necessarie per poter stare-nella-relazione con paziente e operatore; ai termini della mediazione – quali linguaggi, quali culture, quale diritto? Dall'altro sono affiorate questioni legate alla percezione del ruolo della mediazione da parte di altri professionisti e dell'organizzazione stessa; ai bisogni formativi di mediatori/trici e a quale formazione offrire loro, relativamente a contenuti e a modalità di trasmissione di saperi e conoscenze; alle strategie possibili per superare le principali barriere esistenti, tra queste la scarsa integrazione del servizio di mediazione nelle cornici organizzative più ampie e nelle prassi di personale sia clinico che amministrativo.

Risultati

La modalità con cui il corso è stato costruito ha permesso a professionisti di contesti diversi e con ruoli differenti di rivedere criticamente dinamiche e processi di lavoro. Ciò ha consentito di ripensare in maniera autoriflessiva atteggiamenti, emozioni, limiti e bisogni sia personali che professionali. Ha inoltre permesso di centrarsi su questioni più strutturali, che muovono dal rafforzamento delle relazioni tra i soggetti coinvolti e puntano a perfezionare l'organizzazione e l'integrazione del servizio.

Conclusioni

Lo scambio di criticità e buone pratiche è un patrimonio da mettere a valore per poter ripensare in termini migliorativi l'organizzazione dei servizi di mediazione linguistica e interculturale in ambito sanitario, affinché sia uno strumento efficace per promuovere cure più accessibili ed eque.

Contatto : Anna Ciannameo (anna.ciannameo@ausl.re.it)

(Dis)Uguaglianze

SCHIAVONE G.¹, PITZALIS G.², AMADIO T.³, MO G.⁴, KORENFELD P.⁵, MARINI R.⁶, PITTALINGA C.⁷

¹ ASGI; ² GrIS Friuli Venezia Giulia; ³ CIR Onlus; ⁴ Aracon cooperativa sociale Onlus; ⁵ Oikos Onlus; ⁶ Centro di Accoglienza E Balducci Onlus; ⁷ Nuovi Vicini società cooperativa sociale. Rete Accoglienza FVG

Introduzione e obiettivi

Gli attori della Rete Accoglienza FVG si sono adoperati per costruire un report sulla situazione del diritto d'asilo e dell'accoglienza in FVG per mettere in luce i cambiamenti positivi, sollevare l'attenzione sulle principali problematiche ancora aperte e chiedere alle istituzioni interventi chiari e risolutivi.

Metodi/Azioni

Accanto alle rilevazioni quantitative delle presenze di cittadini stranieri richiedenti "Protezione Internazionale" che la Regione FVG pubblica settimanalmente, si è deciso di procedere ad una analisi qualitativa delle reali misure di accoglienza: una scheda di raccolta dati ha permesso di rilevare per ogni area provinciale le diverse procedure in essere dal rilascio dei documenti previsti, alla tutela sanitaria, alle buone prassi territoriali.

Risultati

Al di là delle difficoltà riscontrate nell'applicazione del cosiddetto Regolamento Dublino, l'accesso alla procedura trova ostacoli nel territorio di Pordenone, dove per la formalizzazione della richiesta di protezione è necessario essere in possesso di un domicilio. Presso le altre Questure del FVG all'atto della manifestazione della volontà di chiedere asilo è consentito l'accesso alla "filiera" delle misure di accoglienza, seppur con tempi diversi per il rilascio dei documenti. Rimane quale punto critico, per la presenza numericamente rilevante di accolti in sovrannumero, il CARA di Gradisca mentre la Caserma Cavarzerani di Udine ha visto un miglioramento dei servizi sanitari di bassa soglia. I tempi dell'accoglienza prevista nei CAS dopo il riconoscimento di forme di protezione sono stabiliti dalla singole Prefetture e sono difformi (due mesi a Udine, sei negli altri territori). Uniforme il protrarsi delle misure di accoglienza per i ricorrenti. L'introduzione dell'obbligo di iscrizione anagrafica ha di fatto favorito l'opportunità di accelerare i processi di integrazione; presenti ancora difficoltà al CARA e alla Caserma Cavarzerani, poiché ritenute dimore non abituali. Le criticità maggiori permangono per coloro che si trovano al di fuori dell'accoglienza, in particolare a causa delle revoche. Nell'ambito della tutela sanitaria, le linee guida regionali dettano i contenuti dei percorsi sanitari lungo la filiera dell'accoglienza, ma ogni territorio adotta modalità operative diverse: Trieste presenta difficoltà di accesso al sistema sanitario pubblico, mentre a Udine nell'Ambulatorio di Medicina Sociale del Dipartimento di Prevenzione è attivo tutto il percorso di accoglienza sanitaria.

Conclusioni

Il rilevante lavoro di rete fra le associazioni ha fatto emergere nei territori questioni ancora aperte e ha offerto opportunità di informazione /formazione reciproca. Accoglienza è in realtà tutela e accesso ai servizi. Il sistema per i "non aventi uno status giuridico", si configura come effettivo "banco di prova" delle strategie ideate ai fini della protezione e dell'integrazione di tutti i migranti.

Contatto : Rossana Marini (rossana.marini71@gmail.com)

Coma to Community nei Migranti: Integrazione socio-sanitaria nella presa in carico dei pazienti con disordine della coscienza

ANGELILLO M.T.¹, DE FILIPPIS D.^{1,2}, INTISO D.³, BALCONI M.^{1,2}

¹ Unità di Ricerca in Neuroscienze sociali e delle emozioni, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; ² Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; ³ IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, Foggia.

Introduzione e obiettivi

Secondo l'articolo 32 della Costituzione Italiana, la Repubblica prevede il diritto alla salute di tutte le persone presenti nel nostro Paese, indipendentemente dalla loro condizione amministrativa. Tuttavia, esistono delle disparità, tra i pazienti migranti, nei percorsi *coma to community* garantiti dalle linee guida nazionali. Tra le diverse patologie, i disturbi di coscienza (DOC) rappresentano delle condizioni altamente invalidanti seppur poco affrontate, vista la scarsità del campione. Si tratta di persone che sviluppano gravi disabilità e difficilmente riescono a mantenere costante l'auto-determinazione. Pertanto si rende necessaria una presa in carico da parte di terzi come i *caregiver*, non sempre disponibili. Queste difficoltà, già ampiamente presenti tra la popolazione italiana, diventano molto più complesse con i pazienti migranti. Lo scopo di questo studio è stato quello di evidenziare eventuali disomogeneità nell'assistenza socio sanitaria e rilevare la corretta funzionalità dei percorsi di cura dall'ospedale fino al ritorno al domicilio per ogni persona, indipendentemente dalla razza e condizione socio culturale.

Metodi/Azioni

Attraverso la descrizione di alcuni case report sono state analizzate le condizioni cliniche di immigrati comunitari e extracomunitari con diagnosi di DOC. Durante lo studio sono state raccolte informazioni demografiche tratte dalle cartelle cliniche di strutture ospedaliere della Regione Puglia. Sono stati, inoltre, messi a confronto gli iter riabilitativi di questi pazienti simili fra loro per eziologia, ma differenti per etnia e politiche sanitarie di assistenza.

Risultati

Attraverso questo studio è stata rilevata una differenza sia dei percorsi riabilitativi che della presa in carico socio assistenziale. I caregiver o i mediatori culturali sono risultati facilitanti al superamento delle barriere linguistiche e, viceversa, la loro assenza è risultata vincolante al normale svolgimento del percorso riabilitativo garantito. Alle dimissioni dall'ospedale il divario tra le diverse politiche di accoglienza dei migranti si accentua a seconda della loro nazionalità. Sebbene a tutti vengano garantite le cure nella fase dell'emergenza, ciò non accade nella fase degli esiti. Una variabile limitante nei casi riportati è stata infatti la mancanza di compartecipazione alle spese, che impediva la prestazione delle cure come prescritto dalle linee guida. Le difficoltà riabilitative si riducono per chi gode della tutela di enti/associazioni e finanziamenti, come coloro che vengono dichiarati "migranti vulnerabili" e presi in carico da organizzazioni apposite.

Conclusioni

Questi case report vogliono evidenziare le lacune presenti all'interno del sistema sanitario comunitario e negli accordi internazionali con nazioni extracomunitarie. Portare all'attenzione degli stakeholder queste problematiche permetterebbe in futuro di stabilire delle norme che garantiscano pari opportunità di assistenza sanitaria.

Contatto : Maria Teresa Angelillo (mariateresa.angelillo@unicatt.it)

Migrazioni e Sanità in Italia

CICERCHIA A., SOLIPACA A.

Osservatorio Internazionale per la Salute (OIS)

Introduzione e obiettivi

Come percepiscono i medici italiani la sfida della migrazione per il loro lavoro? OIS ha considerato i medici italiani come vere e proprie antenne, sensibilissime, sulla realtà sociale e culturale del nostro Paese, presenti e attenti anche nelle aree più remote e nascoste ai riflettori. Per questo ha fortemente voluto e ha promosso la prima rilevazione finalizzata a raccogliere esperienze e opinioni dei medici in Italia.

Metodi/Azioni

L'indagine ha raggiunto tutti i medici in attività, che oggi oscillano tra i 250 e i 300 mila, in tutte le regioni italiane. Il campione rispondente e intervistato è di circa 2.000 unità in tutta Italia. Abbiamo chiesto ai medici italiani, di varie specializzazioni, se abbiano interazioni professionali con pazienti stranieri residenti, o migranti in arrivo o in transito. Inoltre, abbiamo chiesto se i medici ritengono di avere le competenze adeguate e quali sono le competenze che ritengono si debbano possedere per interagire con gli stranieri; se i medici ritengono di non avere le risorse necessarie; con quali malattie i medici che interagiscono con gli stranieri residenti e gli immigrati in arrivo e/o in transito si devono cimentare; se i medici sono preoccupati di dover far fronte al fenomeno migratorio nella loro professione; se i medici hanno fatto corsi su questa tematica e se ritengono di aver bisogno di corsi di formazione specializzati per far fronte al fenomeno.

Risultati

I risultati sono molto interessanti: partono dal dato che la stragrande maggioranza, quasi l'88% degli intervistati, ha risposto di interagire con stranieri, e che l'80% di questi afferma che l'assistenza agli stranieri fa ormai parte delle proprie attività ordinarie.

Contatto : *Francesco Aureli (francesco@aureli.net)*

Centro residenziale per cure post-acute per titolari di protezione e potenziali richiedenti asilo dimessi da strutture ospedaliere

MARINGHINI G., GALLI E., BELLISSIMO F., FABBRI T., DI DONNA F.
Medici Senza Frontiere – Missione Italia

Introduzione e obiettivi

Nell'ambito delle attività svolte in Italia a sostegno della popolazione migrante, MSF propone un progetto con carattere di sperimentality, che mira ad offrire una collocazione temporanea più appropriata a soggetti migranti che presentano una condizione clinica alla dimissione ospedaliera da non permettere un inserimento e follow-up ottimale in centri di accoglienza, considerando le necessità specifiche nella fase di convalescenza o di vulnerabilità momentanea. Tale progetto è finalizzato a prestare un'assistenza multidisciplinare (medico-infermieristica, riabilitativa, psicologica, socio-legale e mediazione culturale) in ambiente protetto per garantire ai beneficiari un miglioramento delle condizioni psicofisiche per la ripresa dell'autonomia e l'adeguato inserimento nella comunità o in strutture ricettive più adatte a seguire le vulnerabilità identificate più a lungo termine.

Metodi

Il progetto Centro MSF è sperimentato a Catania nella forma di struttura socio-assistenziale con ricettività di 24 posti e autorizzata al funzionamento dal Comune di Catania, Direzione Famiglia e Politiche Sociali. I beneficiari sono da individuarsi nei migranti dimessi da un'Azienda Ospedaliera/Sanitaria a seguito di un ricovero/accesso in emergenza, urgenza o programmato o che necessitano di un ulteriore periodo di assistenza in ambiente protetto. Il progetto valuta le segnalazioni di casi dalle Unità Operative dei Presidi Ospedalieri e fornisce riscontro su una possibile ammissione presso il centro, sulla base dell'aderenza dei criteri di inclusione stabiliti dal progetto. Il personale del progetto fornisce monitoraggio clinico, supporto infermieristico e psicologico, riabilitazione fisio-terapica, sostegno sociale, legale e mediazione culturale ai beneficiari ammessi al Centro.

Risultati

Dall'inizio del progetto (Luglio 2017) a fine Gennaio 2018 sono state ricevute 126 segnalazioni da tutte le province siciliane. Sono 37 i diversi casi seguiti presso il centro MSF, provenienti da 7 differenti province (ad eccezione di Caltanissetta e Trapani). La nazionalità più rappresentata è quella nigeriana (37%), tra le 12 rappresentate. I casi di sesso maschile sono predominanti (62%) ed il reparto di provenienza più rappresentativo è Malattie Infettive (48%). Tra le diagnosi principali si distinguono TB e HIV, che corrispondono a più del 50% della casistica, seguite da fratture (12%), polmoniti (10%) e da gravidanze a rischio (5%). Al momento è stato possibile trasferire 26 casi, 20 di questi (77%) hanno beneficiato di una sistemazione più appropriata alle loro condizioni, rispetto a quella di provenienza. Considerando le riammissioni, la durata media del soggiorno si attesta intorno ai 40 giorni per caso.

Conclusioni

MSF porterà avanti le attività del Centro per 24 mesi per poi prevedere un passaggio graduale di consegne ad uno o più partner che possano continuare le attività in maniera autonoma. Proprio per questa esigenza, un obiettivo strategico del progetto pilota è quello di definire e dimostrare un modello di intervento sostenibile, specifico sia per target che per intensità di cura, al fine valutare una potenziale messa a regime all'interno delle strutture gestite dalle autorità nazionali (Ministero della Salute/Ministero degli Interni).

Contatto : Guido Maringhini (MSFOCB-Catania-Med@brussels.msf.org)

SILVER-Soluzioni innovative per le vulnerabilità e reinserimento sociale dei migranti

SPARACO A.
ASP Trapani

Introduzione e obiettivi

Si evidenzia la reale necessità di migliorare l'emersione della domanda di cura che non consente alla giusta risposta sanitaria di raggiungere il paziente/utente con la dovuta tempestività in modo da ridurre al minimo i rischi di disagi da parte dei destinatari. D'altro canto il terzo settore necessita altrettanto di poter conoscere ed utilizzare i canali più adeguati per la fruizione della assistenza primaria. Per queste ragioni le AASSPP, che hanno investito molto nelle zone di maggior concentrazione della popolazione per evidenti ragioni di opportunità, si ritrovano con una crescente domanda sociosanitaria e di accesso ai servizi per migranti anche dalle zone considerate periferiche. Obiettivo generale della presente proposta progettuale è la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale presenti nel territorio siciliano in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria rafforzando anche le competenze istituzionali della regione Sicilia, e sviluppando specifici e coerenti programmi di assistenza, trattamento e riabilitazione anche di lunga durata. Obiettivi specifici: – definizione di protocolli operativi per la presa in carico psico-socio-sanitaria integrata dei destinatari con la collaborazione tra il servizio sanitario pubblico, il privato sociale e medicina di assistenza primaria; – creazione di un software dedicato alla gestione e alla tracciabilità del paziente straniero sul territorio regionale; – creazione di un sistema che consente di usufruire dei servizi dei mediatori a chiamata in condizioni di emergenza; – disseminazione e condivisione dei modelli e dei risultati relativi alla sperimentazione dell'intervento con i servizi socio sanitari del territorio, nell'obiettivo di creare condizioni di sensibilità e interesse al tema.

Metodi/Azioni

Utilizzo della psicologia transculturale per le terapie nei 16 ambulatori aperti nei DSM provinciali. Formazione in supervisione dei casi in trattamento

Risultati

Ambulatori dedicati nelle provincie. Formazione di figure specializzate nell'approccio tramite psicologia transculturale. 70% degli ospiti dei centri di accoglienza e SPRAR raggiunti. Aumento emersione casi di disagi psichiatrici gravi. 2 documenti tra POS e Buone prassi. Manuale con i contenuti dei percorsi formativi. Chiarezza sulle prassi da seguire per la presa in carico del destinatario. Competenze del personale formato migliorate del 70%. Integrazione dei migranti presenti nei centri diurni. Destinatari meglio integrati nel tessuto sociale. Numero di casi di presa in carico aumentato. Trattamento dei minori in house. Portale open source (gestionale per i destinatari). Azzeramento della frammentazione presente nel territorio riguardante i software gestionali. Cartella clinica dei destinatari disponibile su tutto il territorio regionale. Long list regionale mediatori. Sistema di gestione mediatori a chiamata in emergenza. Miglioramento del servizio grazie alla possibilità di usufruire dei mediatori culturali anche quando si trovano in province distanti da quella in cui erogare il servizio. Stress negli operatori diminuito e conseguente miglioramento della qualità del servizio. Sito web. Materiale informativo cartaceo. Forum online di condivisione. Condizioni di sensibilità ed interesse al tema ricreate nel territorio

Conclusioni

Tale progetto vuole definirsi come piattaforma sperimentale di un sistema virtuoso per cui, tramite le azioni di formazione, monitoraggio dei centri di assistenza, supervisione del personale, si possano creare le condizioni ideali per l'individuazione, l'emersione e la presa in carico dei destinatari di tale avviso. Tali condizioni sono state create grazie alla interazione tra le AASSPP e il privato sociale.

Contatto : Antonino Sparaco (antonino.sparaco@asptrapani.it)

Il paziente straniero nell'ambulatorio di Medicina Generale: la realtà del Trentino

ODDO B.¹, RAMA G.²

¹ Medico di cure primarie, GrIS; ² SIMM, GrIS Trentino

Introduzione e obiettivi

Tra le sfide che la migrazione porta con sé vi sono quelle dell'integrazione dei migranti nella comunità d'arrivo e della loro assistenza socio-sanitaria a tutti i livelli, incluso quello della medicina generale (MG). Alle maggiori difficoltà che gli immigrati incontrano nel preservare la propria salute e nel fruire dei servizi di prevenzione e cura, si affiancano alcune problematiche specifiche che il medico di medicina generale (MMG) affronta. Le esigenze e le criticità con le quali il MMG si trova a gestire questa categoria di pazienti sono stati raramente indagati in maniera sistematica e per questo sono stati scelti come oggetto di questo studio.

Metodi/Azioni

Si è deciso di realizzare un questionario anonimo da sottoporre a tutti i MMG operanti in Trentino (n=337). Nella prima sezione venivano richieste alcune informazioni generali sul medico: • età • sesso • anni di pratica nella medicina generale • ambito territoriale di lavoro • numero di assistiti • percentuale di pazienti immigrati • tipo di ambulatorio. Nella seconda sezione venivano indagati alcuni aspetti specifici della gestione del paziente straniero: • difficoltà gestionali • risorse e strategie comunicative • formazione rispetto alla gestione del paziente straniero • difficoltà gestionale, grado di gratificazione, competenza • suggerimenti per migliorare l'assistenza al paziente straniero. Alcune domande prevedevano una singola risposta, altre la possibilità di più risposte. Sulla base di questo modello, si è realizzato un questionario online. Nell'analisi dei risultati, oltre al dato grezzo, in alcuni casi ci si è soffermati sulle differenze nelle risposte tra i vari gruppi per anni di pratica nella medicina generale e secondo ambito di lavoro, utilizzando il test chi-quadro o ANOVA.

Risultati

Al questionario hanno risposto 103 MMG (il 30,6% degli intervistati). Dai dati raccolti tra gli intervistati risulta che: • comunicazione, uso inappropriato delle risorse e compliance sono le principali difficoltà che il MMG affronta nel gestire un paziente straniero (rispettivamente per il 58,2%, il 57,2% ed il 40,8% degli intervistati) • il 68% dei MMG utilizza traduttori occasionali per ovviare a difficoltà comunicative coi pazienti stranieri • le strategie comunicative più utilizzate per ovviare alle difficoltà comunicative sono la ripetizione di termini e i suggerimenti visivi • il 61,2% dei MMG ritiene utile la disponibilità di un mediatore linguistico-culturale (MLC) nella sua pratica • il 52% dei MMG non ha ricevuto alcuna formazione specifica rispetto alla gestione di un paziente straniero ed il 72% avrebbe voluto riceverne una maggiore • il 63% dei MMG ritiene più difficile gestire i pazienti stranieri rispetto al resto dei pazienti, per il 60,2% dei MMG senza differenze nella gratificazione • il 54,4% dei MMG si ritiene mediamente competente nel gestire un paziente straniero • tra i suggerimenti per migliorare l'assistenza allo straniero risultano più apprezzati i corsi di educazione alla salute per comunità di stranieri (49,1%), la disponibilità di un MLC (43,7%), aggiornamenti professionali in medicina delle migrazioni (42,7%) e la disponibilità di materiale informativo multilingue (41,7%).

Conclusioni

La presente ricerca ha fatto emergere come tra i MMG del Trentino le difficoltà di comunicazione medico-paziente, l'uso inadeguato delle risorse, la mancanza di formazione del MMG all'approccio transculturale, gli ostacoli di natura burocratico-amministrativa, rappresentano le maggiori criticità riscontrate nell'assistenza alla popolazione straniera.

Contatto : Bruno Oddo (oddobruno.md@gmail.com)

Patologie cronico-degenerative nelle popolazioni migranti: focus sulla prevalenza di diabete tra gli immigrati dal Sub continente indiano e linee di prevenzione

ARNIANI S.¹, MAGI S.², MODESTI P.A.³, PIACENTINI P.¹

¹ U.O.C. Sistema Demografico ed Epidemiologico, AUSL Toscana SudEst; ² U.O.C. Promozione ed etica della salute, AUSL Toscana SudEst; ³ Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Firenze

Introduzione e obiettivi

Considerate la presenza tra gli immigrati di determinanti socioeconomici di salute sfavorevoli, e l'elevata prevalenza di malattie cardiovascolari in alcuni gruppi di immigrati in altri paesi europei, ci siamo interrogati sul rischio relativo di sviluppare malattie croniche degenerative dei cittadini stranieri residenti nel nostro territorio, onde poter procedere tempestivamente ad azioni di prevenzione.

Metodi/Azioni

Analisi di banche dati di tipo amministrativo: scheda di dimissione ospedaliera, farmaci a erogazione diretta e territoriale, archivio delle esenzioni per patologia, specialistica ambulatoriale, certificato di assistenza al parto integrato da informazioni disponibili in cartella ostetrica. Interpretazione dei dati in incontri multiprofessionali e multidisciplinari.

Risultati

Tra gli immigrati non si rilevano eccessi significativi di eventi cardiovascolari, come atteso data la loro giovane età, ma si evidenzia un'alta prevalenza di diabete nella fascia di età 40-55. I valori più elevati si registrano tra i cittadini provenienti dal sub continente indiano (in particolare India, Bangladesh, Pakistan e Sri Lanka) che nella provincia di Arezzo sono 5420, il 15% dei residenti stranieri, con un tasso di prevalenza di diabete molto più elevato rispetto a quello che si osserva per il resto degli stranieri, rispettivamente 44,5‰ (IC95%:39,0‰-49,9‰) e 21,9‰ (IC95%:20,2‰-23,5‰) e una aderenza al PDTA (esami di laboratorio periodici per il controllo della patologia) più bassa rispetto agli italiani. Elevata in questa popolazione anche la frequenza di diabete gestazionale: 23,2% (IC95%:27,0%-19,4%) rispetto a 7,5% (IC95%:8,2-6,9) tra le italiane. Dal confronto con gli operatori emergono scarsa propensione alla prevenzione, sedentarietà e sovrappeso delle donne, uso smodato di zuccheri raffinati.

Conclusioni

Gli immigrati dal sub continente indiano sono una popolazione ad alto rischio di diabete. In UK in questa popolazione, di immigrazione meno recente rispetto all'Italia, è documentata una elevata prevalenza di infarto ictus e insufficienza renale. Per limitare tali complicanze sono necessari interventi di sanità pubblica multifattoriali in grado di agire su stili di vita (alimentazione e attività fisica), cultura della prevenzione, *compliance* a PDTA. Tali interventi per essere efficaci vanno diffusi all'interno delle comunità e culturalmente orientati. Linee di azione: informazione a medici, in particolare MMG e PLS per favorire la diagnosi precoce e suggerire corretti stili di vita; screening glicemico di grosse comunità nazionali a rischio; inserimento di gruppi con mediazione linguistico culturale nel programma di addestramento dei diabetici al self-management; individuazione di luoghi (scuole, consultori, grande distribuzione e negozi etnici, luoghi di preghiera) dove intercettare i gruppi nazionali a rischio, per costruire insieme le strategie e sensibilizzare alla prevenzione.

Contatto: Stefania Arniani (stefania.arniani@uslsudest.toscana.it)

Disagio cronico. La patologia cronica nel paziente irregolare

SABBATINI F., SIGNORELLI F., MEDEMA A.I., BOZZOLO E., GEROSA C., DURANTE A., CUSI C., VECCHI G., MEREGALLI G.
Naga ONLUS, Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti,
Milano

Introduzione e obiettivi

Il diritto alla salute, secondo la Legge Italiana, è garantito anche per i cittadini privi di permesso di soggiorno (PDS) tramite assegnazione del codice STP che dovrebbe assicurare le cure "essenziali" in presenza di condizioni patologiche non pericolose nell'immediato, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita. I Consigli Regionali applicano con modalità molto diverse quanto previsto dalla legislazione nazionale. Il Naga, Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti, si propone di verificare a Milano le modalità effettive di presa in carico dei migranti irregolari affetti da patologia cronica.

Metodi/Azioni

Da giugno 2017 a gennaio 2018, il Naga si è impegnato in un progetto che prevedeva la somministrazione su base volontaria di un questionario ad un campione non sistematico di pazienti immigrati irregolari affetti da patologia cronica non infettiva. Venivano raccolte informazioni relative a dati anagrafici, provenienza, diagnosi, problematiche di accesso al Servizio Sanitario Nazionale, modalità di assistenza, terapia e monitoraggio clinico della propria malattia. Obiettivo dello studio era valutare le caratteristiche dell'assistenza sanitaria di cui tali soggetti potevano realmente fruire.

Risultati

Sono stati raccolti 71 questionari in pazienti provenienti dal Nord Africa (22), Centro e Sud America (17), Est Europa (16), Sud Est Asiatico (12), Africa Sub Sahariana (4); 73% maschi, età media 53 anni. 25 pazienti presentano ipertensione arteriosa, 21 diabete mellito, 8 asma, 6 cardiopatia ischemica, 4 psicosi, 3 epilessia, 2 neoplasia, 2 altra patologia. 6 erano seguiti presso strutture pubbliche, ma, perso il lavoro e di conseguenza la tessera sanitaria, non vi hanno più potuto accedere. 2 pazienti hanno PDS ma non tessera sanitaria in quanto senza fissa dimora. 63 pazienti non sono mai stati presi in carico da strutture pubbliche, alle quali accedono solo in fase di complicanza acuta tramite Pronto Soccorso. La totalità dei pazienti intervistati è curata solo da associazioni di volontariato (Naga, e altre) ma, a causa di difficoltà economiche 38 pazienti effettuano controlli saltuari ed inadeguati (13 ipertesi non hanno mai fatto ECG, 8 asmatici non hanno mai eseguito una spirometria, 10 diabetici non controllano la glicemia da oltre 6 mesi, 6 ipertesi hanno valori pressori fuori controllo, 3 epilettici non controllano da anni i livelli ematici dei farmaci, 2 pazienti in TAO non controllano regolarmente i valori di INR. 8 pazienti assumono la terapia solo saltuariamente.

Conclusioni

A Milano (e in tutta la Regione Lombardia) i pazienti irregolari con patologia cronica subiscono due volte le conseguenze del proprio stato di salute, in primis a causa di aggravamenti e possibili complicazioni invalidanti e a volte mortali. In secondo luogo si trovano ad affrontare invalicabili ostacoli che conducono alla mancata presa in carico da parte della Sanità Pubblica. Tra i più evidenti l'impossibilità di accesso ai medici di medicina generale, la mancanza di un medico prescrittore che possa gestire impegnative per visite specialistiche, esami strumentali e farmaci. Il codice STP, anche quando ottenuto, è nei fatti inutile in quanto non apre l'accesso agli ambulatori di medici che possano utilizzare il ricettario regionale.

Contatto: Francesca Sabbatini (f.sabbatini2016@gmail.com)

Professione badante, professione usurante

ANGELETTI M., DHROSO Z., BEN HASSEN N., MAZZETTA M.L.

GrIS Marche

Introduzione e obiettivi

Badante: un termine coniato circa venti anni fa per definire le persone che si prendono cura degli anziani. Frutto di una trasformazione della figura tradizionale della colf dovuta all'invecchiamento della popolazione ed al cambiamento del nucleo familiare non più patriarcale ma ormai costituito da due o solo una persona, questa professione è in continua espansione. In Italia sono stimate almeno 900.000 badanti di cui il 90% straniere. Spesso non si riflette su quanto il benessere degli anziani possa dipendere dalle condizioni di salute fisica e psichica di chi li assiste. Il lavoro delle assistenti familiari, alias badanti, tende ad essere un lavoro logorante. Spesso la mancanza di sufficienti ore di riposo nel corso di una giornata lavorativa, l'ansia, la paura di sbagliare, la fatica fisica, la solitudine, portano a sensazioni di malessere e di inadeguatezza. In prevalenza provengono dall'Est dell'Europa, dall'Ucraina e dalla Russia, sono soprattutto donne capofamiglia o prime migranti, spesso responsabili dell'economia familiare; costrette ad emigrare per gravi problemi economici familiari, fanno crescere i figli in patria affidandoli a parenti. La precaria situazione familiare, il disagio sociale, la solitudine ed un lavoro duro e spesso improvvisato, portano ad elevate percentuali di malattie psico fisiche. In varie città delle Marche si organizzano corsi di formazione gratuiti per badanti; in una serie di incontri, per circa 50 ore complessive, si impartiscono nozioni di primo soccorso, di igiene e di alimentazione, si parla di diritti e di doveri e di come muoversi nella rete dei servizi territoriali; inoltre durante le lezioni si creano momenti di incontro e di scambio di idee e di esperienze. Le collaboratrici familiari in questo modo sono più preparate ad affrontare il lavoro e le difficoltà quotidiane. Obiettivo del nostro studio è la dimostrazione dell'utilità dei corsi per badanti.

Metodi/Azioni

Sono stati somministrati dei questionari anonimi a 100 badanti con domande inerenti alla nazionalità, all'età, alla scolarità ed alla salute. Di queste cento, 30 hanno frequentato un corso di formazione di 50 ore organizzato dalle ACLI. Medici, psicologici, mediatori culturali, avvocati e funzionari amministrativi offrono le loro competenze per la buona riuscita del corso che si ripete annualmente da cinque anni in maniera del tutto gratuita.

Risultati

La maggior parte proviene dall'Europa dell'Est (20 rumene, 16 albanesi, 14 ucraine, 10 russe, 6 moldave, 2 georgiane), 10 peruviane, 8 dalla Repubblica Dominicana, 4 dal Marocco, 4 dalla Tunisia, 2 da Capoverde, 3 dalle Filippine, 1 dallo Sri Lanka. Il 50% ha conseguito il diploma di scuola media superiore, il 40% la media inferiore, il 10% la laurea. L'età varia da 23 a 70 anni. L'80% ha dovuto accedere almeno una volta al Servizio Sanitario Nazionale; la maggior parte (90%) si è dichiarata soddisfatta pur ritenendo utile la presenza di un mediatore culturale purtroppo non presente. Le patologie più frequenti (40%) sono risultate ansia e depressione con correlate cefalee, coliti spastiche e gastriti da stress; il 30% ha dichiarato patologie osteoarticolari (ernie discali ed artrosi); il 20% patologie oncologiche; il restante 10% patologie varie (bronchite cronica, asma, infezioni urinarie e flebiti). Delle 30 che avevano frequentato il corso di preparazione, solo 5 avevano dovuto ricorrere alle cure di un medico.

Conclusioni

L'importanza dei corsi di preparazione alla professione di badante non è solo legata all'apprendimento di indispensabili nozioni per potere bene svolgere il proprio lavoro ma anche alla presa di coscienza dei propri diritti e doveri ed all'orientamento in un *modus vivendi* diverso dal proprio. Inoltre si creano importanti momenti di socializzazione che aiutano a "stare meglio".

Contatto: Margherita Angeletti (margherita.angeletti@libero.it)

Percorso condiviso tra pubblico e privato sociale per lo screening dei tumori della cervice uterina

ABBA C.¹, APPIANO S.¹, FERRANDO C.¹, GIORDANO L.², GUGLIEMOTTI E.¹, MARCU E.G.¹, PERIS C.¹, RAU M.A.¹, SACCHI L.¹, VOLA M.¹

¹ Associazione di Volontariato "Camminare Insieme" Torino, ² S.C. Epidemiologia, Screening e Registro Tumori-CPO-Città della Salute e della Scienza di Torino

Introduzione e obiettivi

È stato concordato tra il Centro Regionale di Prevenzione Oncologica (CPO-Piemonte) e l'Associazione Camminare Insieme un percorso condiviso perché donne immigrate, anche senza diritto di accesso al SSR (Servizio Sanitario Regionale), possano partecipare allo screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina (Pap test o test HPV), secondo modalità previste per la restante popolazione femminile.

Metodi/Azioni

I prelievi vengono eseguiti presso l'Ambulatorio di Camminare Insieme dai ginecologi volontari. I dati relativi alle donne sono inseriti direttamente nel sistema gestionale dello screening; i prelievi sono inviati settimanalmente al CPO, la loro lettura è effettuata dal Centro Unificato dell'attività diagnostica citologica di screening, in collaborazione con il Servizio di Anatomia Patologica dell'Ospedale St. Anna. L'esito dell'esame è inviato all'Associazione Camminare Insieme che si incarica di contattare le donne per comunicare i risultati. In caso di necessità di approfondimento le donne saranno accompagnate ad effettuarlo presso l'Ospedale St. Anna.

Risultati

I dati si riferiscono al periodo compreso tra giugno 2017 e gennaio 2018. Hanno aderito al percorso 100 donne, sono stati comunicati 73 risultati, di cui 57 con diagnosi negativa ed indicazione a ripetere il test dopo tre o cinque anni, 13 con diagnosi HPV positiva e citologia negativa ed indicazione a ripetere il test HPV dopo un anno, 2 test da ripetere dopo terapia ed 1 con indicazione ad invio immediato per colposcopia.

Conclusioni

Questo percorso è un esempio virtuoso di collaborazione tra pubblico e privato sociale, che consente a donne immigrate, regolari e non, la possibilità di effettuare un test all'interno di un programma di screening organizzato, sensibilizzandole al percorso di prevenzione. Il fatto di ricontattare le donne che hanno effettuato l'esame evita che ci sia una dispersione degli esami, facile in una popolazione che spesso cambia situazione abitativa, ed il fatto di richiedere una valutazione dell'esame con lo specialista è un veicolo di educazione sanitaria. Consente di confrontare la qualità degli esiti e la prevalenza della patologia cervicale nella popolazione immigrata con quella italiana.

Contatto: *Enrica Guglielmotti (enrica.guglielmotti@gmail.com)*

Studio longitudinale dei differenziali di ospedalizzazione per asma tra immigrati e italiani a Roma

CACCIANI L., AGABITI N., MARINO C., BARGAGLI A.M., DAVOLI M.

Dipartimento Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, ASL Roma 1

Introduzione e obiettivi

L'immigrazione è un fenomeno consolidato in Italia come in Europa. Sono disponibili poche ricerche sull'accesso ai servizi di cura e sulla qualità dell'assistenza erogata agli immigrati, specialmente per malattie rilevanti come l'asma, patologia cronica inclusa nella lista delle cause di ricovero evitabile dall'Agency for Healthcare Research and Quality. L'obiettivo della presente analisi è quello di confrontare i tassi di ospedalizzazione per asma tra giovani adulti immigrati e italiani nella coorte di individui residenti a Roma tra il 2001 e il 2013.

Metodi/Azioni

Studio longitudinale retrospettivo basato sul record-linkage tra le dimissioni ospedaliere avvenute nel Lazio e la coorte anagrafica di 1.843.472 individui di 18-44 anni di età, residenti a Roma e arruolati tra il 01.01.2001 e il 31.12.2013, con follow-up fino al 31.12.2014. L'esito in studio è stato il ricovero per asma (codici ICD9CM 493 in diagnosi principale oppure 518.81-518.84 in diagnosi principale e 493 nelle diagnosi secondarie). Come esposizione è stato considerato lo status di immigrato da Paesi a Forte Pressione Migratoria, misurato attraverso il paese di cittadinanza oppure, se non disponibile, il paese di nascita, raggruppati in macro aree geografiche. Sono stati calcolati i rapporti tra tassi di ospedalizzazione (RTO), aggiustati per anno di calendario ed età e stratificati per genere, degli immigrati rispetto a quelli degli italiani attraverso modelli di regressione binomiale negativa.

Risultati

Tra il 2001 e il 2014 sono stati osservati complessivamente 2.521 ricoveri per asma nei residenti a Roma di età compresa tra 18 e 44 anni, di cui il 10,7 % negli immigrati. I tassi grezzi di ospedalizzazione per asma (per 1.000 anni-persona) sono variati tra 0,34 nel 2001 e 0,09 nel 2014 negli immigrati, e tra 0,24 e 0,13 negli italiani. Rispetto agli italiani, i tassi aggiustati sono risultati inferiori negli immigrati provenienti dall'Europa dell'Est (RTO=0,42 nei maschi e RTO=0,39 nelle femmine) e dall'Asia Orientale (0,84 e 0,39), e superiori negli immigrati provenienti da Nord Africa (3,06 e 1,82), Africa Subsahariana (1,24 e 1,02), America Centro-Meridionale (1,12 e 1,39) e Asia Centro-Occidentale (1,23 e 2,17).

Conclusioni

Il rapporto tra i tassi di ospedalizzazione per asma degli immigrati rispetto agli italiani è risultato eterogeneo per area di origine: inferiore a quello degli italiani in alcuni gruppi di immigrati, superiore in altri, soprattutto nel gruppo proveniente dal Nord Africa. Considerato che l'esperienza migratoria può essere un fattore di rischio per lo sviluppo e la riacutizzazione di una malattia come l'asma, è importante garantire e promuovere l'assistenza sanitaria primaria ai gruppi di immigrati più vulnerabili per prevenirne l'ospedalizzazione per asma.

Contatto: Laura Cacciani (l.cacciani@deplazio.it)

Una dieta culturalmente orientata per pazienti stranieri affetti da diabete mellito: risultati di un'indagine sulle scelte alimentari

PIOMBO L.¹, BARBAROSSA G.¹, CASTALDO M.¹, AKTAR P.¹, KABIR R.¹, CHAMKHI M.¹, CAVANI A.¹, ROSSI A.¹, PANDOLFO M.M.², TUBILI C.², MIRISOLA C.¹, COSTANZO G.¹

¹ Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Roma; ² UOSD Diabetologia A.O. San Camillo-Forlanini, Roma.

Introduzione e obiettivi

Il diabete mellito è una malattia cronico-degenerativa a diffusione pandemica. In Italia la prevalenza osservata risulta significativamente più elevata tra gli stranieri (6,96%) rispetto agli italiani (5,45%). Un approccio culturalmente mirato alle necessità delle persone straniere è, pertanto, auspicabile per una più efficace gestione di questi pazienti. Lo scopo del presente studio è di definire una presa in carico culturalmente orientata, attraverso l'elaborazione di profili dietetici adattati alla cultura di origine del paziente e il supporto fornito dal mediatore transculturale.

Metodi/Azioni

Trentanove pazienti con neodiagnosi di diabete mellito o con malattia nota, originari di Bangladesh, Egitto, Algeria, Marocco e Tunisia e afferenti all'ambulatorio dell'INMP sono stati reclutati nello studio, previo consenso informato scritto. Cinque diversi profili alimentari sono stati elaborati sulla base delle tradizioni alimentari dei paesi di origine, integrando informazioni derivanti dall'intervista di mediatori transculturali provenienti dai paesi sopraelencati e l'analisi dei dati di letteratura, a partire dalle linee guida italiane e internazionali. I pazienti inclusi nello studio sono stati arruolati dal medico internista e inviati, al 1° colloquio con il nutrizionista dell'INMP (T0), durante il quale è stato somministrato un questionario per indagare le abitudini alimentari attuali e pregresse, il grado di conoscenza del paziente riguardo alla propria alimentazione, le difficoltà riscontrate nella gestione della giornata alimentare, le motivazioni che orientano verso le diverse scelte alimentari e un food frequency semplificato. Il questionario di ingresso è stato riproposto a 3 (T1) e a 6 mesi (T2), con una sezione aggiuntiva che indagava il grado di soddisfazione rispetto all'intero percorso di presa in cura transculturale. In tutte le fasi, il paziente è sempre stato affiancato dal mediatore transculturale.

Risultati

Al T0 il 77% dei pazienti riferisce che la propria dieta si sia modificata all'arrivo in Italia, sebbene il 69% dichiara di aver parzialmente conservato le tradizioni di origine. Il 60% dei pazienti vincola le scelte alimentari alle proprie condizioni sociali (convivenza con connazionali) o economiche (basso potere di acquisto). Rispetto al T0, al T1 è stato riscontrato un aumento del consumo adeguato di frutta e verdura (dal 13% al 40%), una migliore distribuzione del numero di pasti quotidiani (dal 20% al 53%) e una riduzione del consumo eccessivo di cereali (dal 73% al 53% dei pazienti). L'apporto del mediatore transculturale è stato considerato positivamente nel 93% dei pazienti.

Conclusioni

Individuare percorsi di salute calibrati sulle culture di origine dei pazienti, che propongano profili dietetici elaborati nel rispetto di criteri clinici ma anche culturali come base per uno schema terapeutico personalizzato per ciascun paziente diabetico, appare funzionale per una migliore aderenza alla terapia nutrizionale stessa.

Contatto: Laura Piombo (laura.piombo@inmp.it)

Progetto Tabibi

PETRONA BAVIERA E., GIACOPELLI G., TAORMINA L., SALAMONE F., AFFRONTI M.

Medicina generale, continuità assistenziale, UOS di Medicina delle Migrazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Introduzione e obiettivi

Il progetto TABIBI, in arabo "il mio medico", è un'indagine epidemiologica su 1619 pazienti stranieri regolarmente iscritti al SSN nella provincia di Palermo. Nasce dal desiderio di accogliere nel migliore dei modi all'interno della medicina territoriale, e nello specifico della medicina generale, il paziente migrante, e di riuscire a garantire cure ed assistenza sanitaria adeguate ad ogni individuo, indipendentemente dal luogo di nascita o di provenienza. L'obiettivo del lavoro era studiare i principali motivi d'accesso dei pazienti migranti agli ambulatori di MG e ricavarne una statistica delle principali patologie di cui soffre tale campione di popolazione

Metodi/Azioni

Sono stati reclutati medici di medicina generale con tali requisiti: ambulatorio all'interno dell'area metropolitana di Palermo, numero congruo di pazienti stranieri e disponibilità a collaborare. Negli ambulatori selezionati con l'ausilio di un file di estrazione dati sono stati estrapolati dall'archivio pazienti dei gestionali i dati relativi ai pazienti stranieri: età, sesso, Paese di provenienza e i motivi d'accesso in ambulatorio, dalla data di scelta del medico fino alla data di estrapolazione dati. 16 medici hanno partecipato a questo studio, i pazienti migranti estratti sono stati 1.619. Le patologie o disturbi per i quali i pazienti si recavano in ambulatorio sono 4.443, estrapolati e riclassificati secondo il manuale ICD9.

Risultati

Il campione analizzato è costituito da 937 donne e 663 uomini. L'età media è di 42 anni fra le donne e 40,6 anni fra gli uomini. I Paesi di provenienza sono 78 ma il 72,7% dei pazienti provengono dai primi 10: Germania, Romania, Sri Lanka, Ghana, Bangladesh, Tunisia, Mauritius, Venezuela, Costa d'Avorio e Marocco. I principali motivi d'accesso agli ambulatori sono risultati: malattie dell'apparato digerente (carie, MRGE), malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (faringite, cefalea), malattie del sistema osteomuscolare (lombalgia, osteoartrosi), malattie dell'apparato genitourinario (consulti ginecologici, cistite), malattie del sistema cardiocircolatorio (ipertensione), malattie del metabolismo (diabete, dislipidemie).

Conclusioni

I pazienti stranieri, o per lo meno quelli che fra loro usufruiscono delle cure mediche ambulatoriali loro garantite, soffrono delle patologie più comuni anche fra i pazienti concittadini, acute e di pronta risoluzione (carie, faringiti, cistiti, lombalgia), e cronico-degenerative, come ipertensione, diabete, artrosi, dislipidemie. Emerge anche che i pazienti migranti si avviano verso le patologie cronico-degenerative con anticipo rispetto ai nostri pazienti connazionali, probabilmente per la condizione di povertà (e di limitazione sociale, economica e culturale) in cui versano e per il tipo di attività lavorativa più fisicamente usurante.

Contatto: Emanuela Petrona Baviera (petronabaviera@hotmail.com)

Schistosomiasi Urinaria nella popolazione migrante africana. Nostra esperienza

INDOVINA C.¹, DI LORENZO F.², DI BERNARDO F.³, DINO O.⁴, DI BELLA F.⁴, SODANO C.³, SAGNA J.D.⁵, PRESTILEO T.^{1,2}
PER IMMIGRANT TAKE CARE ADVOCACY (I.TA.C.A.) TEAM PALERMO.

¹ ANLAIDS Sicilia, sezione "Felicia Impastato" Palermo; ² ARNAS, Ospedale Civico-Benfratelli, UOC Malattie Infettive, Palermo; ³ ARNAS, Ospedale Civico-Benfratelli, UOC Microbiologia, Palermo; ⁴ ASP 6, UO Assistenza Sanitaria Migranti, Palermo; ⁵ Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), Italia

Introduzione e obiettivi

Nel panorama dei flussi migratori internazionali si sono verificate, nell'ultimo ventennio, rilevanti trasformazioni direttamente correlate ad eventi sociali, politici ed economici che hanno costretto enormi quantità di Persone a lasciare, spesso brutalmente, la propria terra, la propria cultura, le proprie abitudini. Il bacino del Mediterraneo appare particolarmente esemplificativo per comprendere la complessità del fenomeno migratorio. L'Africa e l'Europa sono strettamente interconnesse dai flussi migratori, sia per ragioni di prossimità geografica, sia per l'enorme divario socio-economico tra i due continenti: 15 dei 20 paesi più sviluppati al mondo si trovano in Europa, mentre i 20 paesi meno sviluppati dello stesso mondo si trovano in Africa; pertanto, la popolazione migrante condiziona, giocoforza, la nostra società. Il peso delle malattie infettive in questa popolazione è stato ed è tutt'ora trascurabile. Tuttavia, in accordo con l'OMS, bisogna considerare la popolazione migrante come una popolazione vulnerabile a causa della perdita totale o parziale dei determinanti di salute. Per questa ragione è necessario ed opportuno effettuare uno screening per le principali e più frequenti patologie infettive. La schistosomiasi urinaria è una delle più frequenti infezioni parassitarie dell'Africa subsahariana, considerata, purtroppo, come una "neglected tropical disease". È causata da un parassita, lo *Schistosoma Haematobium*, ed il principale mezzo di contagio è stato dimostrato essere il contatto con acque contaminate. Obiettivo principale: mettere in evidenza un elemento anamnestico di assoluta rilevanza ai fini della diagnosi di schistosomiasi: la storia di macroematuria che, in letteratura e nella nostra esperienza, costituisce un elemento di elevato valore predittivo positivo per la diagnosi di questa infezione. Obiettivo secondario: valutare l'efficacia e la tollerabilità della terapia con Praziquantel.

Metodi/Azioni

Nel biennio 2016-2017 abbiamo osservato 214 pazienti di sesso maschile, di età compresa tra 16 e 26 anni che presentavano storia di macroematuria, spesso associata ad eosinofilia. I soggetti osservati nello studio provenivano da Costa D'Avorio (33%), Mali (24%), Gambia (16%), Guinea (10%), Senegal (8%), Nigeria (5%). Altri Paesi nel rimanente 4% dei casi. In tutti i pazienti è stato effettuato un esame parassitologico delle urine che, ad oggi, rappresenta golden standard per la diagnosi di schistosomiasi urinaria.

Risultati

90 dei 214 pazienti osservati (42%) sono risultati positivi per la presenza di uova di *Schistosoma Haematobium*. 81 pazienti hanno risolto l'infezione dopo un solo ciclo di Praziquantel alla posologia normalmente indicata (20 mg/Kg per 2 somministrazioni). Dei rimanenti 9 pazienti, 6 hanno risolto l'infezione dopo un secondo ciclo di trattamento, negli ultimi 3 è stato necessario un terzo ciclo di terapia.

Conclusioni

La schistosomiasi urinaria è particolarmente frequente nei giovani maschi di origine subsahariana. Praziquantel è un farmaco ben tollerato, con efficacia del primo ciclo di trattamento pari al 90%. Raccomandiamo la necessità di ricorrere al dato anamnestico di macroematuria per la diagnosi di schistosomiasi urinaria, soprattutto nei pazienti subsahariani.

Contatto: Tullio Prestileo (tullioprestileo@virgilio.it)

Protocollo dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine diagnosi precoce di tbc, screening e presa in carico integrata ospedaliero-territoriale dei richiedenti asilo ospiti delle caserme "Cavarzerani" e "Friuli"

BASSETTI M.¹, BRUSSI V.², MAURO K.², GNESUTTA D.², BRIANTI G.², CANSIANI L.³, FRAGALI A.³, AGNOLETTO A.P.⁴

¹ Clinica Malattie Infettive Azienda Sanitaria Integrata di Udine (ASUIUD); ² Dipartimento di Prevenzione ASUIUD; ³ Distretto di Udine ASUIUD; ⁴ Direzione Medica ASUIUD

Introduzione e obiettivi

La permanenza di richiedenti asilo provenienti da aree ad alta endemia tubercolare, in situazioni caratterizzate da affollamento e provvisorietà, nelle ex caserme "Cavarzerani" e "Friuli", sono state valutate con attenzione, per garantire la tutela della salute individuale e collettiva degli ospiti, degli operatori e della popolazione residente: le strutture in questione, nate come HUB di prima accoglienza, per i cambiamenti nelle dinamiche dei flussi in arrivo in Friuli, hanno dovuto far fronte ad alti numeri di richiedenti asilo e a durate della permanenza che potevano variare da alcune settimane a molti mesi, con presenze oscillanti da 1000 a 400 persone e con alto turnover mensile, da 20 a 50 per settimana. Con l'obiettivo di ridurre la diffusione della malattia tubercolare negli ospiti delle strutture e di monitorare l'andamento della malattia tubercolare nella popolazione, è stato redatto un protocollo condiviso per definire la articolazione dei percorsi tra strutture sanitarie e gestori dell'accoglienza.

Metodi/Azioni

Il protocollo prevede: percorso di screening e sorveglianza sanitaria (somministrazione questionario previsto dalle linee guida regionali), anche con prova tubercolinica e accertamento radiologico (da effettuarsi direttamente presso gli hub con apparecchiature mobili), iter diagnostico-terapeutico nell'eventualità di riscontro di caso sospetto o accertato di tbc nonché le misure profilattiche dei contatti dei casi affetti da tbc contagiosa e/o affetti da ITL, follow up post dimissione dei casi gestibili dal territorio. Le strutture dell'ASUIUD maggiormente coinvolte sono il Distretto di Udine, con ambulatorio di cure primarie, il Dipartimento di Prevenzione, mediante la SOS Medicina Sociale che segue anche i follow up dei casi di TBC trattati in sede ospedaliera e dimessi e la Clinica Malattie Infettive che segue diagnosi e trattamento dei casi di TBC. La Prefettura si fa garante della permanenza negli hub dei soggetti che seguono un percorso di screening e della tracciabilità dei trasferimenti.

Risultati

Nel 2016 sono stati accertati 7 casi TBC (2 polmonari bacillifere, 3 polmonari, 1 linfonodale, 1 ossea) 6 casi nel 2017 (1 polmonare bacillifera, 1 pleurica, 4 linfonodali). Nonostante le difficoltà di eseguire le indagini sui contatti di caso indice, non esaustive data la promiscuità dei locali e la numerosità della popolazione accolta, è stata comunque avviata l'attività di screening e di controllo dei contatti: oltre 300 richiedenti asilo sono stati testati con intradermoreazione tubercolinica e sono state effettuate 82 radiografie del torace.

Conclusioni

La Tubercolosi come problema di sanità pubblica richiede la presenza di un sistema di sorveglianza e di un programma di intervento congruo con le diverse realtà epidemiologiche e sociali.

Contatto: Daniela Gnesutta (daniela.gnesutta@asuiud.sanita.fvg.it)

Micetoma: una diagnosi non comune di un caso importato

CERVO A.¹, COLOMBA C.¹, DE LUCA A.¹, ROMANIN B.¹, GIOÈ C.¹, TRIZZINO M.¹, MILILLI D.¹, AGRENZANO S.¹, FASCIANA T.², CASCIO A.¹

¹ UOC Malattie Infettive, Dipartimento di scienze per la promozione della salute e materno-infantile, Università di Palermo; ² UOC Microbiologia, Virologia e Parassitologia, Dipartimento di scienze per la promozione della salute e materno-infantile, Università di Palermo

Introduzione e obiettivi

Il micetoma è un'infezione cronica di cute e tessuti molli che può coinvolgere le strutture ossee. È endemica nelle regioni tropicali e subtropicali, ed è causata da batteri actinomiceti (Actinomicetoma) o da funghi (Eumicetoma), che penetrano nell'organismo attraverso una lesione cutanea. Nell'80% dei casi l'infezione coinvolge il piede (Piede di Madura). La diagnosi non è facile e il trattamento è complesso e di lunga durata.

Metodi e Azioni

A Maggio 2017, un giovane somalo di 24 anni – reduce da un viaggio migratorio durato 7 anni – è stato trasferito da Lampedusa presso l'Unità di Malattie Infettive del Policlinico di Palermo per una lesione deturpante del piede destro. La lesione era comparsa a livello della pianta del piede dieci anni prima, con progressivo peggioramento. Obiettivamente, il piede si presentava di volume aumentato, caldo ed edematoso, non dolente, con limitazione funzionale del IV-V dito e con tramiti fistolosi scarsamente drenanti. Il resto dell'esame obiettivo era negativo. Gli esami ematochimici erano nella norma, eccetto Proteina C reattiva di 76 mg/l e una modesta leucopenia (GB 3010/mmc). La TAC del piede mostrava un importante edema dei tessuti molli del metatarso e tra il III-V dito con consensuale sclerosi e rarefazione ossea. L'esame istologico della biopsia della pianta del piede ha mostrato un quadro di infiammazione cronica, granulomatosa con grani PAS+; la colorazione di Ziehl Neelsen e l'esame culturale per germi comuni sono risultati negativi. Il campione è stato pre-trattato e decontaminato con N-Acetil-L-Cisteina/NaOH e posto in incubazione a 37°C nel terreno Löwestein-Jensen e Blood Agar. Nel frattempo, in considerazione del dato epidemiologico e istologico, nell'ipotesi di eumicetoma è stata iniziata terapia con itraconazolo.

Risultati

Dopo due settimane, sono state identificate colonie di *Actinomyces madurae* tramite il sequenziamento via PCR dei geni codificanti 16S rRNA e hsp65: a giugno 2017 la terapia è stata modificata con trimetoprim-sulfametossazolo 240/1200mg ogni 12ore, associando amikacina 1g/die per un mese. Dopo 6 mesi di trattamento, il piede si è ridotto di dimensioni con iniziale chiusura dei tramiti fistolosi. Tuttavia, a gennaio 2018 il paziente ha lasciato Palermo interrompendo il follow-up e, verosimilmente, anche la terapia.

Conclusioni

Il micetoma è una rara malattia tropicale. Fino al 2014 sono stati documentati 8.673 casi nel mondo. La reale incidenza dei casi importati in Italia e in Europa non è nota, tuttavia è prevedibile aspettarsi un incremento dei casi segnalati in seguito all'aumento dei flussi migratori. Pertanto è fondamentale ampliare la conoscenza dell'infezione tra medici, microbiologi e anatomopatologi per giungere rapidamente ad una corretta diagnosi e per intraprendere prontamente una lunga e difficile terapia. Inoltre, è essenziale far comprendere al paziente il piano terapeutico, l'importanza della lunga durata della terapia e il suo diritto a riceverla, al fine di ridurre il più possibile il rischio di interruzione del trattamento.

Contatto: Adriana Cervo (adriana.cervo@gmail.com)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Un caso di tubercolosi e artrite reumatoide di difficile gestione

GIOÈ C., TRIZZINO M., MILILLI D., CERVO A., DE LUCA A., ROMANIN B., MARIANO S., FASCIANA T., CASCIO A., COLOMBA C.

UOC Malattie infettive, Dipartimento di scienze per la promozione della salute e materno-infantile, Università di Palermo

Introduzione e obiettivi

La tubercolosi (TB) rappresenta ancora oggi uno dei maggiori problemi di salute globale e detiene il secondo posto come causa di morte per natura infettiva dopo l'infezione da HIV. Quasi un terzo della popolazione mondiale presenta un'infezione da M.T. e questa percentuale continua ad aumentare. Contemporaneamente al recente incremento nell'incidenza della TB polmonare, si è osservato un aumento anche delle localizzazioni extra-polmonari che continuano ad essere prevalenti nelle aree geografiche in via di sviluppo sebbene si osservino di frequente anche in Occidente a causa dei sempre più comuni fenomeni migratori e dei deficit del sistema immune HIV-correlati.

Metodi/Azioni

Nel Giugno 2016 giungeva alla nostra osservazione per febbre, tosse e calo ponderale un paziente di 34 anni, originario dalla Costa d'Avorio, appena sbarcato in Italia. La TC torace-addome mostrava aree a vetro smerigliato polmonari e multipli linfonodi colliquati in sede laterocervicale, mediastinica e retropancreatica. In considerazione del quadro radiologico e della positività del QTF TB-GOLD veniva intrapresa terapia anti-tubercolare di prima linea, continuata per complessivi 9 mesi. Il paziente veniva dimesso in buone condizioni generali con indicazione a follow up ambulatoriale. Un mese dopo la dimissione il paziente accedeva al PS per febricola associata a dolori alle grandi e piccole articolazioni e ricoverato presso altro nosocomio. Gli esami ematochimici mostravano aumento degli indici di flogosi e l'ecografia segni di poliartrite delle mani simmetrica suggestiva di artrite reumatoide. Sulla scorta del quadro clinico e della positività di FR ed autoanticorpi anti-CCP veniva posta diagnosi di artrite reumatoide ed iniziata terapia con idrossiclorochina, metilprednisolone e methotrexate. Il paziente continuava quindi terapia per AR senza più venire a controllo presso i nostri ambulatori per il follow up clinico-terapeutico della tubercolosi. Circa 9 mesi dopo la fine della terapia antitubercolare, a Gennaio 2018, torna alla nostra osservazione per comparsa di tumefazione alla base del collo ed evidenza TC di linfadenomegalie colliquate diffuse nella regione del collo e al torace associate a localizzazioni epatiche e spleniche. Viene eseguito drenaggio della raccolta ed esame colturale della stessa che risultata positiva per *Mycobacterium Tuberculosis complex* resistente alla Rifampicina con metodica GeneXpert.

Risultati

Nell'ipotesi di riattivazione tubercolare in corso di terapia immunosoppressiva per AR, in paziente con dubbia compliance e non completo follow up terapeutico, viene reinserita terapia specifica con INH, ETB, PRZ, MXF e AMIKACINA.

Conclusioni

La difficoltà di accesso ai servizi, le barriere culturali e linguistiche creano notevoli difficoltà nel management del paziente migrante affetto da patologie infettive e altre co-morbidità dopo la dimissione ospedaliera. È necessario pertanto garantire una tracciabilità dei percorsi diagnostico-terapeutici che prevedano una gestione multidisciplinare integrata che accompagni il paziente nella fase di mantenimento della terapia al domicilio

Contatto: *Claudia Gioè (claudiagioe86@gmail.com)*

Prevezione e cura delle infezioni sessualmente negli immigrati senza permesso di soggiorno: una sfida, una necessità

BONVICINI F., FORNACIARI R., SIMONAZZI D., PASTORE E., MONICI L., GRECI M., SPARANO M., SACCANI S., CROTTI C., RIBOLDI B., BERTANI D.

Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS

Introduzione e obiettivi

Le infezioni sessualmente trasmissibili (IST) rappresentano un importante problema di sanità pubblica. Gli immigrati senza permesso di soggiorno costituiscono una popolazione a rischio particolarmente elevato, in quanto caratterizzati da condizioni di vita particolarmente fragili e da minore accessibilità ai Servizi. Inoltre non sono raggiungibili con programmi di screening rivolti alla popolazione generale. Ci sono pochi dati sulla diffusione delle IST negli immigrati irregolari, aspetto che rende difficile la programmazione di interventi di prevenzione ad hoc.

Metodi/Azioni

Presso il Centro Stranieri (CS) di Reggio Emilia, Servizio dell'AUSL dedicato agli immigrati irregolari, dal 2004 è attivo lo screening per HIV, HBV, HCV e sifilide. Per le prostitute e i transessuali è stata creata una collaborazione con gli operatori dell'Unità di Strada, per l'accompagnamento in giorni dedicati. È stato implementato inoltre un sistema di chiamata attiva dei soggetti che non si presentano ai controlli. I trattamenti vengono gestiti quando possibile presso il CS, con l'invio in Malattie Infettive in caso di necessità con percorsi dedicati. Sono stati raccolti i dati relativi all'attività di screening dal 2004 ad oggi, al fine di valutare la prevalenza di IST e di rilevare eventuali correlazioni tra le caratteristiche dei soggetti e il livello di rischio.

Risultati

Sono stati effettuati 2141 prelievi in 1608 immigrati (66% femmine, 32% maschi, 3% transessuali). I paesi più rappresentati erano Nigeria (44%) e Romania (10%); i transessuali provenivano in particolare dal Brasile (66%). Il 6% del campione è risultato positivo per HBsAg, con prevalenza significativamente più elevata nei maschi (10%), in particolare provenienti da Costa d'Avorio (36%) e Pakistan (23%). Il 5% degli utenti ha mostrato positività per HCV, con rischio più alto nei maschi (10%) provenienti dall'Est-Europa. Il 66% dei transessuali è risultato positivo per sifilide e il 7% per HIV, con rischio notevolmente più elevato rispetto al resto del campione (4% e 1% rispettivamente); nessun soggetto è risultato positivo per HBV ed HCV. Negli anni si sono verificate 5 infezioni recenti documentate, di cui 4 per sifilide. La percentuale di infezioni è risultata dell'1%.

Conclusioni

I risultati evidenziano un rischio elevato di IST negli immigrati senza permesso di soggiorno, in particolare nei transessuali e soggetti di sesso maschile. Per i maschi provenienti dall'Est-Europa è ipotizzabile una trasmissione legata all'uso di droghe, per i transessuali prevalentemente all'attività sessuale. Sarebbe necessario raggiungere un elevato livello di accessibilità ai servizi di screening per IST negli immigrati irregolari, implementando interventi ad hoc che prevedano una stretta collaborazione con gli operatori che lavorano in strada e con i diversi Servizi coinvolti, ai fini di aumentare i livelli di adesione agli screening e la compliance ai successivi percorsi di diagnosi e trattamento.

Contatto: Francesca Bonvicini (Francesca.Bonvicini2@ausl.re.it)

La schistosomiasi in un ambulatorio STP/ENI

POLLACCIA E., PRIZZI V., DE MICHELE M., SCELFO M., BOSCARINO M., DAVI D., AFFRONTI M.

UOS di Medicina delle Migrazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Introduzione e obiettivi

La schistosomiasi (S.) è un'infestazione causata da trematodi del genere schistosoma. Le specie patogene per l'uomo sono 6: S. Mansoni, S. Japonicum, S. Intercalatum, S. Guineensis e S. Mekongi, responsabili della forma epato-intestinale, e S. Haematobium responsabile della forma genito-urinaria. È probabilmente la più importante delle malattie tropicali elmintiche neglette. Si acquisisce solitamente durante bagni in acqua dolce. Secondo le stime WHO, nel 2008 le persone infette erano circa 240 milioni, e solo 17,5 milioni hanno ricevuto il trattamento. Il 93% dei casi si verificano nell'Africa Sub-Sahariana. In Italia è una patologia da importazione. Obiettivo del lavoro è quello di valutare la prevalenza, le principali caratteristiche cliniche e la risposta al trattamento della S. nei migranti osservati presso l'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo da gennaio 2011 a dicembre 2017.

Metodi/Azioni

Sono stati valutati immigrati provenienti da aree endemiche sintomatici per macro o microematuria per la forma urinaria, o con cirrosi epatica virus-negativa (per la forma epato-intestinale). La diagnosi è stata formulata sulla base delle indagini dirette ed indirette. Le prime consistono nella ricerca delle uova del parassita nelle urine (tre campioni raccolti in giorni differenti e dopo esercizio fisico) o nelle feci (anche in questo caso sono stati raccolti tre campioni biologici). Le indagini indirette consistono nella ricerca sierologica tramite ELISA.

Risultati

I casi di S. sono stati 38 (29 M, 9 F), di cui 33 erano forme urinarie, 3 intestinali, 1 caso di cirrosi epatica da S., mentre in 1 caso era presente sia la forma urinaria che quella epatica. I Paesi d'origine erano prevalentemente Mali (10), Madagascar (8), Ghana (6), Costa d'Avorio (3), Gambia (3), Eritrea (3), Somalia, Nigeria, Guinea, Sierra Leone e Senegal (1). Dal 2015 si è verificato un notevole aumento dei casi a carico dei migranti forzati. Un discorso a parte va fatto per le pazienti provenienti dal Madagascar, che lavoravano in una risaia a piedi nudi, sottoposte a screening in seguito al riscontro di cirrosi epatica da S. in una di loro. La fenomenologia clinica di maggior rilievo è l'ematuria macroscopica. In tutti i pazienti è stato somministrato Praziquantel secondo peso corporeo, ed è stata quindi eseguita la ricerca delle uova per confermare l'eradicazione dei trematodi. Il farmaco non ha mostrato effetti collaterali. Solo in 4 casi è stato necessario ripetere la terapia fino alla negativizzazione dell'esame delle urine. È stato riscontrato 1 caso di neoplasia vescicale e nessun caso di S. acuta.

Conclusioni

L'andamento dell'incidenza negli anni ha mostrato un trend in aumento, in particolare negli ultimi anni, che riflette i dati dei flussi migratori nel nostro Paese legati alla migrazione forzata.

Contatto: Elisa Pollaccia (elisa.pollaccia@hotmail.it)

Schistosomiasi, una parassitosi "confinata"

DELLA PEPA M.E.¹, IANNIELLO D.², RINALDI L.², MAURELLI M.P.², PEPE P.², DELLA ROCCA M.T.¹, MELARDO C.¹, GUALDIERI L.³, CRINGOLI G.², GALDIERO M.¹

¹ Dipartimento di Medicina Sperimentale, sezione di Microbiologia e Virologia Clinica, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli; ² Dipartimento di Medicina Veterinaria e Produzioni Animali, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli; ³ Centro Tutela Salute Immigrati (CTSI), Ospedale Ascalesi, Napoli.

Introduzione e obiettivi

La Schistosomiasi è una parassitosi provocata da vermi trematodi appartenenti al genere *Schistosoma* con particolare rilevanza per l'uomo: *S. haematobium* (schistosomiasi urinaria), *S. mansoni* e *S. japonicum* (schistosomiasi intestinale). Più di 74 Paesi nel mondo sono considerati endemici per questa malattia e circa 200 milioni di persone risultano infette. Negli ultimi anni sono aumentati i flussi migratori da aree in cui la schistosomiasi risulta più frequente, facendone emergere il problema della cura e del controllo nel nostro territorio. Dalla decennale esperienza del CReMoPar (Centro Regionale per il Monitoraggio delle Parassitosi) dell'UNINA in collaborazione con l'Università della Campania L. Vanvitelli, nasce a Napoli l'URPIM (Unità di Ricerca per il Monitoraggio delle Parassitosi Intestinali dei Migranti dell'area del Mediterraneo) che dal 2012 effettua attività di screening per le parassitosi intestinali ed un percorso diagnostico per *S. haematobium* per i soggetti con ematuria in atto o pregressa.

Metodi/Azioni

La popolazione sottoposta a monitoraggio è rappresentata dai migranti che frequentano il CTSI per problemi di salute generale. Tutti i campioni, sia di feci che di urine, sono stati analizzati utilizzando la FLOTAC dual technique, tecnica copromicroscopica quali-quantitativa dotata di elevata sensibilità diagnostica. La tecnica FLOTAC è stata applicata anche ai campioni urinari, con un protocollo dedicato.

Risultati

A tutt'oggi sono stati monitorati 3109 pazienti per parassitosi intestinali; 43 soggetti (1,4%) sono risultati positivi a *S. mansoni*; il 37% presentava sintomi caratteristici e per il 63% erano asintomatici. I soggetti che per anamnesi di ematuria erano stati testati per la ricerca di uova di *S. haematobium* nelle urine sono stati 31, con una positività del 68%. In entrambi i casi, la netta provenienza (95%) era da Paesi dell'Africa sub-sahariana. Tutti i pazienti risultati positivi alla microscopia hanno ricevuto idonei trattamenti, grazie alla donazione da parte dell'OMS del praziquantel e sono risultati negativi post-trattamento farmacologico, mettendo in evidenza l'efficacia della terapia somministrata.

Conclusioni

La schistosomiasi, in particolare urinaria, resta una malattia sottostimata da un punto di vista diagnostico, poiché di fronte ad un quadro clinico di ematuria si predilige un approccio di tipo sierologico e radiografico, escludendo un possibile esame parassitologico. In merito alla terapia le barriere sono ancor meglio demarcate, visto che il praziquantel in Italia è commercializzato esclusivamente per uso veterinario. Questo rappresenta un "confine" ad una patologia che invece può, con le attuali dinamiche di popolazione, giungere anche nel nostro territorio; restano invece le gravi conseguenze (cancro vescicale, insufficienza renale, cirrosi epatica) ai soggetti infetti, qualora non abbiano un adeguato e tempestivo trattamento.

Contatto: Davide Ianniello (ianniello_d@yahoo.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Il monitoraggio, la “frontiera” per le parassitosi neglette

IANNIELLO D.¹, DELLA PEPA M.E.², RINALDI L.¹, MAURELLI M.P.¹, PEPE P.¹, CHIANESE A.², RUSSO C.², CURTO S.³, CRINGOLI G.¹, GALDIERO M.²

¹ Dipartimento di Medicina Veterinaria e Produzioni Animali, Università degli studi di Napoli Federico II, Napoli; ² Dipartimento di medicina sperimentale, sezione di Microbiologia e virologia clinica, Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli; ³ Dipartimento della donna, del bambino e di chirurgia generale e specialistica, Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Introduzione e obiettivi

Il crescente fenomeno dell’immigrazione di popolazioni dai Paesi in via di sviluppo verso l’Europa ha fatto emergere il problema del controllo delle malattie parassitarie, molte delle quali ormai eradicata dal territorio del nostro Paese. La regione Campania con una popolazione di 14.402 migranti è la terza regione in Italia (Min. dell’Int., 2017). Al fine di offrire agli immigrati un’adeguata assistenza parassitologica per una civile accoglienza, dalla decennale esperienza e con la collaborazione del CREMOPAR (Centro Regionale per il Monitoraggio delle Parassitosi) dell’UNINA, dal 2012 nasce a Napoli l’URPIM (Unità di Ricerca per il Monitoraggio delle Parassitosi Intestinali dei Migranti dell’area del Mediterraneo) presso l’Università degli Studi della Campania L. Vanvitelli.

Metodi/Azioni

La popolazione sottoposta a monitoraggio è rappresentata dagli immigrati che frequentano il Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati del Presidio Ospedaliero ‘Cardinale Ascalesi’ di Napoli per problemi di salute generale. Ad ogni paziente è stato chiesto di fornire un campione biologico; tutti i pazienti risultati positivi all’esame copromicroscopico hanno ricevuto idonei trattamenti. Per una visione più ampia circa le modalità di trasmissione delle infezioni parassitarie tra familiari nelle comunità residenti a Napoli, sono stati controllati anche soggetti che condividevano abitazioni e abitudini alimentari e stili di vita (es. mangiare dallo stesso piatto) con pazienti risultati infetti da almeno una specie parassitaria. Tutti i campioni sono stati analizzati utilizzando la FLOTAC dual technique, tecnica copromicroscopica quali-quantitativa, con l’ausilio del Fill-FLOTAC.

Risultati

A tutt’oggi sono stati monitorati 3109 pazienti; di questi 1326 (42,6%) sono risultati positivi ad almeno un parassita intestinale patogeno. I parassiti maggiormente riscontrati sono stati: Blastocystis hominis (22,9%), Entamoeba coli (12,9%), Ancylostoma duodenale (6,1%), Trichuris trichiura (3,2%), Giardia duodenale (2,8%), Schistosoma mansoni (1,4%). Tutti i pazienti infetti, controllati dopo trattamento farmacologico, sono risultati negativi, a testimonianza dell’efficacia della terapia somministrata. Sono stati monitorati anche 249 conviventi di 108 soggetti positivi, di questi solo 2 soggetti presentavano lo stesso parassita.

Conclusioni

Questi dati confermano l’importanza di un monitoraggio continuo delle parassitosi intestinali nelle popolazioni provenienti da Paesi endemici. La persistenza di queste infezioni nella popolazione immigrata che risiede in Italia da diversi anni sembra essere dovuta alla trasmissione in ambito domestico. Tuttavia, la disponibilità di acqua pulita, le migliori condizioni socio-economiche, la disponibilità e l’utilizzo di idonei servizi limitano la trasmissione e/o la reinfezione sia all’interno dei nuclei familiari sia nella popolazione locale.

Contatto: Davide Ianniello (ianniello_d@yahoo.it)

L'offerta vaccinale della ASL Roma 4 ai minori migranti nel periodo 2013-2017

FUSILLO C.¹, SINOPOLI M.T.¹, MORUCCI L.², LOPALCO M.³, BENIGNI M.¹, ROSSI S.¹, SERRA M.C.¹, SGRICIA S.¹, QUINTAVALLE G.¹

¹ ASLRM4, Civitavecchia, Roma; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; ³ Auxilium, CARA Castelnuovo di Porto

Introduzione e obiettivi

Il 2017 è stato un anno ricco di novità sul tema delle vaccinazioni con la pubblicazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) e della legge n. 119 del 31 luglio 2017 sull'obbligo vaccinale. La ASL Roma 4 ha recepito integralmente tale normativa offrendo a tutta la popolazione, compresa quella migrante, tutte le vaccinazioni previste. Nel territorio aziendale l'accoglienza dei migranti è assicurata dal sistema degli SPRAR, da un CAS e dal CARA di Castelnuovo di Porto, uno dei più grandi d'Italia.

Metodi/Azioni

Tramite l'utilizzo del software ARVA Target sono stati analizzati i dati relativi alle vaccinazioni effettuate sulla popolazione minore migrante nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2013 ed il 31 dicembre 2017.

Risultati

Il numero complessivo dei vaccinati è stato di 395, 246 maschi e 149 femmine, provenienti principalmente da Eritrea, Siria, Nigeria, Pakistan, Ghana e Afghanistan. L'analisi dei dati ha evidenziato un trend in aumento del numero di vaccini somministrati nel corso del quinquennio 2013-2017, soprattutto per:- AntiDTa-HIB-IPV-HepB: 111 nel 2017 vs 59 del 2013;- Anti DT Adulti: 20 nel 2017 vs 5 del 2013;- Anti DTPa Adulti: 15 nel 2017 vs 0 del 2013;- Anti MPR-V: 102 nel 2017 vs 1 del 2013;- Antipneumococco 13 coniugato: 116 nel 2017 vs 47 del 2013;- AntiRotavirus Rotarix: 12 nel 2017 vs 0 del 2013;- Antimeningococco B: 16 nel 2017 vs 0 del 2013;- Antimeningococco ACWY: 64 nel 2017 vs 0 del 2013;- AntiHPV9: 3 nel 2017 vs 0 del 2013.

Conclusioni

I minori migranti hanno ricevuto un'offerta relazionata al tempo di permanenza nel territorio aziendale dipendente dalle politiche migratorie e dalla relocation internazionale. È stato più agevole rispettare l'aderenza al calendario vaccinale degli ospiti del CARA, che costituiscono una popolazione nota, poiché la vaccinazione avviene in loco e si dispone di mediatori culturali e della stretta collaborazione con il personale del centro, contrariamente a quanto avviene negli SPRAR dove è l'utente che deve accedere spontaneamente ai centri vaccinali. Nel corso del quinquennio 2013-2017 i casi di rifiuto alla vaccinazione sono stati solo 5, motivati da ragioni religiose. Le novità introdotte dal PNPV hanno impattato significativamente sul numero di dosi di vaccino/minore e sulla tipologia degli stessi, come si può vedere dalle dosi di antiRotavirus, antiMenB, antiMenACWY e antiHPV9. Il maggior numero di vaccinazioni antipneumococco 13 è legato all'indicazione della Regione Lazio del recupero sierotipico dei minori di anni 18. L'outbreak di varicella avvenuto tra il 2015 ed il 2016 nel CARA ha giustificato l'uso del vaccino MPR-V già prima dell'introduzione dell'obbligo vaccinale in considerazione della necessità di prevenire focolai epidemici in un ambiente circoscritto. In conclusione, i dati evidenziano l'attenzione della ASL Roma 4 verso la popolazione migrante che beneficia della stessa offerta vaccinale di quella residente.

Contatto: Clara Fusillo (clara.fusillo@aslroma4.it)

Integrazione di dati, analisi di processi e comportamenti nelle reti sociali, estrazione e diffusione della conoscenza: framework loP per la prevenzione

SCATÀ M.¹, DI STEFANO A.¹, LA CORTE A.¹, RASPAGLIESI M.²

¹ Università degli Studi di Catania – Dipartimento di Ingegneria Elettrica, Elettronica e Informatica (DIEEI);

² Unità operativa complessa Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera per l’Emergenza Cannizzaro

Introduzione e obiettivi

La letteratura scientifica dimostra come vi sia un grande interesse nell’innovare la progettazione dei sistemi ICT per meglio supportare il sistema sanità. Una delle più interessanti sfide della ricerca scientifica è acquisire una più profonda comprensione delle dinamiche complesse dei processi umani, dalla loro organizzazione sociale alle politiche di prevenzione, dalla personalizzazione della medicina all’incremento della consapevolezza e partecipazione collettiva. La ricerca scientifica interdisciplinare deve rispondere a questa continua evoluzione indagando su aspetti che riguardano reti sociali, comportamenti umani, consapevolezza collettiva e fenomeni di diffusione. Lo studio e la progettazione di metodologie analitiche di integrazione di dati, di estrazione della conoscenza e di analisi di dinamiche delle reti sociali ha come obiettivo anche la realizzazione di studi osservazionali che permettano di analizzare la percezione di utenti di una rete sociale su malattie quali HIV ed epatiti. In tale contesto, viene presentata una piattaforma ICT “*people-oriented*” (Internet of People – loP) utilizzabile per studiare ed aumentare la consapevolezza collettiva e singola di migranti ed autoctoni su HIV ed epatiti.

Metodi/Azioni

La metodologia scientifica applicata si sviluppa attorno ad un approccio bio-inspired ed interdisciplinare che fa uso di reti sociali multiplex per effettuare uno studio osservazionale. Attraverso analisi della struttura e dei processi che caratterizzano una rete sociale, il sistema ICT proposto permette di catturare le dinamiche complesse a livello microscopico, macroscopico e mesoscopico e di realizzare studi osservazionali sulla conoscenza, da parte di migranti e non, di malattie sessualmente trasmissibili e sull’efficacia di attività di sensibilizzazione. Le metodologie utilizzate nel sistema ICT consentono di prevedere le dinamiche evolutive dei comportamenti singoli e collettivi.

Risultati

I risultati dimostrano come nella rete sociale aspetti quali la similarità tra individui, l’eterogeneità, la consapevolezza impattano sui processi dinamici e sulla diffusione di comportamenti, virus e idee. L’ingegnerizzazione dei comportamenti umani, l’integrazione dei dati eterogenei, l’estrazione della conoscenza all’interno di una rete sociale, forniscono strumenti e modelli analitici per indagare, in modo prospettico, sulla percezione e consapevolezza della prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili in migranti ed autoctoni. Il sistema ICT realizzato è utilizzabile anche per analoghi studi in altri ambiti della sanità, permettendo servizi personalizzati, partecipativi e preventivi.

Conclusioni

Il sistema ICT realizzato si inserisce in studi di ricerca scientifica interdisciplinari rivolti ad ingegnerizzare fenomeni sociali dinamici e comportamenti umani, individuali e collettivi, estraendo e diffondendo conoscenza dall’integrazione di dati, processi e comportamenti, utilizzabile per studi osservazionali in ambito di prevenzione sanitaria.

Contatto: Marialisa Scatà (marialisa.scata@gmail.com)

Fare rete per accogliere: l'esperienza della Asl Roma 4

SINOPOLI MT.¹, FUSILLO C.¹, MORUCCI L.², TRANI F.¹, MARCHETTI C.¹, DI MARZIO L.¹, SERRA M.C.¹, SGRICIA S.¹, QUINTAVALLE G.¹

¹ ASLRoma 4, Civitavecchia, Roma; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Introduzione e obiettivi

Nella ASL Roma 4 sono presenti un CAS, ospitante circa 100 persone, il CARA di Castelnuovo di Porto (CNP), che con una popolazione di oltre 900 ospiti è uno dei più grandi d'Italia, e il sistema degli SPRAR, presenti in molti dei 28 Comuni del territorio aziendale. La mission della ASL è la promozione e la tutela della salute, con particolare attenzione alla prevenzione, e la necessità di garantire l'equità e la parità di prestazioni tra i cittadini residenti e i migranti.

Metodi/Azioni

La creazione di un "Piano migrare in salute" a cui collaborano professionisti di formazione multidisciplinare che operano in diversi Servizi aziendali, costituisce lo strumento privilegiato per la presa in carico dei migranti attraverso la creazione di una rete assistenziale intra-aziendale. La costituzione di una Task Force per la gestione delle malattie infettive nei migranti costituisce uno strumento di controllo e prevenzione delle malattie diffuse, soprattutto nei grandi Centri per rifugiati. La presenza, inoltre, nel Distretto a maggiore concentrazione di migranti, di un centro di orientamento sanitario è uno strumento importante di alfabetizzazione dello straniero sull'offerta sanitaria aziendale e sulle modalità di accesso alla stessa.

Risultati

L'organizzazione sopradescritta si accompagna alla stretta collaborazione tra il personale aziendale e il personale delle strutture di accoglienza, che ha alla base anche momenti formativi congiunti su tematiche specifiche. L'attività degli operatori aziendali direttamente all'interno dei Centri è essenziale per consentire di raggiungere il maggior numero possibile di persone, migliorando la compliance e promuovendo la cultura dell'informazione, anche attraverso la collaborazione di mediatori culturali. Ciò si è rivelata particolarmente importante nelle attività di prevenzione, di più difficile adesione spontanea, sia nella popolazione migrante che in quella residente, in quanto strettamente associata a una conoscenza di base e alla fiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie. Per esempio, nel CARA di CNP le coperture vaccinali per la poliomielite nella popolazione adulta sfiorano il 100% e ugualmente alte sono le coperture vaccinali per i minori, i quali accedono a tutte le vaccinazioni previste per fascia di età dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, con l'unica limitazione data dalla durata della permanenza sul territorio per il completamento dei cicli. Ugualmente importanti sono la possibilità di vaccinare i soggetti a rischio e le donne in gravidanza per influenza e pertosse, nonché l'attività di immunizzazione dei conviventi per il controllo di malattie diffuse come varicella, epatite B, ecc.

Conclusioni

La rete organizzativa intra-aziendale e la collaborazione con le strutture che operano sul territorio si sono dimostrate essere le modalità più idonee per garantire la presa in carico, il più possibile organica, di una popolazione fragile e di difficile raggiungimento come quella migrante.

Contatto: Maria Teresa Sinopoli (mariateresa.sinopoli@aslroma4.it)

Offerta attiva di orientamento sanitario e di prevenzione: un'esperienza di medicina di prossimità in un contesto multi-etnico di Roma

GERACI S.¹, PETTINICCHIO V.²; GIANNINI D.¹, CIVITELLI G.¹, LANDEO M.L.¹, MUTTA I.¹, GNOLFO F.³, LIDDO M.¹

¹ Caritas di Roma, Area Sanitaria; ² Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma Tor Vergata; ³ Azienda USL Roma 1

Introduzione e obiettivi

Il progetto InformaSaluteSuStrada dell'Area Sanitaria Caritas di Roma, avviato nel 2013, si adopera per la Promozione della Salute delle persone in situazione di disagio socio-sanitario, italiane e straniere, con particolare attenzione a luoghi di aggregazione del I Municipio e al Rione Esquilino. Obiettivi del progetto sono: offerta attiva di orientamento socio-sanitario per l'accesso ai servizi e agli screening regionali, con un presidio fisso al multi-etnico mercato dell'Esquilino, per raggiungere anche comunità più invisibili e culturalmente distanti (rom, cinesi, bengalesi, abitanti di edifici occupati); formazione multidisciplinare dei giovani sui temi delle disuguaglianze sociali e sanitarie. Dal 2014, in collaborazione con il SSR (ASL Roma 1) si è attivato il progetto collegato, Banco della Salute, per interventi di prevenzione primaria e secondaria dei tumori femminili, in ambito cardiovascolare, del diabete e della salute orale.

Metodi/Azioni

Presenza settimanale di una postazione nel mercato, per l'orientamento socio-sanitario ai servizi del territorio attraverso percorsi di fruibilità realizzati in rete; utilizzo della metodologia dell'offerta attiva in interventi di prossimità; valorizzazione di équipes multidisciplinari integrate pubblico-privato sociale nelle giornate dedicate alla prevenzione; formazione dei giovani universitari e sensibilizzazione di altri giovani e della società civile mediante dinamiche partecipative ed esperienze *on the job*.

Risultati

Dal 2013 al 2017 sono state orientate 2261 persone in 179 uscite dell'InformaSaluteSuStrada, di cui 66 in sinergia con il Banco della Salute. 1400 contatti hanno beneficiato dell'offerta attiva di prevenzione: il 50,3% cardiovascolare e diabetologica, il 20% per la salute della donna, il 26,7% per la salute orale. Si contano il 56,9% di maschi e più di 90 nazionalità diverse: tra gli 84,5% stranieri maggiormente presenti sono bengalesi (31,8%), cinesi (6,4%), peruviani (5,8%). Gli italiani sono il 9,5%. Sono rappresentate tutte le fasce di età tra i 18 e i 50 anni, con preponderanza nella terza e quarta decade. Il 71,5% degli stranieri è titolare di permesso di soggiorno, di questi l'89,6% è iscritto al SSN. Si è valutato anche che il 27% di 457 iscritti afferma di non accedere dal medico di base per problemi amministrativi (residenza), sociali, linguistici o disinformazione. Hanno partecipato al progetto 54 giovani provenienti da diverse facoltà (prevalentemente medicina) formandosi come in un "laboratorio di salute globale". Sono state effettuate anche 5 uscite presso un edificio occupato e partecipazioni ad eventi socio-culturali, per la sensibilizzazione e il coinvolgimento della società civile.

Conclusioni

Alcuni esercenti stranieri si sono spontaneamente coinvolti, rivelandosi "agenti di salute" e "naturali facilitatori": tra le ipotesi per la nuova programmazione si prospetta uno studio che valuti l'impatto del progetto in termini di empowerment di comunità.

Contatto: Marica Liddo (marica.liddo@caritasroma.it)

Medicina di prossimità e mediazione di sistema: interventi socio-sanitari per immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica negli edifici occupati di Roma

EUGENI E.¹, BRANDIMARTE A.², COLOSIMO F.³, GNOLFO F.³, LEOTTA D.⁴, NAPOLI P.³, BAGLIO G.⁵

¹ SIMM; ² ASL Roma 1; ³ ASL Roma 2; ⁴ ASL Roma 3; ⁵ Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Roma

Introduzione e obiettivi

A partire dalle esperienze di medicina di prossimità svolte nel 2014 e nel 2015 con i migranti in transito nella città di Roma, alla fine del 2015, su mandato regionale, si è costituito un gruppo di lavoro di cui fanno parte le ASL metropolitane e l'INMP, allo scopo di avviare programmi di tutela della salute improntati all'offerta attiva di *primary care* nei luoghi di vita e all'orientamento ai servizi.

Metodi/Azioni

In ogni edificio individuato (uno per ciascuna ASL coinvolta), sono state organizzate quattro giornate rispettivamente dedicate a: normativa relativa all'accesso ai servizi sanitari, salute della donna, salute del bambino, stili di vita e patologie croniche. Nell'ambito delle giornate, équipe multidisciplinari composte da operatori sanitari e sociali delle ASL e, in alcuni casi, dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e dei Municipi hanno svolto un'attività di educazione sanitaria, anche mediante la distribuzione di materiale informativo; realizzato un orientamento attivo ai servizi sanitari territoriali, con il supporto di "mappe di fruibilità" appositamente realizzate; erogato prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e psicologiche minime. Quando necessario, gli utenti sono stati indirizzati ai servizi sanitari territoriali per ulteriori approfondimenti diagnostici. L'attività nel suo complesso è stata inserita all'interno di un corso ECM organizzato dall'INMP in collaborazione con le ASL; nell'ambito del corso, articolato in due giornate, sono stati formati i professionisti dei servizi all'accoglienza e alla relazione interculturale, ed è stato favorito l'incontro tra gli operatori sociosanitari e i migranti nei contesti di vita di questi ultimi.

Risultati

Sono stati realizzati circa 305 interventi, prevalentemente a vantaggio di persone provenienti da Paesi extra-UE. Gli interventi hanno riguardato problemi di salute dell'utente nel 78% dei casi: controlli in gravidanza e informazioni sui pap test, visita pediatrica e vaccinazioni per i bambini, controllo glicemia e pressione, prestazioni di oculistica, dermatologia, ortopedia e odontoiatria, esenzione ticket, domicilio sanitario, STP/ENI. Tra le questioni di ordine sociale, di particolare rilievo risultano essere le questioni legate alla residenza (12%) che si conferma un tema particolarmente critico.

Conclusioni

L'attività nel suo complesso risulta particolarmente importante, sia per l'assistenza socio-sanitaria garantita che per il modello sperimentato, centrato sulle ASL ma in un'ottica di "rete", intesa come sistema dialogante di una pluralità di attori e professionalità differenti. Tale modello risulta potenzialmente replicabile in altri contesti; e utile tanto per fronteggiare situazioni di emergenza, quanto nella prospettiva di costruire e sostenere una programmazione più articolata sul lungo periodo.

Contatto: Erica Eugeni (erica.eugeni@gmail.com)

Il progetto "OLTRE LA STRADA" in Emilia Romagna: le attività per la "riduzione del danno" a Piacenza

DONISI A.

UOS Medicina delle Migrazioni – Dipartimento delle Cure Primarie – AUSL di Piacenza

Introduzione e obiettivi

Nel 1996 la Regione Emilia Romagna ha deliberato il progetto "Oltre la strada", per l'attivazione di azioni di prevenzione socio-sanitaria da parte dei Comuni, in collaborazione con le Aziende USL, e la messa in atto di interventi mirati nei confronti dei soggetti che si prostituiscono (SW), come parte di una popolazione particolarmente vulnerabile alle malattie a trasmissione sessuale (MTS) e all'HIV. In questo contesto normativo, dal 1998, è in atto una collaborazione, tra i Servizi Sociali e l'Ambulatorio Immigrati della AUSL di Piacenza, per la cosiddetta "riduzione del danno", ovvero lo screening per MST. Obiettivo di tale lavoro è presentare i risultati di uno screening per MST nei confronti di soggetti dediti alla prostituzione.

Metodi/Azioni

Ad ogni soggetto che esercita la prostituzione nel territorio cittadino di Piacenza, viene offerta, attraverso le "Unità di strada", la possibilità di accedere liberamente e senza oneri, ad uno screening per le principali MST. Lo screening comprende: HBsAg, HCVAb, HIVAb, VDRL, tamponi vaginali ed endocervicali per la ricerca di batteri, miceti, Clamidia e Ureaplasma/Mycoplasma. Per ogni soggetto che accede, viene inoltre compilata una cartella anamnestica che include informazioni sui comportamenti sessuali. In caso di infezione accertata, vengono predisposti direttamente terapia e follow up o, dove indicato, l'invio a centri specialistici di II livello.

Risultati

Nel periodo 1998 – 2017 sono afferiti 1306 SW, con età media 23.5 anni (18 -42), prevalentemente di sesso femminile (91.7% F, 8.3% M) e con prevalente provenienza geografica dall'Africa sub-sahariana (68%). I soggetti di sesso maschile erano tutti transgender. I risultati dello screening sono stati i seguenti: HBsAg 4.5%, HCVAb 3.1%; HIVAb 6.9%, sifilide 4.1%. Nel 41% dei SW di sesso femminile è stata formulata una diagnosi di cervicite (Clamidia = 5%, Ureaplasma/Mycoplasma = 95%). Nel gruppo di SW di sesso maschile è stata rilevata la presenza di coinfezione HIV/sifilide nel 15%. Il 97% dei soggetti ha dichiarato di utilizzare il condom durante l'attività sulla strada (nel 77% SW di sesso femminile e 23 % SW maschi).

Conclusioni

La prevalenza di MST, complessivamente considerate, è sovrapponibile a quella rilevata in altri studi di settore. Nella nostra popolazione, all'interno del gruppo di SW transgender di sesso maschile, la prevalenza di infezioni è risultata superiore, verosimilmente per il contemporaneo uso, durante l'attività di prostituzione, di sostanze stupefacenti che abbassano la percezione del rischio e la conseguente adozione di misure precauzionali nei confronti delle MST. Il programma nel suo complesso è risultato efficace nell'offrire ad una fascia di popolazione particolarmente vulnerabile, la possibilità di screening, terapia e counselling.

Contatto: *Alessandra Donisi (a.donisi@ausl.pc.it)*

Disagio abitativo e Patologie correlate

SACCANI M.¹, INCERTI TELANI M.²

¹ CSFS (Centro Salute Famiglia Straniera) - AUSL Reggio Emilia; ² Drop In - Cooperativa La Quercia, Reggio Emilia

Introduzione e obiettivi

Dal 1999, Cooperativa La Quercia gestisce, in collaborazione con il SerD dell'Azienda USL di Reggio Emilia, una struttura a Bassa Soglia di Accesso (Drop In / Servizio Educativo Integrato) per persone con dipendenze da sostanze psicoattive. La maggior parte dell'utenza accolta dal servizio si trova in condizione di grave marginalità e forte disagio abitativo. Il tema della salute delle persone senza dimora è emerso all'interno di un gruppo di lavoro Fio.PSD (Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora), al quale Cooperativa La Quercia partecipa in qualità di socio. I dati statistici sulle patologie correlate alla vita di strada sono scarsi, l'accesso alle cure per chi non ha residenza o si trova in condizione di povertà non è sempre garantito, e i servizi sanitari che si occupano di questa utenza sono molto frammentati. Questa ricerca, svolta in collaborazione con l'ambulatorio SerD a Bassa Soglia e l'ambulatorio del Centro per la Salute della Famiglia Straniera dell'AUSL di Reggio Emilia, intende rilevare la condizione abitativa dei pazienti afferenti ai suddetti ambulatori nel periodo di riferimento 01.01.2018-31.03.2018, in rapporto al motivo degli accessi sanitari come determinante della salute. Obiettivo dello studio è verificare se esistono patologie predominanti nelle persone senza dimora e, nell'eventualità, identificarle.

Metodi/Azioni

La raccolta dati è effettuata tramite somministrazione di questionario (tradotto in cinque lingue) ai pazienti afferenti all'ambulatorio SerD a Bassa Soglia e all'ambulatorio del Centro Salute della Famiglia Straniera, che, per mantenere l'anonimato del dato raccolto, assegnano ad ogni questionario un numero identificativo, nel pieno rispetto della normativa sulla privacy. La compilazione è supportata dalla presenza dei mediatori interculturali. Il questionario strutturato sulla base della classificazione ETHOS, sviluppata da FEANTSA (Federazione Europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora) e relativa alla situazione abitativa, permette di inquadrare il paziente in una delle seguenti categorie: a) persone senza tetto, b) persone prive di una casa, c) persone che vivono in condizioni di insicurezza abitativa, d) persone che vivono in condizioni abitative inadeguate. La raccolta dati prevede la rilevazione dell'iscrizione o meno al SSR (Servizio Sanitario Regionale).

Risultati

I risultati sono parziali in quanto la raccolta dati è in corso, con termine il 31 marzo 2018, e non è possibile oggi quantificare la ricerca nel suo complesso. 1) Le patologie rilevate ad oggi sono prevalentemente odontoiatriche, lesioni cutanee, postumi di fratture, dipendenze e problemi di salute mentale. 2) Nonostante il periodo di riferimento della ricerca coincida con il programma di accoglienza invernale (01/12/2017-31/03/2018), che prevede una maggior disponibilità di posti letto per senza dimora, molte delle persone, che hanno aderito al monitoraggio, si trovano in strada o in sistemazioni di fortuna. 3) Le persone sono iscritte al SSR come STP (Straniero Temporaneamente Presente), con scelta dell'MMG (Medico di Medicina Generale), e alcune sono senza assistenza perché non iscrivibili.

Conclusioni

L'interpretazione dei dati ci permette di: – utilizzarli per azioni di prevenzione, screening; – confermare o screditare eventuali pregiudizi o allarmismi; – monitorare le politiche, affinché siano adeguate al problema; – conoscere le disuguaglianze di accesso alle cure per i senza dimora e promuovere azioni di advocacy.

Contatto: *Monica Incerti Telani (monica.incertitelani@gmail.com)*

Determinanti sociali di malattia: un caso emblematico

BRUSSI V.¹, GANDOLFI C.², GNESUTTA D.¹, MAURO K.¹, PILUTTI G.¹, PISCHIUTTI A.¹, PITZALIS G.²

¹ Dipartimento di prevenzione-Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine; ² GrIS FVG

Introduzione e obiettivi

Nel gennaio 2018 perviene al Dipartimento di Prevenzione dell'ASUIUD la notifica di un caso di Tuberculosis polmonare bacillifera in X.Y., 26 anni, afgano, titolare di regolare permesso di soggiorno per protezione sussidiaria, senza dimora, occupante, assieme ad altri connazionali nella stessa condizione giuridica, una baracca abbandonata. Il paziente e i suoi compagni sono noti al servizio di prevenzione in quanto valutati nel percorso di prima accoglienza sanitaria dei richiedenti protezione internazionale previsto dai protocolli regionali. Infatti X.Y. nel febbraio 2016 ha effettuato tutti gli accertamenti previsti e, relativamente alla TB, è stata posta la diagnosi di I.T.L. per riscontro di positività alla prova tubercolinica con radiografia del torace negativa. In tale occasione si è ritenuto non opportuno iniziare una terapia preventiva della tubercolosi per l'assenza di garanzie rispetto alla compliance, rimandando tale decisione ad una fase di maggiore stabilità abitativa.

Metodi/Azioni

X.Y., all'ottenimento del permesso di soggiorno per protezione sussidiaria, concluso il periodo previsto per l'accoglienza, non avendo nè lavoro né reddito, come molti altri connazionali, ha cercato una sistemazione di fortuna, accampandosi sotto una tettoia nei pressi del cimitero perdendo anche il contatto con il circuito della mensa per i bisognosi. Nel dicembre 2017, dopo oltre un anno di vita di strada, i compagni chiamano il 118 viste le sue condizioni di salute ormai fortemente scadute. Nonostante la sindrome di Salgari resti piuttosto diffusa fra gli operatori sanitari, nel caso in questione è prevalsa una prudenza forse eccessiva che, dopo una diagnosi iniziale di polmonite bilaterale, ha portato con ritardo alla notifica di tubercolosi. Gli assistenti sanitari della Medicina Sociale del Dipartimento di Prevenzione eseguono l'indagine epidemiologica, prima al letto di ospedale del paziente, quindi recandosi al dormitorio di fortuna e negli altri luoghi frequentati da X.Y. I contatti vengono invitati presso il Dipartimento di Prevenzione per l'esecuzione dei controlli e di eventuali terapie.

Risultati

Il caso è ricoverato in Clinica Malattie Infettive in quanto bacillifero; fra i 13 contatti stretti (amici/conviventi) controllati, 3 sono in terapia preventiva per riscontro di I.T.L. Alcuni dei contatti sono irreperibili, altri sono probabilmente in Austria; molti di loro sono stati contattabili solo tramite l'apertura di un profilo facebook aziendale, peraltro solo messenger, in quanto analfabeti nella propria lingua, e utilizzabile solo grazie al mediatore culturale.

Conclusioni

Quando vengono meno elementi prioritari della accoglienza quali alloggio, cibo, rete sociale, il patrimonio di salute in breve tempo si depaupera e la loro assenza ha un peso determinante nella insorgenza di malattie, vanificando il lavoro di medicina preventiva degli operatori della sanità pubblica.

Contatto: Valentina Brussi (valentina.brussi@asuiud.sanita.fvg.it)

La validazione linguistica e culturale della scala PCCPS per misurare la 'cultural competence' degli infermieri: un progetto in progress

GRADELLINI C.^{1,5}, AHMED R.², MECUGNI D.³, TOLENTINO DIAZ M.Y.^{4,5}, MARCECA M.^{4,5}, FINOTTO S.¹

¹ Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia/Università di Modena e Reggio Emilia; ² University of Ottawa; ³ CdL Infermieristica (RE), Università di Modena e Reggio Emilia; ⁴ Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ⁵ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione e obiettivi

L'OMS definisce il più alto livello di salute raggiungibile un diritto fondamentale di ogni essere umano. Gli elementi integranti il diritto alla salute, disponibilità, accessibilità e qualità, sono fortemente correlati alle conoscenze e alle competenze dei professionisti della salute. Poiché la competenza culturale garantisce risposte assistenziali e di cura efficaci, in contesto interculturale, si rende necessario comprendere come valutare tale competenza. Gli strumenti attualmente disponibili in letteratura sono tutti in lingua inglese e misurano il livello di competenza esclusivamente dal punto di vista degli operatori. Tale condizione suggerisce la necessità di un nuovo strumento. Un gruppo di lavoro multicentrico, che vede la collaborazione dell'Università di Modena e Reggio Emilia, dell'Università Sapienza di Roma e della University of Ottawa (Canada), sta lavorando sul completamento del processo di validazione di una scala specifica, attraverso l'analisi delle proprietà psicometriche. Il processo è stato approvato dal Comitato Etico Provinciale del paese principal investigator (Italia).

Metodi/Azioni

La Physicians' Cultural Competence for Patient Satisfaction (PCCPS), che misura la percezione della persona relativamente alla competenza culturale del medico, è stata tradotta in italiano e adattata al contesto infermieristico, seguendo i modelli di Beaton e Sousa. Il campione di ricerca è costituito da persone immigrate che accedono a un servizio di salute. I criteri di inclusione sono un livello intermedio di competenza della lingua italiana (considerando i livelli del Council of Europe) e un accesso ai servizi non antecedente le due settimane. Si escludono i pazienti in regime di urgenza.

Risultati

Nella prima parte del processo di validazione, in uno studio precedente, la scala, tradotta e adattata al contesto infermieristico, ha raggiunto la validità di facciata (70%) di contenuto (indice di validità di contenuto/I-CVI 0.8; indice di validità della scala/S-CVI 0.9). Seguendo i modelli di Beaton e Sousa, per completare l'adattamento linguistico-culturale e la validazione della scala, è necessario procedere con l'analisi multifattoriale dello strumento. A oggi sono state arruolate circa 350 persone immigrate.

Conclusioni

Il prodotto finale, Scala delle Competenze Culturali Infermieristiche (SCCI), sarà l'unica scala validata, in lingua italiana, che misura la competenza culturale dell'infermiere dal punto di vista dell'utenza immigrata.

Contatto: Cinzia Gradellini (cinzia.gradellini@ausl.re.it)

Medicina e migrazioni: le prestazioni ambulatoriali di un presidio medico dedicato all'assistenza degli immigrati irregolari e/o clandestini

DAVI D., AFFRONTI M.

Dipartimento Biomedico di Medicina Interna e Specialistica (Di.Bi.M.I.S.), Università degli Studi di Palermo

Introduzione e obiettivi

Questo lavoro si propone di analizzare le prestazioni ambulatoriali di un presidio medico dedicato all'assistenza degli immigrati irregolari e/o clandestini. Lo scopo è quello di mettere in evidenza non solo le caratteristiche socio-culturali dell'utenza, ma soprattutto i principali bisogni di salute della stessa.

Metodi/Azioni

Sono stati analizzati i dati di 546 cartelle cliniche ambulatoriali, sia sul profilo anagrafico che su quello clinico. Per quanto riguarda quest'ultimo, a fronte di 1001 accessi totali nel 2015 presso l'ambulatorio, sono state analizzate 546 visite (una per paziente) ai fini della codifica delle diagnosi effettuate, effettuata tramite classificazione ICD-9-CM.

Risultati

I pazienti componenti il campione provengono prevalentemente da stati africani (in primis il Ghana) e dal Bangladesh; la maggior parte dei pazienti è disoccupata (66,67%), vive in centri d'accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo (34,07%) o con altri connazionali (28,75%) ed ha una conoscenza scarsa o nulla della lingua italiana (62,82%). Le diagnosi formulate sono rappresentate da malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (13,19%), malattie dell'apparato digerente (11,9%), malattie dell'apparato respiratorio (10,44%), malattie del sistema circolatorio (7,69%) e dalle malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (7,33%). Seguono le malattie endocrino-metaboliche (6,59%) insieme alle malattie infettive e parassitarie (6,59%), malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (6,41%), sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (6,04%), malattie dell'apparato genitourinario (5,68%), traumatismi (4,4%), disturbi mentali (3,48%), malattie ematologiche (1,1%), tumori (0,55%) e una malformazione congenita (0,18%). Il 2,38% delle diagnosi non era classificabile secondo le precedenti categorie. Nel 4,4% dei casi non vi era nessuna patologia in atto, mentre nell'1,65% dei casi non è stato possibile formulare una diagnosi.

Conclusioni

I dati delle diagnosi ambulatoriali mostrano come l'ambito di interesse delle patologie riscontrate sia essenzialmente quello della medicina interna. Come dimostrato anche dall'alta prevalenza di patologie a carattere algico-funzionale, questi pazienti presentano spesso malattie che non hanno una connotazione etno-geografica, ma che riflettono l'ambiente di vita in cui queste persone vengono a trovarsi durante l'immigrazione. La presenza di un presidio dedicato garantisce a queste persone la possibilità di essere curate, ma è ancora necessario lavorare sulla reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni offerte, attraverso l'attuazione di politiche di inclusione ed integrazione sociale che possano agire anche sui determinanti distali di salute.

Contatto: Danilo Davi (danilo.davi@live.it)

Progetto START - Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale

EL-HAMAD I.^{1,2}, CAPONE S.¹, PELLER D.², VAGNI S.², LANZA P.², ALESSANDRINI L.², SIMONINI F.², PASINI N.³, MEROTTA V.³, AMOROSI A.⁴, RANIERI R.⁴, CASTELLI F.¹

¹ U.O. Malattie Infettive e Tropicali, ASST Spedali Civili di Brescia; ² Progetto START, ASST Spedali Civili di Brescia;

³ Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multietnicità, Milano; ⁴ Progetto START, ASST Santi Paolo e Carlo di Milano

Introduzione e obiettivi

Il Progetto START è stato finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020. Capofila è l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Spedali Civili di Brescia in collaborazione con ASST Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, Fondazione ISMU, Cooperative I Crinali e Tempo Libero. Obiettivo principale è la realizzazione di una più efficace azione di individuazione, emersione e presa in carico psico-socio-sanitaria integrata dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale (RTPI). Obiettivo secondario è la sperimentazione, a Brescia (Bs), di un modello di intervento psico-socio-sanitario presso i Centri Di Accoglienza (CDA) vs un modello standard di convocazione dei RTPI in un ambulatorio dedicato a Milano (Mi).

Metodi/Azioni

Le attività progettuali, tuttora in corso, hanno avuto inizio nel Gennaio 2017. Oltre al potenziamento di un ambulatorio stanziale a Mi, è stata allestita un'unità mobile a Bs e sono state costituite le rispettive equipe psico-socio-sanitarie. La mediazione linguistico-culturale (MLC) è stata fornita da 2 cooperative specializzate. Dopo un'iniziale mappatura dei CDA è stata creata una rete territoriale tra le strutture e le istituzioni coinvolte. È stato predisposto un pacchetto formativo con una guida ai servizi socio-sanitari territoriali e sono stati attivati periodici incontri e tavoli tecnico-istituzionali. La presa in carico integrata di RTPI di nuovo arrivo nell'area bresciana è stata svolta in loco con una prima visita medica volta allo screening delle patologie diffusibili e alla segnalazione di eventuali situazioni di vulnerabilità all'area psico-sociale. La raccolta di tutti i dati è stata realizzata mediante una scheda informatizzata, appositamente predisposta.

Risultati

Il numero totale del personale impegnato nelle attività è pari a 47. Al 31/12/2017, gli RTPI presi in carico sono 2005: 1454 (72,5%) a Bs e 551 (27,5%) a Mi, in prevalenza maschi (80,2% vs 19,8%), con un'età media di 25 anni. I principali Paesi di provenienza sono: 321 Nigeria, 216 Guinea, 177 Gambia, 172 Bangladesh, 161 Costa d'Avorio, 146 Mali, 120 Senegal, 91 Pakistan, 601 altro. A Bs sono stati coinvolti 21 CDA. Il tempo medio tra arrivo e presa in carico mediante unità mobile è stato di 3 giorni, con una riduzione di circa il 60% rispetto all'anno precedente. Gli interventi di MLC sono stati 388. Sono stati organizzati 6 Tavoli tecnico-istituzionali, 11 cabine di regia e 6 moduli di formazione per 270 operatori partecipanti (ogni modulo con 4 edizioni della durata di 8 ore distribuite nei territori target).

Conclusioni

Il fenomeno della migrazione forzata è una sfida che interessa trasversalmente la società odierna e richiede una pronta risposta anche da parte del sistema sanitario nazionale e locale. È inoltre necessario un approccio multidisciplinare nell'ambito di una rete territoriale funzionale e permanente che preveda la messa in atto di interventi innovativi e formazione continua.

Contatto: Issa El Hamad (issa1957@libero.it)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Ricerca attiva della malattia tubercolare nella popolazione rom romena residente in un Centro di Emergenza Sociale nel Comune di Milano

GRASSI M.¹, JACCHETTI G.¹, GIAROLLI T.², VEZZOLI A.²

¹ Fondazione Casa della Carità; ² UOC Medicina Preventiva nelle Comunità - Malattie infettive, ATS Milano

Introduzione e obiettivi

La letteratura è concorde nel considerare la popolazione rom che vive in condizioni di fragilità ad alto rischio sanitario. La tubercolosi è per definizione la "malattia dei poveri", la cui eziopatogenesi è infettiva solo a metà, dato che attecchisce e prolifera laddove sussistono condizioni di prolungata deprivazione. In Regione Lombardia gli immigrati provenienti da paesi dell'UE privi di iscrizione anagrafica, perché in condizioni di vulnerabilità, non possono accedere al servizio sanitario pubblico se non attraverso il pronto soccorso. La Romania è uno dei paesi ad alta endemia tubercolare (incidenza di TB >100/100.000): è raccomandata per questi immigrati l'identificazione dell'infezione tubercolare latente nei soggetti asintomatici. L'obiettivo dello studio è valutare l'efficacia di un programma di ricerca attiva dei casi di tubercolosi nella popolazione rom romena domiciliata in un Centro di Emergenza Sociale (C.E.S.) a Milano, struttura emergenziale a bassa soglia di accoglienza per nuclei familiari rom, con l'intento di permettere il superamento degli insediamenti abusivi.

Metodi/Azioni

Negli anni 2016 e 2017 nel C.E.S. è iniziato un programma di screening tubercolare, organizzato attraverso la collaborazione tra pubblico e privato sociale (Fondazione Casa della Carità). La raccolta anamnestica, la somministrazione e lettura del test Mantoux (TST) sono stati condotti presso il C.E.S.; per la diagnostica di secondo livello le persone venivano inviate presso il Centro di Riferimento Regionale per la Tubercolosi, Villa Marelli.

Risultati

Nei due anni sono state effettuate quattro giornate di screening (aprile e luglio 2016, marzo e ottobre 2017). I risultati si riferiscono alle prime tre giornate. Le persone presenti nel campo erano 212 (esclusi bambini età= 10mm)- il 27% delle persone inviate al secondo livello non si è presentato (41% ad 4/2016, 5% a 3/2017) - nessun caso di malattia tubercolare- la profilassi è stata proposta a 16 persone.

Conclusioni

Fermo restando gli elementi identificativi propri della popolazione rom nell'accesso ai servizi per la salute, che rendono difficile la continuità assistenziale (alta mobilità sul territorio nazionale e internazionale; scarsa propensione alla prevenzione, che li porta a rivolgersi ai servizi sanitari solo nella fase acuta della malattia), la nostra esperienza mostra come la costituzione di un'equipe multidisciplinare formata da operatori sanitari del servizio pubblico, personale medico ed educativo del privato sociale abbiano inciso positivamente sulla partecipazione allo screening. L'esperienza ha evidenziato, inoltre, come la capacità di un'equipe di essere flessibile e attenta alle specificità della popolazione abbiano portato ad un miglioramento della percentuale di persone che hanno concluso il percorso diagnostico.

Contatto: Gaia Jacchetti (gaia.jacchetti@casadellacarita.org)

Pensare globale & agire locale: imparare dall'esperienza inglese per contrastare le disuguaglianze di salute anche nella popolazione straniera

SESTI F.^{1,2}, MIRISOLA C.¹, BELL R.³, COSTANZO G.¹, MARCECA M.^{2,4}

¹ Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Roma; ² Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ³ UCL Institute of Health Equity; ⁴ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione e obiettivi

Le disuguaglianze di salute e la tutela della salute delle popolazioni migranti rappresentano due sfide attuali per la sanità pubblica. A partire dai risultati della Commissione dell'OMS sui Determinanti Sociali della Salute nel 2008, la Marmot review inglese è stata implementata a livello locale attraverso il Marmot city Network in cui la città di Coventry si è distinta per i risultati ottenuti anche grazie ad interventi destinati alla popolazione straniera. Considerando la recente esperienza italiana condotta dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) nello sviluppo di politiche intersettoriali volte al contrasto delle disuguaglianze di salute, la ricerca ha mirato a modellizzare l'esperienza di Coventry al fine di offrire ai policy maker un utile strumento di contrasto delle disuguaglianze di salute, inclusivo di interventi migrant friendly e adattabile a diversi contesti locali.

Metodi/Azioni

La ricerca, svolta in Inghilterra presso l'UCL Institute of Health Equity, ha previsto uno studio qualitativo attraverso l'analisi dei dati e interviste semi-strutturate relative agli interventi condotti a Coventry, con il supporto delle associazioni locali coinvolte e del comune di Coventry. Sono state valutate le attività dedicate alla popolazione straniera e in particolare le azioni messe in atto per la prevenzione del cancro del collo uterino.

Risultati

Dall'analisi degli interventi dedicati alla popolazione straniera nell'ambito del Marmot city plan di Coventry, la campagna di prevenzione del cancro del collo uterino ha contribuito al contrasto alla disuguaglianza: il 77% delle donne partecipanti all'indagine non conosceva lo screening prima di prendere parte al progetto e tutte hanno affermato di aver riconosciuto l'importanza del test e di esser soddisfatte del sostegno ricevuto. L'efficacia dell'intervento è attribuibile al modello culturalmente orientato MAMTA (amore materno in Hindi), che si è caratterizzato per aver mirato all'empowerment delle donne straniere attraverso interventi community based condotti da peer in modalità one to one. Dall'analisi dell'esperienza di Coventry la ricerca ha prodotto il Piano d'azione per il contrasto delle disuguaglianze di salute migrant friendly quale strumento metodologico volto al contrasto delle disuguaglianze di salute attraverso azioni intersettoriali a livello locale.

Conclusioni

L'esperienza inglese dimostra che è possibile mitigare le disuguaglianze di salute attraverso l'approccio "Salute in tutte le politiche", l'"universalismo proporzionale" e azioni culturalmente orientate dedicate a specifiche fasce di popolazione. In coerenza con l'esperienza descritta, l'INMP ha avviato con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e l'Agenzia Italiana del Farmaco un lavoro partecipato volto allo sviluppo di una strategia condivisa per una maggiore equità nella salute.

Contatto: Flavia Sesti (sesti@inmp.it)

Medici col camper (CUAMM): servizio itinerante di assistenza sanitaria di base ai braccianti agricoli del foggiano

LAFORGIA R.¹, RAHO L.¹, LIMOSANO V.², SCHIAVONE M.¹, MAROTTA C.¹, VOLPE A.¹, ZACCHÈ I.¹, CAVAGNA C.¹, COTUGNO S.¹, DI GENNARO F.¹, PUTOTO G.¹

¹ Medici con l'Africa CUAMM; ² Fondazione Nicola Damiani ONLUS

Introduzione e obiettivi

A partire da ottobre 2015, un gruppo di volontari dell'ONG Medici con l'Africa CUAMM – gruppo Bari, in collaborazione con la ONLUS Nicola Damiani ha organizzato ed offerto un servizio itinerante di assistenza sanitaria di base presso 4 insediamenti (Ghetti) di migranti braccianti agricoli presenti nel foggiano (Ghetto Ghana- Località Tre Titoli- Cerignola); Ghetto Bulgari (Borgomezzanone - Manfredonia); Ghetto Pista (Borgomezzanone – Manfredonia); Casa Sankara-Arena (San Severo).

Metodi/Azioni

Il servizio viene svolto ogni domenica, a rotazione tra i 4 Ghetti, da un massimo di 6 operatori (2 medici, 1 infermiere, 3 volontari di diversa formazione, 1 driver) attraverso un camper adibito ad ambulatorio mobile. La comunità viene avvisata con anticipo settimanale grazie alla collaborazione con altre associazioni presenti e con i referenti dei Ghetti che si occupano della divulgazione interna ai Ghetti, mediante volantini e passaparola. Nel giorno di attività, arrivati al Ghetto ci si posiziona in un punto preventivamente concordato tale da facilitarne l'accesso da parte di tutti. L'attività ambulatoriale inizia intorno alle ore 12 circa. All'esterno del camper, viene organizzato un triage per rendere l'accesso ordinato e con priorità di visita. Sul camper rimane un medico, un infermiere e un volontario addetto alla registrazione della visita. L'ambulatorio rimane aperto a fino al tramonto, per una media di 5 h/die. Sono stati analizzati i dati descrittivi degli accessi registrati da ottobre 2015 a gennaio 2018.

Risultati

Nei 28 mesi di attività svolti, sono state effettuate in totale 79 giornate di servizio per un totale di 3150 accessi (media 40 accessi/die). Di questi, il 60% era una prima visita, mentre il 40% era un accesso ripetuto. Il numero totale di pazienti visitati è stato di 1890 (81% M). La fascia d'età maggiormente rappresentata è stata quella dei 15-30 (78.7%). Il 34% dei pazienti ha dichiarato di avere un documento di riconoscimento valido. I principali motivi di accesso documentati sono riferibili alle seguenti categorie: 46% sintomatologia osteo-muscolare e/o da affaticamento; 18.8% odontoiatrico; 10.2% sintomi respiratori/influenzali; 8.1% dermatologico; 3.9% ostetrico/ginecologico; 3.9% trauma; 3.6% cardiovascolare; 2.4% sintomi oftalmici; 1.2% dimetabolici; 0.6% psicologici. L'88% degli accessi ha richiesto un intervento farmacologico; le classi farmaceutiche maggiormente utilizzate sono state: Fans, Antibiotici, Gastroprotettori, Adjuvanti, Topici. Il 5% non ha richiesto alcun tipo di intervento, mentre il 7% ha richiesto un'assistenza complessa, quindi una presa in carico da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Conclusioni

L'attività sanitaria svolta presso i Ghetti ha dimostrato, dalla percentuale di accessi ripetuti e dal numero medio di visite/die, come le comunità destinatarie nutrano una buona fiducia nel servizio offerto. Il bisogno di salute emerso con maggiore frequenza è riferibile ad una sintomatologia correlabile alle specifiche attività di lavoro svolte, nonché alle condizioni abitative e igienico-sanitarie caratteristiche dei Ghetti stessi. In conclusione, dal profilo di salute emerso dalla nostra esperienza, si può evincere come una risposta sanitaria specifica per questa popolazione sia indispensabile, ma che da sola non sia sufficiente. Necessarie ed urgenti sono azioni intersettoriali coordinate volte alla tutela integrata dei braccianti agricoli e delle loro famiglie.

Contatto: Francesco Di Gennaro (cicciodigennaro@yahoo.it)

Bisogni di salute mentale tra i pazienti di un ambulatorio medico all'interno di un Centro di Accoglienza per persone senza fissa dimora; pensare percorsi di cura multidisciplinari ed integrati con i servizi territoriali

MAESTRINI M.C.¹, CORSARO A.², CIVITELLI G.^{1,5}, PETTINICCHIO V.^{4,5}, DE SOCCIO P.^{3,5}, SALVATORI L.M.^{3,5}, BRUNO S.^{2,5}, MARCECA M.^{3,5}, DAMIANI G.², GERACI S.^{1,5}

¹ Caritas di Roma, Area Sanitaria; ² Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma; ³ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ⁴ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma "Tor Vergata"; ⁵ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione e obiettivi

La realtà delle persone senza fissa dimora (SFD) contava in Italia nel 2014 50.724 persone, di cui solo a Roma 7.709. In termini di salute, essere SFD aumenta il rischio di mortalità per ogni causa specifica di malattia e la prevalenza di malattie mentali e dipendenze è maggiore in questa popolazione rispetto a quella generale. Nonostante questo, le barriere di accesso ai servizi sanitari per questa popolazione sono ancora elevate. Per andare incontro ai bisogni di questa popolazione dal 1987 il Centro di accoglienza Caritas "Don Luigi di Liegro", ospita ogni notte a Roma 180 persone. Dal dicembre 2015 è stato attivato al suo interno un ambulatorio di medicina generale, attivo 5 giorni su 7. L'attività dell'ambulatorio è inserita all'interno di quella di un'equipe multidisciplinare di assistenza psico-sociale e mira a realizzare una presa in carico della persona attraverso la valutazione delle principali problematiche sanitarie, l'identificazione e ridefinizione di percorsi, l'accompagnamento e la costruzione di una rete con i servizi territoriali. Questo per permettere all'utente un percorso riabilitativo volto al suo re-inserimento all'interno del tessuto sociale.

Metodi/Azioni

Dal dicembre 2015 al febbraio 2018 durante le visite mediche, le valutazioni pluridisciplinari e gli accompagnamenti, sono stati raccolti all'interno di cartelle cliniche e poi rielaborati in un database anonimo: dati sanitari, anagrafici e amministrativi come iscrizione al SSN, MMG, esenzioni, invalidità.

Risultati

Dal dicembre 2015 ad oggi sono state prese in carico 387 persone, per un totale di 1144 visite; di questi il 55% erano Italiani (213/387) e la restante quota stranieri, di cui 19,3% Est Europei. Le patologie più rappresentate erano quelle afferenti all'area della salute mentale (31,2%) tra cui depressione, schizofrenia, disturbi affettivi bipolari, d'ansia o correlati all'uso di sostanze psicoattive; al secondo posto (17,9%) rientravano le dipendenze. La diagnosi era già presente all'ingresso, a sottolineare come un primo contatto con una struttura pubblica fosse già avvenuto. Tuttavia tra questi pazienti, solo il 70,8% è stato effettivamente preso in carico dal Centro di Salute Mentale (CSM) (visite regolari, terapia, inserimento in centri diurni, riabilitazione); il restante 28% non ha potuto accedere al CSM per motivi diversi di origine amministrativa (mancanza di residenza) oppure fattori legati al paziente stesso (resistenza ad una presa in carico, al riconoscimento della patologia, discontinuità).

Conclusioni

Una presa in carico tempestiva, multidisciplinare e basata su una relazione di fiducia è necessaria per contrastare quel processo di "adattamento per rinuncia" che porta all'emarginazione sociale. Rafforzare la collaborazione tra servizio pubblico e privato sociale in un'ottica di corresponsabilità potrebbe rendere accessibili i percorsi di cura per questi pazienti migliorando aderenza ed outcome dell'assistenza.

Contatto: Maria Chiara Maestrini (mariachiara.maestrini@caritasroma.it)

Analisi dell'utilizzo del Pronto soccorso da parte della popolazione straniera in cinque grandi ospedali di Roma dal 1998 al 2015

MIGLIARA G.¹, DI PAOLO C.¹, MELE A.¹, PAGLIONE L.^{1,2}, PRECIPE G.P.¹, SALVATORI L.M.^{1,2}, MARCECA M.^{1,2}, BERTAZZONI G.³, DE VITO C.¹

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ² Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ³ Dipartimento di Medicina d'Urgenza, Sapienza Università di Roma

Introduzione e obiettivi

Barriere di varia natura possono ostacolare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari e determinarne un utilizzo improprio da parte della popolazione straniera. Obiettivo di questo studio è stato quello di descrivere le caratteristiche degli accessi dei cittadini stranieri ai Pronto Soccorso (PS) di cinque grandi ospedali romani ed evidenziarne le eventuali differenze rispetto ai cittadini italiani.

Metodi/Azioni

I dati sugli accessi ai PS sono stati raccolti dal 1998 al 2015. La popolazione è stata suddivisa in tre gruppi: Italiani, immigrati appartenenti all'Unione Europea (UE), immigrati extra-UE. Successivamente, vista la consistenza della comunità romena nella nostra casistica, si è deciso di analizzare separatamente questa popolazione. Sono state descritte le caratteristiche demografiche degli accessi al PS, i codici triage, le diagnosi e gli esiti per ogni gruppo.

Risultati

Nei 17 anni presi in considerazione, 6.196.032 persone hanno effettuato accesso ai PS degli ospedali inclusi nello studio; di queste, il 7,5% sono risultate extra-UE, il 3,2% Romeni e l'1,5% UE. L'età media è risultata di 42,3 anni per gli Italiani, 36,9 per gli UE, 34,1 per gli extra-UE e 29,6 per i Romeni. Per quanto riguarda i codici triage, si è evidenziata una minore prevalenza nelle popolazioni straniere di codici gialli (UE 13,1%; extra-UE 11,7%, Romeni 9,8%), rispetto agli Italiani (16,3%) accompagnata da una maggiore prevalenza di codici bianchi (UE 14%; extra-UE 16%; Romeni 15,8%), rispetto agli Italiani (12,4%). Gli stranieri hanno ricevuto maggiormente alcune diagnosi. Nello specifico spiccano: "Traumatismi e avvelenamenti" (per i Romeni), "Sintomi, Segni e Stati morbosi mal definiti" (per gli stranieri extra-UE), "Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio" (per gli stranieri UE ed extra-UE), "Persone che ricorrono ai servizi sanitari in circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo" (per gli stranieri UE). Infine, gli stranieri sono andati incontro ad un minor numero di ricoveri (UE 15,1%; extra-UE 16,2%; Romeni 15,6%) rispetto al 20,7% degli Italiani e si sono allontanati autonomamente con più frequenza (UE 12,6%; extra-UE 12,1%; Romeni 12,4%) rispetto al 7,4% degli Italiani.

Conclusioni

Il differente pattern di utilizzo del PS da parte dei cittadini stranieri rispetto agli Italiani, specialmente per condizioni non urgenti e che si risolvono con dimissioni a domicilio, suggerisce un utilizzo vicario del PS rispetto ai servizi di cure primarie superiore che per gli Italiani. Inoltre, alcune condizioni sembrano colpire maggiormente gli stranieri rispetto agli Italiani, suggerendo che esistono specifici bisogni di salute per queste popolazioni (fra tutti, le complicanze della gravidanza) che devono essere attentamente valutati al fine di costruire interventi mirati.

Contatto: Giuseppe Migliara (giuseppe.migliara@uniroma1.it)

Inappropriatezza, migrazioni e livello di istruzione: una prima valutazione sulle disuguaglianze in tre DEA di Roma

PAGLIONE L.^{1,3}, MIGLIARA G.¹, DI PAOLO C.¹, MELE A.¹, PRENCIPE G.P.¹, SALVATORI L.M.^{1,3}, BERTAZZONI G.², VILLARI P.¹, DE VITO C.¹, MARCECA M.^{1,3}.

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza - Università di Roma; ² Dipartimento di Medicina d'Urgenza, Sapienza - Università di Roma; ³ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione e obiettivi

L'utilizzo appropriato del Pronto Soccorso (PS) è una delle principali sfide del Servizio Sanitario Nazionale pubblico. Tale esigenza, se da un lato riguarda il corretto funzionamento e la sostenibilità del sistema delle emergenze, dall'altro coinvolge i servizi territoriali e di cure primarie. L'inappropriatezza viene spesso analizzata in relazione alle tipologie di diagnosi piuttosto che attraverso l'analisi dei Determinanti Sociali di Salute. Obiettivo dello studio è indagare eventuali fattori sociali associati con l'inappropriatezza.

Metodi/Azioni

Sono stati utilizzati i dati relativi agli accessi al PS di tre ospedali romani, relativi agli anni 1999-2014. La popolazione (n=2.896.543) è stata suddivisa in 5 gruppi sulla base della nazionalità, secondo la classificazione per reddito della Banca Mondiale, in: paesi a reddito "basso", "medio-basso", "medio-alto", "alto". Gli italiani sono stati analizzati separatamente. All'interno di ciascun gruppo la popolazione è stata suddivisa in cinque classi a seconda del titolo di studio conseguito, da "nessun titolo" a "laurea o superiore". L'inappropriatezza, definita come "codice bianco" al triage seguito da "dimissioni a domicilio", è stata calcolata per ciascun gruppo. È stato quindi calcolato il rischio relativo (RR) per ciascun titolo di studio rispetto a "Nessun titolo" (RR=1).

Risultati

L'inappropriatezza non si distribuisce in maniera uniforme tra i livelli di istruzione. Per quanto riguarda i pazienti da paesi a reddito medio-alto (Licenza Elementare RR=1,1; Diploma scuola media inferiore RR=1,2; Diploma scuola media superiore RR=1,3; Laurea o superiore RR=1,4); ad alto reddito (Licenza Elementare RR=0,9; Diploma di scuola media inferiore RR=1,3; Diploma di scuola media superiore RR=2; Laurea o superiore RR=2) e per gli Italiani (Licenza Elementare RR=1,4; Diploma scuola media inferiore RR=1,8; Diploma scuola media superiore RR=1,9; Laurea o superiore RR=2), gli RR di accesso inappropriato al PS si distribuiscono secondo un gradiente, aumentando con il crescere del titolo di studio. Per coloro i quali provengono da paesi a reddito medio-basso (Licenza Elementare RR=0,5; Diploma scuola media inferiore RR=0,5; Diploma scuola media superiore RR=0,5; Laurea o superiore RR=0,4) o basso reddito (Licenza Elementare RR=0,7; Diploma scuola media inferiore RR=0,7; Diploma scuola media superiore RR=0,6; Laurea o superiore RR=0,7), si nota invece una associazione tra titolo di studio più alto e utilizzo più appropriato del PS.

Conclusioni

I risultati suggeriscono come, per gli stranieri, il titolo di studio non sia un predittore efficace di utilizzo appropriato del PS nel caso in cui la persona provenga da paesi a reddito basso o medio-basso. È necessario esplorare, come indicato in letteratura, il legame tra titolo di studio e posizione socioeconomica, in particolare lavorativa, direttamente correlata con il tempo a disposizione per l'utilizzo corretto dei servizi.

Contatto: Lorenzo Paglione (lorenzo.paglione@uniroma1.it)

La competenza culturale degli infermieri - Studio preliminare

TOLENTINO DIAZ M.Y.^{1,2,3}, BARBATO D.¹, MARCECA M.^{1,3}

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma; ² Azienda USL Roma 2;

³ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione e obiettivi

La crescente diversità culturale della popolazione in Italia, come in Europa, ha portato l'assistenza sanitaria ad essere espletata in ambienti multiculturali in cui persone di differente background possono avere diverse interpretazioni dello stesso fenomeno di salute. Per "competenza culturale" in ambito sanitario si intende l'insieme di conoscenze, capacità di comprensione e abilità che permette a qualunque professionista sanitario di fornire un'assistenza adeguata al contesto culturale di ogni individuo, famiglia o comunità. Quindi, diventa sempre più centrale nella cura dell'individuo sapersi relazionare con le conoscenze, la sensibilità e la cultura della persona. Questo studio ha l'obiettivo di valutare la competenza culturale degli infermieri.

Metodi/Azioni

Lo studio di tipo descrittivo si è svolto da marzo 2017 a febbraio 2018. È stato somministrato un questionario agli infermieri di due strutture sanitarie della città di Roma. È stata valutata la competenza culturale degli infermieri con lo strumento anonimo "Cultural Competence Assessment tool" (CCATool) – versione italiana predisposta da Cicolini et al., 2015. Gli infermieri sono stati informati sull'obiettivo dello studio e sulla partecipazione volontaria alla ricerca. La somministrazione dei questionari è avvenuta nel rispetto della privacy dei professionisti.

Risultati

Gli infermieri che hanno partecipato all'indagine sono 192; il 77,6% è di sesso femminile; l'età media del campione è di 46,2 anni con una media lavorativa di 21,4 anni; circa il 27% ha un diploma di laurea, mentre il 51% ha effettuato un corso regionale di durata triennale. Il 65% dei professionisti non ha partecipato ad alcun evento formativo sulla diversità culturale. Dai risultati preliminari si evince che il 12% degli infermieri si auto-valuta come molto competente, circa il 24% talvolta competente e quasi il 42% né competente né incompetente a lavorare con persone che provengono da culture diverse. All'incirca il 29% del campione ha riferito di aver incontrato nell'ultimo anno e nel proprio ambito lavorativo o fra i propri assistiti, pazienti e familiari appartenenti a più di 6 gruppi etnici, mentre oltre l'8% dichiara che tale incontro è avvenuto solo con un gruppo etnico.

Conclusioni

Dai primi risultati emersi si evince la necessità degli infermieri di acquisire una maggiore formazione sulla diversità culturale. Nonostante una preparazione in merito a specifiche culture possa essere utile, ciò potrebbe risultare controproducente qualora siano offerte informazioni in modo stereotipato, perdendo di vista la variabilità inter-individuale.

Contatto: Maria Ymelda Tolentino Diaz (mariaymelda.tolentinodiaz@uniroma1.it)

Formare alla cura in un contesto transculturale: esperienze di “transformative learning” come strumento di contrasto alle disuguaglianze in salute

MUTTA I., LIDDO M., CIVITELLI G., CASTRO CEDENO G., GERACI S.

Caritas di Roma, Area Sanitaria

Introduzione e obiettivi

Uno dei pilastri dell'Area Sanitaria Caritas Roma, assieme alla promozione della salute delle popolazioni più fragili, è la formazione dei giovani, in particolare, i futuri operatori sanitari e delle professioni d'aiuto. L'obiettivo è stimolare lo sviluppo di uno sguardo critico sulla realtà, attento ai bisogni dell'uomo, alla tutela del diritto alla salute, al contrasto delle disuguaglianze, sensibile alla relazione.

Metodi/Azioni

In particolare, presso il Poliambulatorio Caritas è attivo un tirocinio specifico in medicina transculturale, (per gli studenti di medicina proposto attraverso il SISM - Segretariato Italiano Studenti di Medicina) in cui sperimentare aspetti significativi della cura: l'Accoglienza, l'orientamento socio-sanitario, l'approccio clinico ad alto impatto relazionale. Un'ulteriore possibilità è l'affiancamento degli operatori sociali in servizi di prossimità (Help Center e Servizio Notturmo Itinerante Caritas) durante le uscite serali, per conoscere modalità di approccio e presa in carico delle persone senza dimora (Progetto SaluteSuStrada). Il progetto InformaSaluteSuStrada – Banco della Salute vede, invece, gli studenti impegnati nell'offerta attiva di orientamento socio-sanitario e prevenzione, accanto agli operatori Caritas e dei servizi sanitari territoriali. Ogni percorso prevede un ascolto attento delle motivazioni dei giovani e la proposta di giornate formative sui temi della salute globale, del profilo di salute dei migranti, della medicina transculturale, della tutela del diritto alla salute.

Risultati

Dal 2010 al 2017 i giovani tirocinanti sono stati 357, il 76.7% ragazze, con una media di 44 richieste/anno. Le facoltà universitarie rappresentate sono state: Medicina 86%, Mediazione Linguistica 3.6%, Antropologia 2.2%, Lingue 1.6%, altre facoltà (Infermieristica, Ostetricia, Scienze dell'Alimentazione, Biologia, Servizio Sociale, Ingegneria, Storia, Economia) 5.9%. Tra le motivazioni raccolte si evidenzia la ricerca di esperienze che completino i percorsi accademici e di occasioni di servizio e impegno sociale, il bisogno di orientamento professionale ed esistenziale. L'incontro con persone vulnerabili determina una crescita umana e professionale nei giovani, che viene valorizzata anche nella progettazione partecipata di ulteriori incontri di sensibilizzazione (peer education).

Conclusioni

Per realtà del privato sociale, investire in esperienze di salute globale rivolte a studenti universitari significa contribuire alla cura della società, formando futuri professionisti attenti alla persona e al contrasto delle disuguaglianze. «Oggi sento non di aver squarciato il velo che mi separava dalle persone ai margini della società, ma di aver almeno aperto un pertugio che mi permetta di toccare le loro fragilità.»

Contatto: Irene Mutta (irene.mutta@gmail.com)

Garantire il diritto alla salute e allo studio di persone in condizioni di estremo disagio: esperienze di collaborazione pubblico-privato sociale a Roma

BUONOMO E.¹, MANCINELLI S.¹, GIAMPAOLO R.², RUSSO G.³, ZAMPA A.⁴, GNOLFO F.⁴

¹ Comunità di Sant'Egidio; ² Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; ³ Cooperativa OSA; ⁴ ASL Roma 1

Introduzione e obiettivi

Migranti, senza dimora, rom e sinti sono popolazioni particolarmente esposte al rischio di gravi problemi di salute, a causa delle condizioni di marginalità sociale e del ridotto accesso ai servizi sociosanitari. Di fronte a questi problemi, la Comunità di Sant'Egidio ha sviluppato una strategia di collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù e la ASL Roma 1, per essere più prossimi a queste persone, ai loro bisogni di salute e di istruzione.

Metodi/Azioni

Nel 2016 è iniziata la collaborazione di Sant'Egidio con l'Ospedale Bambino Gesù e la Cooperativa OSA, che ha portato l'Unità Mobile "Non ti Scordar di Me" ad un'assistenza sanitaria costante della popolazione rom del campo di Castel Romano, con l'obiettivo principale di assistere e proteggere la salute dei bambini e aiutare le famiglie a inviarli a scuola. È proseguita la collaborazione con la ASL Roma 1, attraverso l'implementazione delle attività dell'ambulatorio di volontariato nel rione Trastevere e la costruzione di percorsi integrati di presa in carico nel servizio pubblico.

Risultati

Nel 2017, nel camper sono state effettuate 902 visite pediatriche, di cui il 15% ha riguardato bambini di età inferiore ai 12 mesi; le patologie infettive sono risultate le più predominanti (39%), dalle sepsi neonatali alle comuni infezioni microbiche e parassitarie per lo più cutanee. I certificati di riammissione scolastica sono stati almeno 358 (40%), preceduti da visite e interventi di igiene personale/educazione alla salute. Nel caso di diagnosi di patologie gravi, croniche o complesse, tutti i piccoli pazienti sono stati inviati all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù attraverso un percorso di accoglienza dedicato che ha facilitato l'accesso e permesso una continuità delle cure. Nel caso dell'attività dell'ambulatorio di via Anicia, nel 2017 sono stati assistiti 707 nuovi pazienti, provenienti da 47 differenti paesi con una netta prevalenza di rumeni, bosniaci e bulgari, questi ultimi in prevalenza Rom. Per oltre un quarto (28%) erano minorenni (19% al di sotto dei 5 anni), con lieve prevalenza del sesso femminile (52%). Le prestazioni (1.728) hanno riguardato l'assistenza primaria (45%) e l'assistenza farmaceutica (30%); il 25% dei pazienti è stato inserito in specifici percorsi assistenziali nella Casa della Salute "Nuovo Regina Margherita" o nel Consultorio Familiare del Distretto 1, sostenuti dal facilitatore della ASL Roma 1 (UOSD Salute Migranti).

Conclusioni

La scelta della relazione di prossimità e dello sviluppo di reti di collaborazione tra privato sociale e servizio pubblico, con la realizzazione di percorsi assistenziali dedicati, ha umanizzato le cure, migliorato l'accesso ai servizi di persone per lo più escluse dall'assistenza sanitaria se non per il continuo e spesso inappropriato ricorso ai servizi di Pronto Soccorso. È stato, inoltre, conseguito l'incremento della frequenza scolastica, in un contesto, quello della popolazione romani, per la quale il diritto allo studio è necessariamente preceduto dal diritto alla salute.

Contatto: Ersilia Buonomo (ersiliabuonomo@gmail.com)

Sviluppo di indicatori per la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione straniera a partire dagli accessi dei frequent users del Pronto Soccorso

RAGUZZONI R., UBIALI A., MARTINO A.

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale - Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

L'effettiva capacità di presa in carico da parte dei servizi sanitari dipende in larga misura dalla possibilità di leggere correttamente i bisogni di salute della popolazione e in particolare delle fasce più vulnerabili come quella degli stranieri. Bisogni non riconosciuti e non presi in carico adeguatamente nel contesto dell'assistenza primaria si traducono spesso in accessi inappropriati presso i servizi di urgenza-emergenza. Scopo del nostro studio è analizzare le cause di accesso dei frequent users (FU) del Pronto Soccorso (PS), con particolare riferimento alla popolazione straniera.

Metodi/Azioni

Sono stati analizzati i dati di accesso al PS di Cona, Ospedale universitario di riferimento della città e della provincia di Ferrara nel periodo compreso tra gennaio 2016 e marzo 2017. La definizione di FU adottata si riferisce ai pazienti che hanno effettuato, nel periodo considerato, cinque o più accessi. I referti a disposizione comprendevano informazioni anagrafiche, cliniche e logistiche. L'indagine è stata condotta con metodi misti quali-quantitativi.

Risultati

Nel corso di 15 mesi sono stati registrati presso il PS dell'ospedale di Cona 11.842 accessi, effettuati da 1.766 pazienti. La maggior parte degli accessi è costituita da codici verdi (66.2%), seguiti dai codici gialli (22.0%), bianchi (10.3%) e rossi (1.5%). I pazienti di cittadinanza non italiana (n=241) rappresentano il 13.7% del totale e hanno effettuato 1.663 accessi (13.8%). L'età media è significativamente più bassa per gli stranieri (27.5% vs 57.4%) queste informazioni ci hanno suggerito di sviluppare degli indicatori centrati sul paziente che tenessero conto degli elementi sociali oltre che di quelli sanitari. Tali indicatori hanno permesso di stratificare la popolazione sulla base di un'ampia gamma di vulnerabilità di tipo bio-psico-sociale. Queste vulnerabilità risultano distribuite in maniera diseguale nella popolazione, con un maggior peso dei determinanti sociali a carico della popolazione straniera.

Conclusioni

L'attuale sistema informativo del PS non descrive adeguatamente i bisogni di salute della popolazione straniera, che risultano fortemente influenzati dai determinanti sociali di salute. L'incapacità di leggere questi determinanti limita la capacità di intervento del servizio e la sua integrazione con il sistema di cure primarie. Lo sviluppo di nuovi indicatori può migliorare la lettura di questi bisogni e quindi la presa in carico dei pazienti.

Contatto: Gloria Raguzzoni (gloria.raguzzoni@gmail.com)

Stato socio-economico-culturale ed appropriatezza di accesso in Pronto Soccorso

VICENZI A.¹, CODAZZI C.¹, BRIGNOLO OTTOLINI B.¹, JACCHETTI G.², GUZZETTI S.¹

¹ U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso - Ospedale Luigi Sacco - Milano; ² Fondazione Casa della Carità, Milano

Introduzione e obiettivi

L'attività del Pronto Soccorso ha registrato negli ultimi anni un aumento dell'inappropriatezza di utilizzo che, benché non univocamente definita, pone di fronte a problemi che coinvolgono sia l'organizzazione sia la qualità del servizio agli utenti. Le categorie sociali svantaggiate (persone sole, prive di supporto sociale, senza fissa dimora, psichiatriche o con dipendenze) sono, secondo numerosi studi, i principali "frequent users", anche in relazione alla loro maggiore comorbidità rispetto alla popolazione generale. L'esperienza clinica ci offre tuttavia la percezione di un utilizzo maggiore, spesso improprio, anche da parte di una popolazione caratterizzata da un basso livello economico e di istruzione e da una minor capacità di utilizzo degli strumenti di cura e prevenzione. Per tali utenti il PS rappresenterebbe, quindi, lo strumento più immediato ed accessibile per rispondere ad una domanda di salute. Nonostante sia nota la stretta correlazione tra condizioni sociali e stato di salute, non vi sono in letteratura studi che ne valutino il rapporto rispetto all'utilizzo del PS. L'obiettivo dello studio è stato dunque quello di ricercare una correlazione tra condizioni socio-economiche-culturali ed appropriatezza di accesso in PS.

Metodi/Azioni

Sono stati arruolati consecutivamente i soggetti maggiorenni giunti al Pronto Soccorso dell'Ospedale L. Sacco di Milano, classificati al Triage con codice di priorità minore (verde o bianco). È stato loro sottoposto un questionario atto a raccogliere dati anagrafici, titolo di studio e ad indagarne il livello economico ed il grado di supporto sociale.

Risultati

Dei 479 pazienti arruolati, il 25% è stato dimesso con codice bianco (utilizzo inappropriato). Dall'analisi dei dati è emerso che:

- gli stranieri irregolari utilizzano il PS in modo più frequentemente improprio rispetto agli stranieri regolari ed agli Italiani (60% vs 20.7% e 23.3% rispettivamente, $p=0.0032$)
- una maggior tendenza, statisticamente non significativa, all'utilizzo improprio del servizio è presente anche nei pazienti senza fissa dimora (41.7% vs 23.6%, $p=0.2947$) e senza reddito (32.3% vs 23.4%, $p=0.1333$).

Non sono invece emerse differenze di appropriatezza in relazione ai restanti elementi considerati (titolo di studio, livello occupazionale, rete sociale).

Conclusioni

Dai risultati dello studio emerge come la presenza di ostacoli all'accesso ai normali percorsi sanitari, tanto dal punto di vista normativo per gli stranieri irregolari in Lombardia, quanto in relazione a condizioni di disagio sociale, pone il PS come principale punto di riferimento sanitario. Diviene dunque fondamentale provvedere ad una maggiore accessibilità alla cura per tali pazienti, in modo da rispondere più adeguatamente ad una domanda di salute e contemporaneamente ridurre il carico di lavoro inappropriato per le strutture ospedaliere di urgenza.

Contatto: Andrea Vicenzi (andrea.vicenzi@asst-fbf-sacco.it)

Minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel sistema di prima accoglienza: rilevazione delle modalità e procedure di presa in carico e tutela della salute dei minori ospiti

DIODATI A., LUCCINI D., DEL GAUDIO R., GRECO C., VISCO G., MIRISOLA C., COSTANZO G.

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Roma

Introduzione e obiettivi

Il progetto dell'INMP "Tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel sistema di prima accoglienza", finanziato dal Ministero dell'Interno nell'ambito del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) dell'Unione Europea, contribuisce alla qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza a favore dei MSNA (19 progetti di prima accoglienza, dislocati in 7 regioni, per un totale di 62 Centri con una capacità di 950 posti) fornendo supporto agli attori coinvolti per una migliore capacità di presa in carico della salute del minore e la individuazione di condizioni favorevoli ad un cambiamento strutturale in questo ambito.

Metodi/Azioni

È stata condotta un'indagine quali-quantitativa volta a rilevare le modalità e procedure di presa in carico e tutela della salute dei minori ospiti nei Centri nonché le reti di relazioni con le strutture sanitarie e gli altri *stakeholder* territoriali. L'indagine è stata condotta tramite site visit del team INMP e somministrazione di un questionario rivolto ai singoli Centri per MSNA, considerati quali unità di riferimento. Sono stati esplorati 4 ambiti (caratteristiche del Centro e dell'équipe multidisciplinare, attività per la presa in carico dei minori e servizi erogati) per un totale di 168 item. Ha aderito la totalità dei progetti e dei Centri, con un totale di 81 questionari compilati. I dati sono stati analizzati con modalità monovariata ed è stata effettuata la Social Network Analysis (SNA) delle reti di relazioni rilevate.

Risultati

Il 90% dei Centri non ha rapporti formali con le strutture sanitarie territoriali; il 43% di essi non ha un referente ASL per l'assistenza ai minori e non accede a strutture sanitarie dedicate. L'accesso al SSN avviene, nell'84% dei Centri, tramite il codice STP, che viene richiesto per tutti i ragazzi dal 81% dei Centri. Oltre il 90% dei Centri dichiara di seguire una procedura per la valutazione sanitaria iniziale dei minori, concordata con l'ASL competente nel 25,81% dei casi. Nella valutazione iniziale dello stato di salute, vengono eseguiti di routine esami ematochimici (62% dei Centri), test HIV (24%), test per l'epatite (25%), trattamento per la scabbia (37%). Nell'82% dei Centri sono attivi programmi di screening delle malattie infettive, condivisi, nel 43% dei casi, con i servizi territoriali. È assicurata la ricerca della TBC attiva e latente rispettivamente nel 94% e nel 97% dei Centri. Il 19% di essi ha individuato un percorso di screening per le vittime di tratta e di violenza.

Conclusioni

Emerge per la maggior parte dei Centri l'assenza di coordinamento con le strutture sanitarie territoriali, la maggior parte delle procedure è applicata senza un indirizzo da parte dei servizi territoriali e non appare in linea con le attuali linee guida. Il progetto prevede l'istituzione di tavoli territoriali per la condivisione di un successivo intervento a copertura dei bisogni formativi e organizzativi individuati.

Contatto: Alessandra Diodati (alessandra.diodati@inmp.it)

Percorso di prima accoglienza sanitaria dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD): revisione di 12 anni di attività

BRUSSI V.¹, GANDOLFI C.², GNESUTTA D.¹, MAURO K.¹, PILUTTI G.¹, PISCHIUTTI A.¹, PITZALIS G.², SAMMARTANO F.³

¹ Dipartimento di prevenzione-Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine; ² GrIS FVG; ³ Dipartimento di area medica-Università di Udine

Introduzione e obiettivi

L'accoglienza di minori stranieri non accompagnati (MSNA) nel territorio dell'azienda sanitaria di Udine è un fenomeno ben radicato a partire dagli anni '90; nel tempo si è sviluppato un solido modello di percorso di prima accoglienza sanitaria condiviso con le strutture di accoglienza. L'obiettivo è analizzare la gran mole di dati disponibili, relativi a dati sociodemografici, coperture vaccinali, malattie infettive.

Metodi/Azioni

Sono stati raccolti ed elaborati i dati relativi ai MSNA che hanno effettuato un percorso di prima accoglienza sanitaria presso l'ASUIUD, nel periodo 2004-2016. Sono state quindi eseguite delle analisi statistiche descrittive delle principali variabili di interesse e dei test statistici (chi-quadro) per testare la significatività delle differenze riscontrate tra le varie variabili in base all'area geografica di provenienza.

Risultati

Dal 2004 al 2016 sono stati valutati 1.725 MSNA, di cui il 96% di sesso maschile, con un'età media di 16.9 anni; il trend di arrivi negli ultimi anni è stato in progressiva crescita. Principali aree di provenienza: 36.12% dall'Asia, 31.01 Europa UE, 24.12% dall'est Europa, 7.54% dall'Africa. Il 59% dichiara più di 6 anni di scuola. Il 95.13% dei dichiaranti è di religione musulmana. Sono state eseguite 1.655 Mantoux; 356 hanno richiesto l'approfondimento con radiografia del torace che in 2 casi ha rilevato una TBC polmonare (poi adeguatamente trattata), in 10 esiti specifici. 165 sono state le terapie preventive iniziate (per ITL o esiti), di cui 67 quelle concluse. Epatite B: il 28.31% è risultato protetto, il 4.44% HBsAg positivo. L'81.61% è risultato protetto per la varicella. Il 12.81% non aveva nessuna protezione per il tetano. Nei casi richiesti si è provveduto alla somministrazione delle vaccinazioni. 2 i casi di sifilide attiva, 3 di pregressa. 22 i casi di scabbia, 21 le coproculture positive (di cui 6 con ipereosinofilia). Nessun caso di HIV positività. 11 minori hanno dichiarato pregresse torture, 5 pregresse esperienze di carcere.

Conclusioni

Negli anni sono mutate le provenienze, in particolare prima del 2008 prevalevano i rumeni, successivamente i kosovari e albanesi, negli ultimi anni prevalentemente bengalesi, afgani e pakistani. Solo il 7,5% provengono dall'Africa. Le femmine sono sempre state una piccolissima minoranza (4%). Il livello scolastico è significativamente più elevato per i MSNA provenienti dall'est Europa e UE rispetto alle altre provenienze. La percentuale di coloro che completano la terapia preventiva della TBC è risultata bassa (37%) per uscita dal progetto per maggiore età. I MSNA provenienti dal sud est asiatico sono risultati quelli con maggiore rischio di aver subito violenze o comunque pregresse esperienze traumatiche.

Contatto: Francesca Sammartano (francesca.sammartano@uniud.it)

Politiche e strategie di offerta vaccinale ai migranti nei paesi dell'UE e EEA

MARCHETTI G.^{1,2,3}, GAMBÌ C.¹, DEL MANSO M.¹, RANGHIASCI A.¹, NACCA G.¹, DENTE M.G.¹, MARCECA M.^{2,3}, ADEL ALI K.⁴, DECLICH S.^{1,3}

¹ Istituto Superiore di Sanità; ² Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma;

³ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ⁴ European Centre for Disease Prevention and Control

Introduzione e obiettivi

I migranti sono considerati un gruppo potenzialmente vulnerabile. I motivi che li hanno spinti a partire, la complessità e la precarietà che caratterizzano il loro percorso migratorio, il sovraffollamento nei centri di accoglienza, insieme alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari nei paesi ospitanti, possono peggiorare il loro stato di salute. Parte di loro proviene da paesi in cui i programmi vaccinali non sono completamente garantiti o sono stati interrotti. Inoltre, la documentazione relativa al loro stato immunitario non è generalmente disponibile all'arrivo in Europa perché non è stata portata oppure è stata perduta nel percorso migratorio. In considerazione di questi aspetti, il progetto VENICE (*Vaccine European New Integrated Collaboration Effort*), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*), ha avviato un'indagine finalizzata a descrivere le politiche e le strategie di offerta vaccinale ai richiedenti asilo, rifugiati e migranti irregolari nei paesi dell'UE/EEA.

Metodi/Azioni

I dati vengono raccolti attraverso un questionario online, sviluppato attraverso SurveyMonkey, che indaga i seguenti aspetti: leggi e regolamenti che supportano l'offerta vaccinale per i migranti; strategie di immunizzazione previste per bambini/adolescenti e per adulti; modalità di raccolta dei dati relativa all'immunizzazione dei migranti; difficoltà emerse e sfide segnalate dai vari paesi. Dopo una fase "pilota", che ha coinvolto referenti in Italia, Grecia, Malta, Croazia, Slovenia, Portogallo, Germania e Svezia, a gennaio 2018 il questionario è stato inviato ai membri del network VENICE dei 28 paesi dell'UE e di 3 paesi EEA e la raccolta dati è in corso.

Risultati

In occasione del Convegno verranno presentate e comparate le politiche e le strategie vaccinali offerte dai paesi partecipanti, con particolare attenzione per quelle rivolte ai minori, tenendo in considerazione i loro diversi sistemi sanitari. Si verificherà inoltre se vi sono differenze tra i paesi considerati di primo arrivo, di transito o di destinazione anche in base al numero di migranti entrati negli ultimi anni.

Conclusioni

Considerata la potenziale vulnerabilità della popolazione target, è importante che i paesi cooperino per garantire una offerta che permetta una copertura vaccinale adeguata e completa anche per i migranti che si spostano tra i paesi UE/EEA. La conoscenza delle differenti politiche sanitarie, le loro differenze ed eventuali uniformità, rappresenta una risorsa strategica per migliorare la salute dei migranti. Infine, questa indagine può permettere di identificare aree di difficoltà comuni dove lo sviluppo di linee guida di carattere tecnico a livello Europeo potrà sostenere e complementare gli sforzi a livello nazionale.

Contatto: Giulia Marchetti (giulia.marchetti@uniroma1.it)

La malnutrizione infantile nella regione del Dawro Konta (Etiopia). Un progetto di Infermieristica transculturale

ALBANESE C.¹, CAMELLINI R.², SIMONAZZI D.², MECUGNI D.³, GRADELLINI C.²

¹ Centri Missionari Frati Cappuccini Emilia Romagna; ² Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia/Università di Modena e Reggio Emilia; ³ CdL Infermieristica (RE), Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione e obiettivi

La malnutrizione infantile è considerata un'emergenza invisibile che incide su quasi la metà della mortalità: si parla di più di sei milioni di decessi annui, nella fascia d'età 0-5 anni. L'Etiopia è uno dei paesi più poveri del mondo; l'81% dei casi di malnutrizione non è trattato e causa il 28% della mortalità del paese. Più di due bambini su cinque soffrono di ritardo permanente dello sviluppo, dato che impatta sul 67% della popolazione adulta. La regione meridionale del Dawro Konta è caratterizzata da una grande povertà e da difficili condizioni igienico-sanitarie. L'età media della popolazione è di 17 anni, con un 44% che non supera i 14 anni di vita. I bambini del Dawro seguono un'alimentazione quasi esclusivamente a base di injera, un pane di farina povera di nutrienti essenziali. L'acqua è spesso distante dai villaggi, in scarsa quantità e non potabile. Obiettivo dello studio è il monitoraggio della malnutrizione infantile nella regione del Dawro Konta.

Metodi/Azioni

È stata condotta un'analisi osservazionale relativamente a malnutrizione e disidratazione, dei bambini da 0 a 5 anni. Per ogni bambino si sono valutati: condizioni generali, percentile, disidratazione con scala, alimentazione.

Risultati

Il campione si è rivolto alle clinica per febbre malarica (54%), infezioni e traumi (16%), problemi dermatologici (14%) e neurologici (8%). Il percentile medio si attesta intorno al 70% considerando la curva etiopica. Il 34% presenta un livello moderato di disidratazione e il 22% presenta disidratazione grave. Il 68% dei bambini soffre di malnutrizione acuta, il 14% di malnutrizione cronica. Dall'anamnesi emerge una scarsa variabilità nella dieta: più del 50% del campione si alimenta con un unico alimento: injera (29%) o latte materno (27%). Il totale dei bambini, non più in allattamento, beve acqua non potabile e non trattata.

Conclusioni

Considerando il complesso tema degli squilibri nutrizionali infantili si percepisce come questi siano il risultato di diversi fattori: la scarsa varietà di alimenti, le patologie/infezioni, la difficoltà di accesso alle cure, la mancanza di informazioni, i programmi politici ed economico-sanitari. In Etiopia il 28% della mortalità del paese è correlato alla malnutrizione e il 44% della spesa sanitaria è rivolto alla sua gestione. La malnutrizione ha effetti duraturi, incidendo sul ritardo di crescita che si trasformerà in difficoltà nel percorso scolastico, denutrizione cronica in età adulta, perdita di massa corporea e di energia per compiere lavori manuali. Da tali riflessioni emerge che la gestione della malnutrizione impatta sulla crescita dell'Etiopia, risultando essere una problematica reale, da considerarsi a livello internazionale, non solo per la dimensione etica, ma anche in una logica di economia e sviluppo globale. Un ringraziamento ai bambini del Dawro per le risate e la gioia sconfinata che riesce ad annientare e contrastare la povertà e le avversità che li circondano.

Contatto: Chiara Albanese (poch_chiara@tiscali.it)

Equipe multidisciplinare per l'accertamento dell'età dei MSNA. L'esperienza di Agrigento in anticipo sulla legge Zampa

CASTELLANO S., APRIGLIANO A., SCIACCA F., CANI A.

¹ Dipartimento di prevenzione, ASP di Agrigento; ² Equipe multidisciplinare per l'accertamento dell'età dei MSNA, ASP Agrigento; ³ Dipartimento di salute mentale, ASP di Agrigento; ⁴ Pediatra di libera scelta.

Introduzione e obiettivi

Il d.p.c.m. n. 234/16 del 22.12.2016 stabiliva che per i Minori Stranieri Non Accompagnati vittime di tratta, in caso di ragionevole dubbio sull'età, fosse condotto un percorso multidisciplinare di verifica da parte di personale specializzato, senza il ricorso alla radiografia del polso. Le autorità competenti di Agrigento, applicando il decreto, lo hanno esteso a tutti i MSNA, sebbene in assenza di un percorso alternativo. Pertanto il 22 febbraio 2017 Prefettura ed ASP di Agrigento sottoscrivevano il Protocollo per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei MSNA, sul modello di quello approvato dalla Conferenza delle Regioni nel 2016. Il 22 marzo 2017 l'équipe diventava operativa, più di un mese prima dell'entrata in vigore della Legge Zampa. Il presente lavoro intende riferire riguardo alle modalità operative dell'équipe e all'utenza incontrata nel primo anno di attività.

Metodi/Azioni

Come indicato dal Protocollo, l'équipe multidisciplinare si è costituita con personale ASP (pediatra, assistente sociale e psicologo), più l'ausilio di una psicologa volontaria. Successivamente per riuscire a rispondere alla forte domanda, alla pediatra ospedaliera dell'ASP è subentrato un pediatra convenzionato di libera scelta e all'assistente sociale la psicologa volontaria. Per l'intervista pediatrica e quella sociale sono state utilizzate le tracce d'intervista allegate al Protocollo d'intesa mentre, per l'indagine psicologica, la valutazione dello sviluppo intellettuale avviene durante il colloquio con lo psicologo dell'ASP, mentre gli aspetti motivazionali ed affettivi sono oggetto dell'intervista sociale con l'altra psicologa. Coerentemente con la dinamica che ha dato origine al Protocollo d'intesa, la prassi è stata che l'accertamento fosse richiesto all'ASP direttamente dai centri di accoglienza.

Risultati

Da marzo a dicembre 2017 sono stati conclusi 62 accertamenti dell'età. 11 sedicenni minorenni hanno interrotto l'iter per allontanamento volontario dalla struttura di accoglienza e circa 20 hanno rifiutato di sottoporsi alla procedura o si sono allontanati dalla struttura dopo aver saputo dell'appuntamento con l'équipe multidisciplinare. Attraverso la descrizione del metodo di lavoro utilizzato, l'analisi dei dati sulla popolazione che ha avuto accesso al servizio e gli esiti della procedura, s'intende offrire un esempio utile a quanti, sul territorio nazionale, si apprestano a dare attuazione alla legge Zampa.

Conclusioni

Agrigento può essere un interessante esempio di prassi che precede la legge. Fatto non raro nell'ambito del privato sociale, ma inusuale in un contesto istituzionale. D'altro canto, l'esperienza pone l'interrogativo se davvero la misura di legge in questione possa realizzarsi con le sole forze del servizio pubblico. Per quanto riguarda il soggetto chiamato a presentare all'ASP la richiesta di accertamento dell'età, è in corso l'adeguamento alle indicazioni di legge, senza rinunciare alla sfida di trovare modalità che non rallentino l'iter del minore a causa dei passaggi burocratici.

Contatto: Alessia Aprigliano (alessia.aprigliano@gmail.com)

Passaggi "pericolosi". Promozione della salute e prevenzione del rischio negli adolescenti stranieri. Alcune riflessioni cliniche a partire dall'esperienza di alcuni centri per minori

POLICICCHIO N.

GLIS Gruppo Ligure Immigrazione e Salute

Introduzione e obiettivi

L'adolescenza è di per sé un momento delicato in cui si riassessano le fondamenta poste nell'infanzia per strutturare le caratteristiche da cui si organizzerà l'età adulta. In questa fase di sviluppo, la percezione del rischio ed i comportamenti di autotutela vengono comunemente influenzati da istanze intrapsichiche, legate al passaggio evolutivo, con effetti potenzialmente distortivi. Gli adolescenti migranti costituiscono, all'interno dell'insieme dei coetanei, un gruppo particolarmente esposto all'eventualità di subire danni alla propria persona ed alla propria salute. Per cercare di aumentare l'efficienza degli interventi di promozione della salute e prevenzione del rischio, potrà essere utile cercare di delineare alcuni dei fattori che possono specificamente influire su questa popolazione, per ipotizzare modelli che tengano conto di queste specifiche peculiarità.

Metodi/Azioni

A partire da considerazioni emerse in gruppi di lavoro di operatori per centri per minori durante incontri di supervisione e ripensate alla luce di modelli psicodinamici, vengono evidenziati alcuni dei più comuni fattori, percepiti come rilevanti all'interno delle storie degli adolescenti stranieri seguiti, ed ipotizzato un quadro sintetico di riferimento in cui definirli quali parametri per inquadrare ed orientare gli interventi.

Risultati

Nell'esperienza migratoria, sia di prima che di seconda generazione, l'attraversamento della fase adolescenziale si intreccia con le esigenze complesse di riadattamento culturale e reinserimento sociale, ponendolo non solo a cavallo tra generazioni, ma anche sospeso tra diverse cornici culturali. Contemporaneamente questo tipo di esistenza, ha un impatto profondo anche sul rapporto con le figure genitoriali, sia quando fisicamente assenti come nel caso dei MSNA, sia, spesso, quando queste figure, pur essendo presenti, si trovano messe in crisi dalle dinamiche migratorie (perdita di ruolo e di contesto, difficoltà di inserimento e riconoscimento, minor dimestichezza con l'ambiente culturale e linguistico in cui si è inseriti...). La fisiologica conflittualità generazionale tende spesso, inoltre, ad interagire con elementi reattivi ad una situazione di disagio e marginalizzazione percepita e, sovente, vissuta, che contemporaneamente espone questo gruppo di popolazione a determinanti sociali di salute sfavorevoli.

Conclusioni

La componente della percezione sociale del migrante e quella di sé come straniero possono influire sulla permanenza e sull'intensità dei comportamenti a rischio portando istanze di identità e riconoscimento grupppale che si sommano ed interagiscono con le dinamiche più frequentemente riscontrate anche in coetanei italiani. Gli interventi di prevenzione con gli adolescenti stranieri, non necessitano di contesti esclusivi e potenzialmente marginalizzanti, ma possono aumentare la propria efficacia quando sappiano inserire nei propri modelli un'adeguata attenzione a temi di identità culturale e rappresentazione sociale dei gruppi di appartenenza.

Contatto: Nicola Policicchio (nicola.policicchio@gmail.com)

Indagine socio sanitaria sulla salute di un gruppo di MSNA a Torino

FOSSARELLO L., MASTROCOLA L., PRIOGLIO D.

¹ Cooperativa Terremondo; ² Cooperativa Biosfera

Introduzione e obiettivi

Sui 111 Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) presi in carico da ottobre 2016 a gennaio 2018 dal progetto di prima accoglienza FAMI di Torino, sono state compiute alcune indagini per valutare il loro profilo di salute.

Metodi/Azioni

I dati sono stati ricavati da una analisi delle loro cartelle mediche.

Risultati

Riguardo questi minorenni, vi è una netta prevalenza di maschi (89% circa) in parte legato alle strutture prese in esame (3 strutture su 4 erano destinati ai maschi); dato in linea con le reali proporzioni degli arrivi di MSNA rispetto al genere (6,4% femmine vs 93,6 % maschi). Riguardo alla zona di provenienza, l'82% circa dei minori proviene dall'Africa Occidentale, il 5,5% dall'Africa Orientale, e il 14% dall'Asia; quasi tutte le ragazze provenivano dalla Nigeria e sono vittime di tratta. Tutti dichiarano di avere tra i 13 e 17 anni; il 79% circa dei beneficiari ha dichiarato tra i 16 e 17 anni; mentre 2 ragazzi e 2 ragazze hanno dichiarato 13 anni. Circa il 60% dei beneficiari sono arrivati dagli sbarchi, il resto da altre strutture di accoglienza, e campi di transito della CRI. Sui ragazzi si sono riscontrati problemi di salute riguardanti l'apparato respiratorio (20% circa), problemi dermatologici (13%) e otto diagnosi di tbc in stato latente. Oltre 30 ragazzi (27%), hanno avuto bisogno di cure odontoiatriche anche continuative. C'è stato anche un ricovero in seguito a un trauma alla mano destra, uno per estrazione di corpo estraneo dall'orecchio. Riguardo agli esiti sulla salute dovuti alle esperienze pregresse (viaggio dal Paese di provenienza, permanenza in Libia e traversata del Mediterraneo), si è rilevato, tramite interviste, che oltre il 70% dei minori maschi dichiara di esserne stato vittima di tortura; gli esami medici anche approfonditi, previo consenso degli interessati, hanno rilevato che il 60% di loro effettivamente aveva segni fisici coerenti con i loro racconti. In altri casi è possibile che le violenze non abbiano lasciato segni visibili sul corpo. Tutte le ragazze hanno riportato di essere state ripetutamente violentate durante il viaggio; una di loro ha dovuto sottoporsi ad interruzione di gravidanza, in Libia con metodi "artigianali". Riguardo alla salute mentale, a tre ragazzi è stata diagnosticata sindrome da stress post traumatico (PTSD) mentre per una ragazza e per un ragazzo, si sono avuti forti sospetti in merito, ma non è stato possibile giungere ad una diagnosi, in quanto si sono allontanati dalle strutture durante le sedute dallo specialista.

Conclusioni

L'accesso al SSN e al Privato Sociale sanitario, e il lavoro in rete con il GrIS Piemonte, sono stati fondamentali per prendersi cura di questi minori mettendo ancora una volta in luce come la rete di assistenza possa essere la risposta a problemi delicati e complessi quali quelli dei MSNA. I profili di salute sono generalmente molto buoni; risultano però molto negative le esperienze pregresse, come il loro viaggio per arrivare in Europa e la permanenza in Libia.

Contatto: Luca Fossarello (luca.fossarello@gmail.com)

Circoncisione rituale: diritto alla sicurezza

GIORGIS S., MAZZOLA E., FACCIO L., MORONI M., BARDARI F., MONDO L.

GrlS piemonte, ASL Città di Torino

Introduzione e obiettivi

La circoncisione maschile è una pratica di origini antichissime e, a differenza delle mutilazioni genitali femminili, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel 1998 ha stabilito che "le comunità che per loro specifica cultura praticano la circoncisione rituale meritano pieno riconoscimento della legittimità di tale pratica". Nel 2007 a seguito di numerosi case report che segnalavano i benefici della circoncisione nella lotta contro l'HIV la American Academy of Pediatrics ha riunito una task force per rivedere le linee guida e nel 2012 ha dichiarato che "i benefici per la salute dati dalla circoncisione nel neonato maschio superano i rischi. Ad oggi i genitori che intendono far circoncidere il proprio figlio si trovano di fronte a disomogeneità di trattamento nell'ambito del SSN, questo unito alla scarsa disponibilità economica della famiglia e/o all'assenza di informazioni al riguardo favorisce l'esecuzione di tale pratica in condizioni pericolose con gravi rischi dal punto di vista sanitario.

Metodi/Azioni

Per evitare che la circoncisione venga praticata in luoghi non idonei esponendo il neonato a gravi rischi per la salute, fino ad arrivare in alcuni casi alla morte per complicanze infettive e/o emorragiche la Regione Piemonte ha deciso di rendere accessibile tale pratica a fronte di un contributo alla spesa sanitaria da parte delle famiglie. Potranno accedere al servizio di circoncisione rituale garantito dall'ASL Città di Torino presso l'Ospedale Maria Vittoria tutti i bambini di età superiore ai 6 mesi e ASA 1 (assenza di patologie in atto) a seguito della richiesta redatta e firmata da entrambi i genitori. L'intervento sarà condotto in regime di Day Surgery a fronte di un contributo da parte della famiglia (da definire, intorno ai 200 euro) comprensivo di prima visita pediatrica, visita urologica, anestesiologicala e intervento.

Risultati

L'attività verrà monitorata semestralmente con un report sulle schede di controllo e verifica.

Conclusioni

Con un adeguato sistema di divulgazione dell'informazione (dépliant informativi, poster nei consultori) e con il controllo della spesa si cerca di garantire l'accesso alla circoncisione rituale a tutti coloro che ne facciano richiesta, rivolgendoci soprattutto alle cosiddette "fasce deboli" in modo da ridurre al minimo il rischio di complicanze gravi.

Contatto: Silvia Giorgis (s.giorgis@libero.it)

L'accesso e il ricorso alle cure mediche da parte dei migranti: il caso dei migranti subsahariani in Algeria

MARAVIGLIA E.

Introduzione e obiettivi

La mia ricerca si chiede: come la condizione socio-giuridica di migrante influenza l'accesso alle cure mediche? Come e quando un migrante subsahariano si cura in Algeria e quali sono le sue strategie e le sue possibilità di cura?

Metodi/Azioni

La ricerca applica metodologie qualitative: una ricerca bibliografica ed una di campo ad Algeri, attraverso interviste e focus group con migranti, operatori del servizio sanitario, associazioni locali ed internazionali, abitanti algerini, giornalisti e figure religiose.

Risultati

Tra i migranti si riscontrano malattie croniche (diabete e ipertensione), malattie infettive (scabbia, tubercolosi, epatite, HIV), disturbi psichici, traumi fisici, problemi legati alla gravidanza. Il sistema sanitario è accessibile a tutti e il settore pubblico è gratuito, ma le attese sono lunghe e i migranti si sentono discriminati dal personale. L'accesso alle cure è determinato dal diritto formale d'accesso, ma anche dall'effettiva accessibilità al servizio, limitata da numerosi ostacoli di tipo materiale, simbolico e culturale. Quelli materiali sono: la mancanza d'informazioni, le barriere linguistiche, i problemi di trasporto e di orari, la paura di essere denunciati dal personale o arrestati durante il tragitto, la paura di essere discriminati, scarsa conoscenza dei propri diritti, i costi delle cure. La precarietà psicologica e affettiva influisce tramite la bassa stima di sé e la volontà di nascondere i problemi di salute per non rovinare le relazioni sociali. Anche la precarietà culturale agisce: il migrante perde fiducia nel medico che si preoccupa solo dell'aspetto organico della malattia senza considerare le credenze nelle cause non naturali. Le questioni identitarie emergono: l'accettazione delle malattie croniche contrasta col contesto migratorio in cui si valorizza la prestanta fisica; inoltre il rapporto col medico può essere uno strumento del migrante per far emergere la propria identità di "essere umano" di fronte all'universalità della medicina. Per i migranti in Algeria è estremamente frustrante avere la sensazione che i medici li discriminino e preferiscono ricorrere al settore privato dove la loro provenienza non conta, una volta pagata la parcella. La mancanza di fiducia nel pubblico porta a un ricorso tardivo alle cure e quindi a un intervento dei medici in situazioni di emergenza, che provoca un alto tasso di mortalità e quindi un'ulteriore diminuzione della fiducia. Per arginare alcuni problemi, i migranti, quando ne hanno i mezzi economici, preferiscono ricorrere al settore privato, ma in caso di mancanza di soldi questo si traduce nel non ricorso alle cure.

Conclusioni

Il diritto formale e la presenza dei medici non sono sufficienti per un accesso effettivo dei migranti alle cure, e tutti gli altri aspetti (identitari, relazionali, culturali, materiali, sociogiuridici) devono essere presi in considerazione ed integrati nel servizio offerto, affinché questo diventi veramente fruibile.

Contatto: Elena Maraviglia (elena.maraviglia@gmail.com)

Disagio psicologico e disturbi psichiatrici nei richiedenti asilo e rifugiati

NOSÉ M.¹, TURRINI G.², OSTUZZI G.², PURGATO M.², BARBUI C.²

¹ Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Italy; ² WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Italy

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi anni vi è stato un progressivo aumento del numero di richiedenti asilo e rifugiati provenienti da paesi a basso e medio reddito, con importanti implicazioni dal punto di vista sociale, economico, umanitario e di salute pubblica. Il trattamento del disagio psicologico e dei disturbi psichici, in particolare il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), in questa popolazione è un ambito di particolare importanza. Lo scopo di questo studio è quello di effettuare una revisione sistematica della letteratura sull'efficacia degli interventi psicosociali in questo ambito e di condurre un'indagine epidemiologica sulla frequenza del disagio psicologico e malattie psichiatriche in una popolazione di richiedenti asilo e rifugiati nel territorio di Verona.

Metodi/Azioni

Nella revisione sistematica sono stati inclusi tutti gli studi randomizzati e controllati che confrontavano un intervento psicosociale con un gruppo di controllo nei richiedenti asilo e rifugiati adulti con PTSD nei paesi ad alto reddito. Inoltre, a tutti i richiedenti asilo e rifugiati (età > 18) afferenti al percorso SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) a Verona durante il periodo di riferimento (18 mesi), è stata offerta una valutazione psicologico-psichiatrica con l'obiettivo di riconoscere, descrivere e misurare la frequenza del disagio psicologico e psichiatrico.

Risultati

Nella meta-analisi sono stati inclusi venti studi e i dati raccolti confermano l'efficacia degli interventi psicosociali nel ridurre i sintomi del PTSD rispetto al controllo (SMD -1,03, 95% CI 1,55-0,51; NNT 4,4; I2 86, 95% CI 77-91). Inoltre, nel campione dei richiedenti asilo e rifugiati reclutati durante l'anno e mezzo di studio, emerge un'alta frequenza di eventi traumatici. Più di un terzo dei soggetti presenta un disagio psicologico clinicamente significativo, e circa un quarto soddisfa i criteri per una diagnosi psichiatrica, principalmente di PTSD e disturbo depressivo.

Conclusioni

In generale, gli interventi psicosociali per richiedenti asilo e rifugiati con PTSD si sono mostrati efficaci nel ridurre i sintomi del PTSD. Questi risultati appaiono particolarmente significativi visto l'elevato rischio di sviluppare disagio psicologico e/o disturbi psichiatrici in questa popolazione, come emerso dallo studio epidemiologico. L'elevata prevalenza di disagio psicologico suggerisce la necessità di delineare un modello di valutazione e presa in carico psicologica e psichiatrica in questa tipologia di soggetti, che preveda il riconoscimento precoce del disagio psicologico ed un eventuale invio accompagnato ai servizi specialistici e al trattamento specifico.

Contatto: Michela Nosè (michela.nose@univr.it)

Barriere all'accesso dei servizi sanitari per i rifugiati e chiedenti asilo nei paesi europei coinvolti dalla crisi del 2015

CHIARENZA A.¹, BAATOUT S.², CIANNAMEO A.¹, CHIESA V.³, DOUVRAIN M.⁴, RIBOLDI B.¹, VERREPT H.²

¹ Ricerca e Innovazione, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia; ² Intercultural Mediation and Policy Support Unit, Federal Public Health Service, Food Chain Safety and Environment, Belgio; ³ Dipartimento Medicina e Chirurgia, Università di Parma; ⁴ Institute of Health and Society, Université catholique de Louvain, Belgio

Introduzione e obiettivi

Nel 2015 l'enorme afflusso di migranti verso l'Europa ha posto nuove sfide ai servizi sanitari. I paesi europei sono stati coinvolti, da questi flussi, in modo diverso, a seconda che si trattasse di paesi di arrivo, di transito o di destinazione. Tuttavia, nonostante la diversa esposizione ai flussi migratori, le situazioni si sono rivelate simili: i richiedenti asilo devono affrontare innumerevoli barriere nell'accesso ai servizi sanitari. In questo scenario la Task Force internazionale Migration, Equity & Diversity ha condotto uno studio nell'ambito del più ampio progetto europeo "Supporting health coordination, assessments, planning, access to health care and capacity building in Member States under particular migratory pressure" (SH-CAPAC). Obiettivi specifici dello studio sono stati: i) raccogliere informazioni dirette e tempestive sulle sfide che gli operatori sanitari stavano affrontando a seguito del grande afflusso di rifugiati; ii) identificare evidenze sugli ostacoli e sulle possibili soluzioni relative all'accesso ai servizi sanitari; iii) raccogliere le opinioni delle persone coinvolte su come sviluppare e diffondere un "pacchetto di risorse" a supporto degli operatori sanitari.

Metodi/Azioni

Tra febbraio e marzo del 2016 una serie di focus group e interviste semi-strutturate sono stati rivolti agli operatori dei centri di accoglienza e dei servizi sanitari nazionali in 10 paesi dell'Unione Europea. Sulla base di questi risultati, nel luglio 2016 è stata condotta una revisione sistematica della letteratura. Dopo aver esaminato 2.316 articoli, 251 studi sono stati inclusi nel database finale per l'analisi.

Risultati

I risultati delle interviste/focus group e della revisione sistematica hanno mostrato che le principali sfide per gli operatori sanitari riguardavano due aree principali: 1) ostacoli all'accesso ai servizi sanitari in generale (barriere giuridiche, barriere linguistiche e culturali, ostacoli organizzativi, mancanza di informazioni per rifugiati ed operatori e mancanza di coordinamento tra i servizi); 2) ostacoli nell'accesso di servizi sanitari specifici (salute mentale, assistenza ai bambini, cure per le vittime di violenza, salute sessuale e riproduttiva). I risultati dello studio sono stati utilizzati per realizzare il "pacchetto di risorse" per gli operatori sanitari.

Conclusioni

Questo studio ha messo in evidenza che i rifugiati e i richiedenti asilo affrontano diversi ostacoli nell'accesso all'assistenza sanitaria durante il tragitto migratorio: all'arrivo, transito e destinazione. Le barriere sono particolarmente problematiche per alcune aree assistenziali: salute mentale, salute dei bambini, salute sessuale e riproduttiva e delle vittime di violenza. I problemi relativi all'assistenza sanitaria non si limitano alla prima accoglienza nei centri per rifugiati, ma coinvolgono i servizi sanitari a tutti i livelli. Tuttavia i sistemi sanitari europei spesso non sono in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei rifugiati e dei richiedenti asilo e delegano molte delle loro funzioni a ONG e organizzazioni internazionali.

Contatto: Antonio Chiarenza (antonio.chiarenza@ausl.re.it)

Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di MGF o altre pratiche dannose

ANGELUCCI M.A.¹, DAL PRA T.³, DEMURTAS S.², FARINA P.⁴, MANCINI I.², SCASSELLATI SFORZOLINI G.¹

¹ A.O. S. Camillo Forlanini; ² Ass. NOSOTRAS; ³ Trama di Terre; ⁴ Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Milano-Bicocca

Introduzione e obiettivi

L'obiettivo generale consiste nel fornire agli operatori dei CPSA, CDA e CARA impegnati nell'accoglienza dei e delle richiedenti asilo:

- informazioni di base su MGF, matrimoni forzati o altre pratiche dannose;
- indicazioni pratiche ed essenziali sul modo in cui ci si debba comportare di fronte a presunte vittime, e su come promuovere il loro accesso a risorse adeguate e sicure, nonché alla protezione internazionale per ragioni legate alla violenza subita.

Metodi/Azioni

Formazione degli operatori socio sanitari dei CPSA, CDA e CARA e servizi socio sanitari affinché sappiano:

- conoscere e valutare i fattori di rischio rispetto alle pratiche di MGF (e altre pratiche dannose), eseguite nei paesi di provenienza di donne e bambine che arrivano in Italia;
- fornire informazioni in merito al diritto per le vittime di presentare una richiesta di asilo basata sul genere, perché la violenza contro le donne è riconosciuta come una forma di persecuzione;
- riconoscere che esistono, nel rispetto del principio del non-refoulement, misure perché le donne vittime di violenza, indipendentemente dal loro status, non siano rinviate verso un paese dove la loro vita potrebbe essere esposta a rischio.

Risultati

Le donne richiedenti asilo vittime di MGF saranno opportunamente inviate, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato dai medici dei centri d'accoglienza, presso strutture sanitarie del SSN con competenze specialistiche adeguate per una presa in carico terapeutica appropriata. Sarà garantito adeguato sostegno socio sanitario e giuridico alle donne vittime di violenza di genere

Conclusioni

Il Congresso SIMM sarà un'importante occasione per diffondere le Linee Guida sul riconoscimento precoce delle vittime di MGF ed altre pratiche nocive.

Contatto: Maria Augusta Angelucci (augusta.angelucci@scamilloforlanini.rm.it)

L'esperienza di Crinali e l'approccio transculturale all'interno del progetto FAMI "START: laboratori di musica e danza per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale"

SCOLARI M.G., DE PADOVA S., PEREZ C., CATTANEO M.L., SACCHETTI G.

Crinali Cooperativa Sociale Onlus, Milano

Introduzione e obiettivi

Crinali è una cooperativa sociale multiculturale che promuove la salute psicofisica e la qualità della vita delle donne e delle famiglie migranti operando nei settori sanitario, psicologico, sociale ed educativo e svolgendo attività di mediazione linguistico culturale e di sostegno psicosociale e psicoterapeutico. Da settembre 2016 a dicembre 2018 Crinali è partner del progetto FAMI "START, Servizio sostegno psicologico transculturale a richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale" (Spedali Civili di Brescia sono il Capofila).

I riferimenti teorici e metodologici dell'intervento sono quelli della clinica transculturale, ispirata all'etnopsichiatria francese che, attraverso universalismo e complementarismo, permette di costruire dispositivi di cura in grado di tenere insieme la potenzialità traumatica insita nella migrazione e le molteplici rappresentazioni di salute, malattia e cura.

Il Laboratorio "Sono, suono, muovo" ha perseguito tre obiettivi principali: offrire un luogo sicuro con una sua ritualità accogliente e rassicurante; offrire un'occasione di muovere il corpo, spesso dimenticato, dolorante e traumatizzato, ritrovarlo ed ascoltarlo; creare un gruppo che condivida esperienze di gioco e di movimento lasciando emergere grazie a musiche evocative, anche la voce e il canto.

Metodi/Azioni

Nel corso del 2017-2018 sono state proposte tre edizioni del laboratorio ai coordinatori di SPRAR e CAS: questi ultimi attraverso la compilazione di una breve scheda di presentazione hanno inviato gli ospiti interessati. Ogni laboratorio prevedeva cinque incontri con una media di circa 20 persone a gruppo. Tre operatori con diverse expertise nel campo della musicoterapia e nella gestione di gruppi interculturali conducevano il lavoro con la presenza di una mediatrice linguistico-culturale. In ogni incontro sono stati utilizzati diversi stimoli (strumenti musicali, immagini, suoni e canti) per aiutare il movimento, l'espressione personale e l'aggregazione. Come chiusura dell'esperienza veniva chiesto ai partecipanti, tramite l'utilizzo di immagini e disegni, di narrare una storia.

Risultati

Nelle prime due edizioni del laboratorio hanno partecipato 35 persone, di cui 2 minori, 26 maschi e 9 femmine. Abbiamo, con questa esperienza, creato uno spazio di aggregazione dando voce e attenzione ad ognuno, ridando valore e cura al corpo e, ove possibile, spazio all'emersione delle emozioni. Tra voci e suoni qualcuno ha detto "è stato come tornare a casa". Il lavoro fatto con noi ha permesso ad alcuni l'inizio di un percorso psicologico presso il nostro servizio. Il venire agli incontri, muovendosi da soli per la città, ha costituito inoltre un obiettivo di parziale autonomia per molti.

Conclusioni

Questa sperimentazione, nonostante la sua temporaneità, ha raggiunto gli obiettivi. È protettivo per delle persone fragili in un momento di vita confuso e carico di attesa, speranza e paura, avere un luogo diverso, senza giudizi, dove si crea un gruppo che offre una protezione.

Contatto: Marta Giulia Scolari (smarta.giulia@gmail.com)

Laboratorio didattico: in fuga dalla Siria

LUSETTI S., PIGHINI E., GRADELLINI C., CHIESI I., CAMELLINI R., MECUGNI D.
Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia

Introduzione e obiettivi

Il cambiamento dei contesti assistenziali che segue i mutamenti socio-culturali derivanti dalla crescita del fenomeno migratorio e dalla integrazione tra realtà diverse, richiede una formazione più approfondita ed efficace anche nell'ambito dell'assistenza infermieristica. Per questo il Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia ha organizzato un laboratorio che promuove la riflessione sul rispetto e sulla tutela della dignità e libertà della persona assistita.

L'obiettivo di questa esperienza formativa, rivolta a 60 studenti del terzo anno, è finalizzato alla riflessione e al confronto rispetto ai propri pregiudizi legati al fenomeno migratorio e alle persone immigrate che ci si trova ad incontrare nei contesti sanitari.

Metodi/Azioni

Dopo avere affrontato in aula in termini generali il fenomeno migratorio, si è scelto di utilizzare lo "story game" come metodologia, modalità proposta dal Granello di Senapa (Caritas di Reggio Emilia) nella mostra interattiva "In fuga dalla Siria". L'esperienza vissuta è stata rielaborata attraverso una riflessione a piccolo gruppo, in cui lo studente ha condiviso il proprio "Diario di Bordo", strumento didattico consegnatogli alla fine del percorso per la trascrizione del vissuto personale.

Risultati

A partire dalla domanda "Se fossi costretto a lasciare il tuo paese che cosa faresti?", la mostra ha permesso agli studenti di mettersi nei panni di un profugo che scappa dalla propria terra, attraverso diversi passaggi di seguito descritti. Per favorire agli studenti l'entrata in situazione è stata proposta la visione di un filmato sulla guerra in Siria, successivamente, dopo essersi spogliati di qualche loro vestito e indossati altri, hanno acquisito un passaporto che definiva la loro nuova identità e hanno ricevuto un mazzetto di soldi con i quali affrontare il viaggio. Lo studente così attrezzato ha dovuto scegliere tra diversi pannelli-libro sui quali erano scritte situazioni e scelte utili per proseguire il viaggio; ogni pannello-libro ne richiamava un altro fino a raggiungere la fine, più o meno lieta, del viaggio. Infine lo studente è arrivato a leggere la storia di migrazione di una persona, che verosimilmente ha svolto la medesima strada e le scelte che lui stesso ha sperimentato durante il laboratorio. Alla fine dell'esperienza è stato somministrato un questionario dal quale si è rilevato che per l'80% degli studenti l'esperienza è stata significativa ed ha raggiunto gli obiettivi proposti.

Conclusioni

L'esperienza vissuta dagli studenti ha permesso loro di acquisire uno sguardo nuovo e diverso sulle condizioni delle persone che scelgono di mettersi in viaggio verso un futuro migliore, contribuendo a sviluppare in loro la consapevolezza che l'incontro con l'altro può rappresentare un'occasione di crescita sia umana che professionale e che la formazione in ambito interculturale è un aspetto da curare in modo continuativo al pari di altre tematiche.

Contatto: Simona Lusetti (simona.lusetti@ausl.re.it)

Percorsi integrati di accoglienza, cura e tutela dei migranti. Studio descrittivo del modello di presa in carico globale di richiedenti asilo vulnerabili presso l'ARNAS Civico di Palermo

VEGNA V.¹; GERACI A.M.²; LO COCO D.³; DI PASQUALE A.¹

¹ UOSD Psicologia Clinica, Dip. Servizi e Continuità Assistenziale, Ospedale Civico ARNAS, Palermo; ² UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e D'Urgenza, Dip. Emergenza e Urgenza, Ospedale Civico ARNAS, Palermo; ³ UOC Neurologia, Dip. Emergenza e Urgenza, Ospedale Civico ARNAS, Palermo

Introduzione e obiettivi

Dal 2011 l'esodo verso l'Europa è catastrofe umanitaria con la chiusura della rotta balcanica: nel Mediterraneo sono morti in oltre 30mila. In Italia si è passati da 37.000 arrivi del 2008 a 62.000 del 2011 al record di 132.000 del 2016. La flessione del 2017 (119.247) è ricollegabile agli accordi Italia-Libia, dove aumentano le inumane detenzioni dei profughi. Il 25-30% dei richiedenti asilo ha subito violenza estrema nei Paesi di provenienza o di transito. Le condizioni di salute dei migranti hanno condotto nel 2016 l'ARNAS Civico di Palermo a definire procedure di cura integrata medico-psicologica per: a) individuare i soggetti vulnerabili; b) attivare percorsi individualizzati di cura; c) valutare e certificare condizioni psicologiche e organiche ed esiti reattivi e/o post traumatici; d) tutelare i diritti dei richiedenti asilo.

Metodi/Azioni

La cura dei migranti integra gli interventi di psicologi, medici, infermieri e personale socio-assistenziale. La raccolta della storia clinica e migratoria contribuisce alla definizione di anamnesi psico-fisica, diagnosi e cure, a ridurre disagio e prevenire esiti post-traumatici. L'équipe socio-sanitaria informa riguardo all'iter diagnostico-clinico, ripristina routine e illustra l'iter post-ospedaliero. Ascolto e sostegno psicologico vengono effettuati in francese e inglese, con mediatore per lingue rare. L'intervento consente di rintracciare l'eziologia di patologie da deprivazioni e violenze e favorisce compliance, elaborazione del disagio, individuazione e assistenza dei vulnerabili, invio ai servizi. La consulenza psicologica, parte integrante della cartella clinica, può essere esibita alla Commissione Territoriale per il riconoscimento dello status di rifugiato.

Risultati

Nel 2016-17, il 100% dei vulnerabili è transitato dall'area di emergenza: 26 maschi e 17 femmine, di età media $22,9 \pm 7,9$ anni. Nigeria (27,9%) e Costa D'Avorio (23,3%) sono i Paesi più rappresentati. Il francese è usato nel 48,8% dei casi, l'inglese nel 41,9%, le lingue rare 9,3%. Dei 43, 17 curati e dimessi e 26 ricoverati. Il 76,74% è risultato vittima di tratta (3 F e 1 M), violenza (9 F e 9 M), violenza sessuale (5 F e 1 M), traumi da arma da fuoco (4 M e 1 F).

Alla valutazione psicologica, sono stati rilevati sintomi/disturbi insorti a seguito dell'esperienza migratoria (100%), psichici insorti nel paese d'origine, riconducibili ad esperienze traumatiche, reattivi all'ospedalizzazione (effetto "bolla di sapone").

Conclusioni

La presa in carico integrata dei vulnerabili previene e riduce il disagio e la psicopatologia (PTSD e PTSD complex). All'accesso in emergenza o reparto critico si registrano sintomi comuni (disregolazione affettiva e processi dissociativi) e differenziati (nei maschi rabbia, ruminazione, disturbi del sonno, nelle femmine stati depressivi e numbing), sulla base di alcune variabili: individuali (età, sesso, personalità, resilienza, religiosità), esperienza migratoria (Paesi di provenienza e transito, durata e condizioni, violenza), codici culturali e trauma (natura, gravità, numerosità, conseguenze).

Contatto: Valentina Vegna (valentinavegna@gmail.com)

I bisogni di salute dei richiedenti asilo della provincia di Reggio Emilia: un'indagine retrospettiva

CHIESI I.¹, FEBBRARO G.¹, CAMELLINI R.¹, FORNACIARI R.², CASONI C.², CASTAGNI I.², DAVOLI A.², MECUGNI D.¹

¹ Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; ² Centro per la Salute della Famiglia Straniera, Azienda Unità Sanitaria Locale/IRCCS di Reggio Emilia

Introduzione e obiettivi

L'organizzazione nazionale dell'accoglienza dei richiedenti asilo che arrivano in Italia prevede una prima assistenza negli hotspot prossimi agli sbarchi, una fase successiva di transito e soggiorno negli hub regionali (quando presenti) e si conclude nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) del territorio di effettiva presa in carico.

Il presente studio ha analizzato in modo retrospettivo le principali problematiche assistenziali e di salute di 772 richiedenti asilo che, nel periodo tra l'1 settembre e il 31 dicembre 2016, sono transitati nell'hub regionale di Bologna e poi presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS) dell'Azienda Unità Sanitaria Locale/IRCCS di Reggio Emilia.

Gli obiettivi dello studio sono: – descrivere i quadri patologici eventualmente presenti; – identificare i principali bisogni di salute manifestati; – evidenziare gli interventi assistenziali realizzati.

Metodi/Azioni

Lo studio effettuato è di tipo descrittivo-retrospettivo e ha coinvolto 772 persone. Lo strumento utilizzato per l'indagine è stato la creazione di un unico documento informatizzato che ha tenuto insieme i dati socio-sanitari raccolti presso l'hub regionale di Bologna e quelli del CSFS di Reggio Emilia.

Risultati

Delle 772 persone assistite presso il CSFS e oggetto dello studio, 683 (88,47%) sono maschi e 89 (11,53%) sono femmine. La distribuzione per luogo di nascita vede nella Nigeria la nazionalità prevalente con 186 persone (24,09%). L'età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 18 e i 20 anni con 259 persone (33,55%). All'accoglienza presso il CSFS, 326 individui (42,23%) sono stati valutati in condizioni di "generale benessere". Per 130 (16,84%) si sono riscontrate malattie ascrivibili all'apparato respiratorio. Il 12,95% (100) presentava patologie a carico della cute e del tessuto connettivo. Il 10,49% (81) evidenziava alterazioni a carico del sistema nervoso e agli organi di senso. Per 57 persone (7,38%) erano presenti patologie infettive e/o parassitarie.

I quadri clinici maggiormente individuati sono stati: dermatiti (8,42%), tosse senza espettorato (6,99%), cefalea (5,83%), dolori osteoarticolari (5,05%), dolore generalizzato (5,05%), odontalgia e carie (4,14%).

Conclusioni

Lo studio ha evidenziato che lo stato di salute dei richiedenti asilo risente dell'esposizione a un mix di fattori di rischio connessi al percorso migratorio. Se da un lato appare emergere per 326 individui (42,23%) una situazione di "generale benessere", per oltre la metà del campione si palesano quadri patologici legati alle scarse condizioni di igiene personale e alla insalubrità dei luoghi in cui queste persone hanno vissuto prima di raggiungere il nostro paese. Un percorso migratorio che manifesta nel complesso un insieme di precarietà e fragilità a cui è possibile ricondurre le malattie dell'apparato respiratorio, le frequenti situazioni di algie diffuse, legate con concreta possibilità a violenza e soprusi, le alterazioni alimentari e le altre problematiche che lo studio ha rilevato.

Contatto: Ivens Chiesi (ivens.chiesi@ausl.re.it)

Medical Booklet: un utile strumento per il migrante lungo tutto il percorso migratorio

TESTA J.^{1,2}, POSTIGLIONE C.³, OFOGWU G.³, MARCHESE V.¹, SANTUCCI B.^{1,3}, MONTEIRO G.^{1,3}, CAREGARO L.³, RIGOLI G.³

¹ Centro per le Malattie Tropicali, Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria, Negrar VR; ² Centro di Ricerca in Etica Clinica, Università degli Studi dell'Insubria, Varese; ³ Centro Salute Immigrati CESAIM, Verona

Introduzione e obiettivi

Presentare uno strumento al servizio della popolazione migrante innanzitutto, ma anche al personale sanitario e non, che permetta di rendere accessibili le informazioni sanitarie della persona lungo tutto il suo percorso migratorio.

Metodi/Azioni

Vengono descritte le caratteristiche strutturali del libretto sanitario (o *medical booklet*), le variabili prese in considerazione e la modalità di consegna alla popolazione migrante. Attualmente è stato redatto in due lingue (italiano e inglese), con la possibilità di ampliarne la disponibilità.

Risultati

Siamo partiti con l'analizzare le informazioni sanitarie e le variabili più importanti per l'interesse soggettivo e nei confronti della collettività, confrontandoci con realtà ospedaliere, aziende sanitarie locali e organismi internazionali; inoltre ci siamo basati anche sulle linee guida di recente introduzione "Controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli". Successivamente abbiamo preso spunto da modelli già in essere, come quelli forniti da OIM, Doctors of The World Greece e infine un esempio creato in una piccola realtà in Grecia. Abbiamo redatto così un libretto di 12 pagine, strutturato in macro-capitoli: scheda anamnestica, vaccinazioni, screening generale per patologie (comprendente emocromo, ECG, PAP-test, sierologie per HIV, HBV, HCV, lue e indagini per Schistosoma e Strongyloides), eventuale presenza di disabilità, screening per tubercolosi (radiografia del torace, test Mantoux/IGRA) ed eventuale profilassi con relative tempistiche, storia clinica per patologie croniche e interventi chirurgici, uno spazio per eventuali ricoveri e/o visite mediche, storia ginecologica (gravidanze, aborti, figli-e viventi, contraccettivi), terapia in atto. Il formato sarà corrispondente ad un A6 in modo che possa essere inserito nel contenitore plastificato del tesserino sanitario o STP/ENI. La distribuzione del libretto avverrà al momento della consegna della tessera sanitaria da parte dello sportello ULSS corrispondente.

Conclusioni

Il libretto sanitario, tramite la raccolta dei dati sanitari del migrante, contribuirà a razionalizzare l'esecuzione di esami medici e permetterà di raccogliere una storia clinico-socio-sanitaria personale consultabile ad ogni visita medica. Redatto anche in lingua inglese, potrà essere utile lungo tutto il percorso migratorio, anche al di fuori del territorio italiano.

Contatto: Testa Jacopo (iltesta69@yahoo.it)

Approccio psicodinamico breve

FANALI P.

Gruppo INTERcasa GEA Onlus

Introduzione e obiettivi

Il Consorzio Gruppo INTERcasa GEA Onlus è un'associazione di promozione sociale (APS) nata nel 2014 che vede consorziate due associazioni: APS Zero a 1000 Onlus (socio fondatore), d'ora in poi Zero, e l'Associazione di volontariato IGNONTÉ.

Da tre anni gestisce, con entrambe le associazioni consorziate, 6 centri di accoglienza straordinaria a medi numeri e in modalità diffusa, in convenzione con la Prefettura UTG di Viterbo, attraverso figure professionali dedicate e l'innovativo metodo della Gestione Etica dell'Accoglienza, da cui l'acronimo GEA. INTERcasa attua un intervento integrato sull'ospite, inserito in un clima di distensione, accettazione e stimolo all'interno delle dinamiche di stratificazione culturale, per fare in modo che sia l'utenza che il gestore non cadano in un processo segnato dal multiculturalismo spicciolo e nella separazione etnico-religiosa. Un modello di intervento che punta al buono stato di salute del migrante, inteso ovviamente non come assenza di malattia ma come buono stato di benessere psicofisico.

Metodi/Azioni

INTERcasa interviene sul migrante grazie all'approccio interculturale integrato che mette gli ospiti in condizione di educazione continua con particolare attenzione allo stratificazione culturale.

L'intervento professionale multidimensionale volge l'attenzione su tutta la sfera bio-psico-sociale, incrociando una visione olistica con l'individualità e la rinegoziazione identitaria del sé e dell'approccio all'altro. Le azioni messe in campo sono: equipe multidisciplinare e meeting tra ospiti a cadenza settimanale, da cui si attivano le prese in carico specifiche in un sistema psicodinamico che punta alla cura del sé e dello spazio vitale. Questo metodo tiene testa alla criticità del tempo a disposizione troppo breve per un intervento efficace.

Risultati

L'approccio interculturale integrato sul migrante fa attenzione alle tappe di rinegoziazione del sé su cui si interviene ai fini della ricostruzione identitaria e del senso di appartenenza. I risultati fino a oggi sono ben al di sopra di ogni aspettativa, sia per la reazione degli ospiti che della popolazione ospitante.

Conclusioni

INTERcasa lavora in un contesto normativo frammentario, caratterizzato da diverse lacune operative, dove inserisce – negli interstizi normativi – il modello sperimentale innovativo GEA, di inserimento sociale a rilascio lento sul territorio. Questo modello di intervento ha dato risultati soddisfacenti riguardo alla sfera bio-psico-sociale del migrante forzato, curata incrociando le dinamiche di gruppo e i servizi educativi dedicati che nessun CAS ha mai considerato.

Contatto: Paola Fanali (Info@intercasagea.eu)

Attività vaccinale e screening tubercolare nei migranti richiedenti asilo: collaborazione AUSL- Caritas nella città di Ferrara

FLORESCU C.¹, COVA M.², BROSIO F.¹, PICCINNI L.¹, ZANOTTI C.³, ARESU S.⁴, ZIMOTTI M.⁴, COSENZA G.², GUERRA S.⁵, STEFANATI A.¹

¹ Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Ferrara; ² Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Ferrara; ³ Caritas Ferrara, Poliambulatorio Betania; ⁴ ASP centro Servizi alla Persona, Ferrara; ⁵ Dipartimento Cure Primarie, Azienda USL Ferrara

Introduzione e obiettivi

Il fenomeno migratorio, in continuo aumento, pone un'enorme sfida al sistema sanitario, in termini di organizzazione e garanzia di assistenza. Il progetto di accoglienza sanitaria per stranieri richiedenti asilo, nella città di Ferrara, si realizza mediante un patto di collaborazione tra l'Azienda USL e la Caritas cittadina. Lo scopo del lavoro è descrivere l'attività dell'ambulatorio Caritas, gestito da medici volontari ed infermieri dell'ASP (Centro Servizi alla Persona), che affianca il Dipartimento di Sanità Pubblica e il Dipartimento di Cure Primarie nella gestione dei migranti.

Metodi/Azioni

Sono stati analizzati i dati dell'ambulatorio Caritas di Ferrara, relativi allo stato vaccinale ed allo screening tubercolare dei pazienti, riguardanti il periodo di attività dell'ambulatorio, compreso tra l'8 maggio 2017 (data dell'apertura) ed il 31 gennaio 2018.

Risultati

I migranti che hanno avuto accesso all'ambulatorio, nel periodo indicato, sono stati 526 (78% maschi). Di questi, 161 erano richiedenti asilo arrivati sul territorio prima dell'8 maggio, non entrati in precedenza nel programma di screening. Nell'ultimo quadrimestre del 2017, si è registrato un calo netto degli accessi dei richiedenti asilo, in linea con le politiche nazionali.

Il range di età dei migranti oscilla tra 18 e 40 anni ed i principali paesi di provenienza sono: Nigeria, Bangladesh, Ghana, Camerun, Costa D'Avorio, Senegal. Al momento del primo accesso, sono stati eseguiti a tutti i migranti la prima dose di vaccino dTpa-IPV, il TST (Mantoux) e gli esami ematochimici (Emocromo, Glicemia, GOT, GPT, Azotemia). I controlli sierologici vengono fatti solo per epatite B, morbillo e rosolia nelle donne. È stata sospesa invece la valutazione delle IgG del tetano. Sono stati inoltre richiesti 124 Rx torace, come approfondimento diagnostico.

I secondi accessi sono stati 569. In questa occasione è stata effettuata la seconda dose di vaccino dT-IPV ed eventuali prime dosi di MPR e HBV. Complessivamente sono state somministrate 1.196 dosi. In quanto allo screening tubercolare, sono stati effettuati 619 TST (93 soggetti appartenevano a flussi migratori antecedenti), dei quali 376 positivi (61%). Questi casi sono stati inviati presso l'ambulatorio di pneumologia territoriale, per una valutazione specialistica. Sono stati inoltre identificati 2 casi di tubercolosi polmonare attiva, una in luglio ed una in novembre 2017.

Conclusioni

I dati mettono in luce i vantaggi della collaborazione tra ente pubblico e volontariato (terzo settore), in termini di efficienza del servizio e miglioramento della presa in carico, nonché riduzione dei costi. La mobilità che caratterizza il gruppo dei richiedenti asilo e gli ostacoli che spesso essi incontrano nell'accedere ai servizi sanitari, si traducono nella difficoltà, in alcuni casi, di portare a termine i percorsi di prevenzione e cura. Infine, l'elevata prevalenza dei test tubercolari positivi evidenzia la necessità di mantenere alta la sorveglianza sull'infezione e l'adesione ai protocolli.

Contatto: Caterina Florescu (caterina.florescu@unife.it)

Relazioni in salute: percorso di incontri con uomini richiedenti asilo e loro educatori per affettività e sessualità

FORNACIARI R.¹, GEMMI M.C.¹, SIMONAZZI D.¹, BONVICINI F.¹, CASTAGNI I.¹, DAVOLI A.², TAGLIAVINI L.³, PIGNEDOLI M.C.³

¹ Ausl di Reggio Emilia-IRCS; ² Caritas, Reggio Emilia; ³ Rete territoriale Impresa, Cooperative Ovile-Madreteresa, Coress

Introduzione e obiettivi

Gli ultimi 4 anni si sono caratterizzati per una forte complessità nella gestione dei richiedenti asilo, dovuta all'esigenza di garantire ai numerosi soggetti arrivati sul territorio un'accoglienza comprensiva dei vari aspetti sociali e sanitari. In questa ottica, gli operatori del Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS), Servizio del Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Reggio Emilia, a cui è affidata la gestione sanitaria dei richiedenti asilo, hanno sperimentato, in collaborazione con una delle due reti territoriali incaricate della gestione, comprendente 3 cooperative, una serie di incontri educativi-informativi per uomini adulti.

Metodi/Azioni

Il bisogno formativo-educativo è emerso in occasione delle riunioni mensili dell'equipe di coordinamento tra le cooperative di gestione dei richiedenti asilo e i referenti sanitari dell'AUSL, su segnalazione delle cooperative. La tematica individuata per la formazione è stata la complessità della relazione fra uomo e donna nei suoi risvolti culturali. Dopo un primo approccio informativo dedicato ai soli educatori, sono stati organizzati gli incontri di 3 ore ciascuno dal titolo "affettività e sessualità" a cui hanno partecipato richiedenti asilo adulti in gruppi di 20-40 persone, appartenenti ad uno stesso paese o area linguistica. L'equipe dei formatori del CSFS era costituita da ostetrica, infermiere e ginecologo. Agli incontri erano presenti anche educatori e i mediatori culturali delle cooperative. I contenuti degli incontri sono stati: concetto di integrazione fra culture e relazione con la salute, anatomia e fisiologia dell'uomo, anatomia e fisiologia della donna, prevenzione MST, concetto di prevenzione, qualità della relazione fra sessi (violenza, rispetto, accettazione delle diversità, ecc).

Risultati

Da gennaio 2017 si sono svolti 5 incontri che hanno coinvolto circa 170 persone (gambiani, ghanesi, maliani, nigeriani); sono già stati programmati altri 5 incontri per i prossimi mesi. Gli incontri hanno permesso di coinvolgere diversi gruppi etnici e di fare emergere problematiche importanti, tra cui: - fertilità e sterilità, di chi è la colpa?; - la difficile accettazione diversità (omosessualità, concetto di famiglia); - relazione fra sessualità e religione e/o spiritualità; - confronto fra legislazione e costumi/ruolo di genere (violenze).

Conclusioni

La necessità di affrontare la tematica della relazione di genere si inserisce in un macro obiettivo, condiviso tra i referenti delle cooperative e sanitari dell'AUSL, di offrire ai richiedenti asilo uno spazio di educazione, formazione, empowerment e scambio di conoscenze; gli incontri inoltre hanno fornito la possibilità di informare sulle leggi e costumi che le persone accolte incontreranno e con cui si confronteranno sul nostro territorio. Gli incontri sono stati anche occasioni per gli operatori di comprendere il background culturale di provenienza degli utenti e di affrontare gli stereotipi che ancora esistono. La conoscenza reciproca è il primo importante passo verso una vera integrazione.

Contatto: Rossano Fornaciari (rossano.fornaciari@ausl.re.it)

Mal di frontiera - Un'analisi delle condizioni di vita, dell'accesso alla salute e degli episodi di violenza tra i migranti in transito a Ventimiglia

MANCINI S.¹, SPINELLI S.^{2,3}, ZAMATTO F.², ARGENZIANO S.², DI DONNA F.², LAINO E.², FABBRI T.²

¹ Medici Senza Frontiere, Roma, Italia; ² Médecins Sans Frontières, Brussels, Belgio; ³ UO Medicina d'Urgenza Universitaria, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Introduzione e obiettivi

Dal 2015, la città italiana di Ventimiglia è diventata uno dei principali punti di transito per i migranti che cercano di raggiungere un diverso Stato europeo. MSF ha condotto a Ventimiglia un'indagine tra i migranti residenti nel centro di transito gestito dalla CRI, detto Campo Roja, e quelli accampati lungo il greto del fiume Roja, per documentare i tipi di violenza subita durante il viaggio e durante le fasi di respingimento alla frontiera, le condizioni di vita e l'accesso ai servizi sanitari.

Metodi/Azioni

Un'inchiesta quantitativa trasversale è stata realizzata da MSF tra agosto e settembre 2017 nei due siti già menzionati. Un questionario standardizzato e strutturato è stato somministrato a un campione di popolazione selezionata con metodo casuale semplice nel campo Roja e in maniera esaustiva lungo il fiume Roja. Il questionario è stato costruito per misurare la prevalenza e il tipo di violenze subite, le condizioni di vita e l'accesso ai servizi sanitari. L'anonimità e il consenso dei partecipanti sono stati garantiti.

Risultati

Nello studio sono state incluse 287 persone con un'età mediana di 24 anni (IQR: 20-27), di cui il 97% di sesso maschile e il 48,8% proveniente dal Sudan. Tra la popolazione oggetto dell'analisi, il 44,2% (IC: 38,5 - 50) ha riferito di aver subito almeno un episodio di violenza durante il viaggio prima dell'arrivo in Italia, il 46,1% dei partecipanti ha dichiarato di essere stato respinto alla frontiera francese, il 23,6% (IC: 17,1 - 31,8) ha riferito di aver subito episodi di violenza (percosse, inseguimenti, aggressioni verbali) durante il respingimento e il 17,4% (IC: 13,4 - 22,2) ha dichiarato di essere stato forzatamente trasferito nei centri del Sud d'Italia. I soggetti che hanno subito violenza hanno dichiarato nel 45% (IC: 28 - 63,5) dei casi di essere stati vittime di persone in uniforme di nazionalità italiana, mentre nel 29% (IC: 15,2 - 48,2) di persone in uniforme di nazionalità francese. Per il restante 26%, si è trattato di persone sconosciute. Un accesso inadeguato alle cure è stato riportato dal 37,5% (IC: 21,9 - 56,1) dei partecipanti residenti nel campo Roja e dal 24% degli intervistati nel sito informale lungo il fiume. Solo il 17,9% dei soggetti affetti da patologie di salute croniche possiede il codice STP per accedere alle cure mediche.

Conclusioni

Questa indagine fornisce dati sulle condizioni di vita della popolazione transitante e rileva un importante livello di violenza subito dai migranti sia durante il viaggio, sia durante i loro tentativi di attraversamento delle frontiere. Inoltre, fornisce informazioni sull'accesso alle cure e ai servizi sanitari. Ulteriori ricerche dovrebbero essere effettuate per meglio comprendere le complesse dinamiche della violenza descritta e le conseguenze sulla salute, per poter formulare un'efficace risposta politica.

Contatto: *Silvia Mancini* (silvia.mancini@rome.msf.org)

Adozione delle Linee guida in materia di controlli sanitari all'arrivo per richiedenti asilo e rifugiati: rassegna sistematica della letteratura e proposte per un piano di implementazione locale

ROVETA S.¹, DI MARIA E.^{1,2}

¹ Gruppo Ligure Immigrazione e Salute, SIMM; ² Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova

Introduzione e obiettivi

Un Programma congiunto dell'Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà (INMP) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.) ha recentemente prodotto le Linee guida "I controlli alla frontiera - La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza". Le Linee guida intendono fornire raccomandazioni evidence-based ai decisori e agli erogatori di servizi sanitari circa percorsi di cura appropriati per richiedenti asilo all'arrivo in Italia e durante la fase di accoglienza. Affinché le Linee guida possano essere tradotte in pratica corrente, il sistema sanitario locale dovrebbe adottare le raccomandazioni attraverso un piano di implementazione adeguato.

Metodi/Azioni

L'obiettivo del presente lavoro è di costruire un set di interventi knowledge-based da implementare a livello regionale e locale.

A questo scopo, è stato applicato il paradigma PRISMA per produrre una revisione sistematica della letteratura circa i modelli di implementazione esistenti per raccomandazioni riguardanti procedure sanitarie rivolte a richiedenti asilo e rifugiati. Sono stati interrogati i database di PubMed e Cochrane e sono state esaminate letteratura grigia e documentazione fornita da opinion leader del settore.

Risultati

Nonostante siano disponibili diverse linee guida dedicate ai richiedenti asilo, la revisione sistematica ha permesso di trovare pochi modelli di implementazione completi. Tra i risultati emersi, merita di essere citato, quale linea d'azione globale, il programma sviluppato dal Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health.

Sulla base delle proposte disponibili, è stato delineato un programma preliminare di interventi formativi per facilitare la fase di diffusione delle Linee guida tra i medici di medicina generale e gli studenti di medicina. Il programma formativo verrà esteso a tutte le figure professionali coinvolte lungo il percorso di accoglienza. Inoltre, è stato delineato un piano per monitorare gli atti ufficiali a livello regionale ed ospedaliero.

Conclusioni

In conclusione, dalla rassegna sistematica appare evidente come siano necessari modelli knowledge-based atti a facilitare l'effettiva adozione delle procedure raccomandate per i richiedenti asilo e i rifugiati. Il complesso del lavoro di documentazione e sviluppo potrà contribuire ad estendere e rafforzare la rete di strutture ed operatori impegnati nella tutela della salute di richiedenti asilo e rifugiati.

Contatto: Sara Roveta (sararoveta@gmail.com)

Analisi antropologica e valutazione psicopatologica delle persone migranti cinesi in Italia richiedenti protezione internazionale per motivi religiosi

CASTALDO M.¹, ARAGONA M.¹, SCHILLIRÒ C.¹, DAL SECCO A.¹, TUMIATI T.¹, FORESE A.¹, AGRÒ F.¹, TOSI M.², MIRISOLA C.¹

¹ Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Roma; ² Associazione Ricreativa e Culturale Italiana, ARCI Roma

Introduzione e obiettivi

Negli ultimi anni il numero di cinesi richiedenti protezione internazionale è aumentato in modo significativo: dalle 84 domande di protezione del 2014 alle 871 nel 2016 (+1.036%). Dalla nostra esperienza e dalle fonti analizzate, tale mobilità è dovuta principalmente alle persecuzioni del Governo cinese sui fedeli della religione cristiana evangelica. Presso l'INMP di Roma uno studio realizzato da un antropologo, uno psichiatra, psicologi e mediatori transculturali ha avuto i seguenti obiettivi: comprendere i processi culturali, storici e geopolitici relativi all'eradicazione di culti cristiani in Cina; le modalità persecutorie governative; l'organizzazione sociale di tali chiese e le strategie di resistenza dei loro membri; infine, le ricadute sulla salute mentale e l'influenza di quest'ultima sulle difficoltà di vita in Italia.

Metodi/Azioni

Alle persone di nazionalità cinese afferenti presso l'INMP è stata proposta un'intervista antropologica semi-strutturata, volta a esplorare le narrazioni, le esperienze, l'immaginario e i moti di desiderio, ed inoltre una valutazione psicopatologica sia clinica, sia effettuata con test auto-somministrati (List of Migration Experiences – LiMEs, The Harvard Trauma Questionnaire – HTQ, Zung Self-Rating Depression Scale - ZSDS). Ove richiesto, è stato fornito supporto psicologico e medico e sono stati rilasciati certificati clinici e relazioni antropologiche, per lo più utilizzate a supporto dei ricorsi presso il Tribunale.

Risultati

Sono state prese in cura 38 persone provenienti da 13 regioni della Cina, prevalentemente donne (71%; età media 34 anni), che professano la religione Cristiana evangelica in 9 diverse chiese cristiane domestiche e nuovi culti come quello di Almighty God. Il motivo riferito dell'emigrazione forzata è la persecuzione del governo cinese finalizzata a eradicare il cristianesimo, anche tramite violenze e torture. Le principali difficoltà di vita in Italia sono l'isolamento e la paura di essere rimpatriati a causa del diniego della richiesta di protezione internazionale. Clinicamente si sono osservati quadri clinici depressivi (42%), espressi contemporaneamente con sintomi somatici, cognitivi ed emotivi. Frequenti sono i sintomi post-traumatici, con una prevalenza del PTSD che varia tra il 29% e il 68% a seconda del metodo diagnostico impiegato e le reazioni di adattamento (15%).

Conclusioni

Numerose sono le nuove conversioni al cristianesimo evangelico che coinvolgono prevalentemente donne. Le strategie di sopravvivenza di una fede clandestina non sono state sufficienti a evadere il controllo dello Stato che reprime duramente i cristiani. A causa di queste politiche le persone hanno abbandonato i propri luoghi e i propri affetti, nascondendosi in altre zone della Cina, poi emigrando in Italia. Qui, dopo un primo momento di sollievo, è iniziato a emergere un quadro di sofferenza psicologica secondaria ai traumi premigratori e alle difficoltà vitali post-migratorie. Tra esse, le difficoltà nell'ottenere il riconoscimento dello status di rifugiato e la paura di essere rimpatriati, le difficoltà di adattamento al nuovo contesto e alla nuova cultura, la preoccupazione per i familiari rimasti in Cina, il senso di solitudine.

Contatto: Miriam Castaldo (miriam.castaldo@inmp.it)

Riorganizzazione dei servizi di sorveglianza sindromica nella AUSL Toscana centro

BIANCHI J.¹, MILANI C.¹, FANINI M.², SICURANZA G.², BAGGIANI L.³, MACIOCCO G.⁴

¹ Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Università di Firenze; ² Medici del servizio di sorveglianza sindromica, AUSL Toscana centro; ³ Coordinatore Sanitario Servizi Territoriali Zona Firenze, AUSL Toscana centro; ⁴ GrIS Toscana

Introduzione e obiettivi

La Toscana si avvale di un modello di accoglienza diffuso. All'arrivo la prima assistenza sanitaria prevede una visita medica ai richiedenti asilo (RA) con compilazione della scheda di sorveglianza sindromica (SS) prevista dal protocollo regionale e senza produzione di un flusso di dati clinici strutturato. L'iscrizione al SSN richiede spesso tempistiche lunghe come conseguenza del sovraccarico lavorativo delle prefetture. In seguito alla costituzione della Azienda Usl Toscana centro (AUSL Tc), è stata rilevata la presenza di diversi modelli organizzativi nelle 4 ex-Aziende sanitarie che la compongono. Gli obiettivi del nostro studio sono la mappatura delle pratiche in atto nel territorio della AUSL Tc e la valutazione dell'efficacia dello strumento SS nell'evidenziare le necessità di salute della popolazione cui si rivolge, per proporre un modello omogeneo in tutta la AUSL Tc.

Metodi/Azioni

Sono state raccolte e analizzate le informazioni contenute nelle SS compilate tra Dicembre 2016 e Dicembre 2017 nella Zona Distretto di Firenze. Utilizzando una check-list, sono state mappate le modalità di accoglienza delle varie zone della AUSL Tc.

Risultati

La mappatura ha confermato la presenza di pratiche differenti nel territorio esplorato. L'analisi delle schede sindromiche ha evidenziato l'esistenza di due popolazioni migranti che si distinguono per area geografica di provenienza, pattern migratorio e bisogni di salute. La prima è costituita principalmente da minori stranieri non accompagnati sani, provenienti da paesi balcanici che hanno compiuto un viaggio di pochi giorni. La seconda, invece, è rappresentata da giovani adulti provenienti principalmente dall'Africa Subsahariana, il cui viaggio è durato mesi o anni. Dai dati raccolti si evince, inoltre, una prevalenza di malattie che si discosta da quella attesa per entrambe le popolazioni individuate. L'incidenza di malattie infettive diffuse e di situazioni emergenziali risulta inferiore alle aspettative, con al contrario una prevalenza di problemi psicologici, malattie croniche e problemi di lieve entità trattabili a domicilio. Infine, grazie alla collaborazione fra AUSL Tc e medici della continuità assistenziale, con il supporto del GrIS Toscana, è stata avviata una riorganizzazione ed una omogeneizzazione del servizio nelle 4 Zone Distretto fiorentine. Questo è un progetto pilota che mira ad una diffusione a tutta l'AUSL Tc.

Conclusioni

Le sole SS si sono dimostrate inadatte per un inquadramento mirato dei problemi di salute dei RA. È in corso l'adozione del protocollo approvato dalla AUSL Tc a tutti i suoi ambiti territoriali e sarà proposta l'estensione a livello regionale. Questo modello apre la strada alla creazione di un percorso strutturato di presa in carico da parte delle cure primarie che faccia seguito alla prima visita di sorveglianza sindromica, per affrontare i reali problemi di salute. È stato inoltre deciso di ampliare l'analisi delle SS alle altre Zone Distretto dell'area fiorentina al fine di ottenere dati più rappresentativi della popolazione dei RA.

Contatto: *Jacopo Bianchi (jacopo.bianchi89@outlook.it)*

Manuale operativo della Regione Marche "Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e dei lavoratori dei centri di accoglienza"

CARLETTI P.¹, PAGANI S.¹, AGOSTINI M.², ANGELINI C.², BARBONI A.², BELFIGLIO A.R.², CALVARESI V.², CIARROCCHI G.², DE SANTIS M.², FRATELLO E.², MARCOLINI P.², MIGLIOZZI F.², ORAZI N.², TROVATO M.², CALCAGNI A.M.²

¹ Osservatorio Diseguaglianze nella Salute, ARS Marche; ² ASUR Marche

Introduzione e obiettivi

Il Manuale operativo della regione Marche "Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e dei lavoratori dei centri di accoglienza", è uno strumento operativo reso disponibile dal Servizio Sanitario Marche agli operatori che intervengono a vario titolo nell'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (Prefetture, Forze dell'ordine, Comuni, Enti gestori dell'accoglienza). Esso definisce il percorso e le modalità per la prima accoglienza sanitaria nel territorio regionale da parte del servizio sanitario. Oltre agli aspetti relativi all'assistenza sanitaria ai migranti, contiene anche le indicazioni per la tutela della salute dei lavoratori dei centri di accoglienza.

Metodi/Azioni

A guidare i contenuti del Manuale sono state le rilevazioni delle mutate condizioni di salute in cui, specie negli ultimi due/tre anni, arrivano i migranti forzati, le esigenze rilevate in un lungo percorso di formazione/azione degli operatori dell'accoglienza della regione e degli operatori sanitari realizzato dall'Osservatorio regionale sulle Diseguaglianze nella Salute, anni 2006-2017. Tra le esigenze emerse: urgenza di definire percorsi condivisi per la prima accoglienza/assistenza sanitaria, necessità di migliorare le competenze degli operatori sanitari e quella degli operatori dell'accoglienza nel conoscere i rischi cui sono soggetti nel lavoro nei centri, quella di chiarire campo di intervento e ruolo di ciascuna istituzione. Il Manuale è stato redatto in collaborazione con un gruppo regionale di lavoro ad hoc di professionisti del SSR.

Risultati

Il Manuale contiene indicazioni su: normativa sulla tutela della salute dei richiedenti protezione internazionale; attività del medico STP e del MMG nella prima valutazione sanitaria; protocolli per lo screening dei migranti; rispetto della privacy e ottenimento del consenso informato; utilizzo nei servizi sanitari della mediazione interculturale; rispetto delle norme generali di prevenzione ed igiene e obbligatorietà del rispetto del D.lgs. 81/2008. Il Manuale contiene anche 8 schede tecniche di approfondimento. È stato presentato a: Prefetture, Forze dell'ordine, Enti Gestori dell'accoglienza, Comuni, Ambiti Sociali.

Conclusioni

Il Manuale del SSR della Regione Marche "Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e dei lavoratori dei centri di accoglienza" è il primo in Italia che contiene indicazioni operative per la prima accoglienza sanitaria ai migranti forzati, definendo con chiarezza ruoli e responsabilità dei vari servizi sanitari regionali e delle altre organizzazioni/amministrazioni coinvolte nell'accoglienza dei profughi. Le indicazioni sanitarie tengono conto delle mutate condizioni di salute in cui oggi arrivano i migranti a causa del trattenimento in centri di detenzione in condizioni disumane. Esso inoltre, per la prima volta, si occupa della tutela della salute degli operatori dei centri di accoglienza ai sensi del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro.

Contatto: Stefania Pagani (stefania.pagani@regione.marche.it)

Profilo socio-sanitario dei richiedenti asilo nell'ambito del Progetto START "Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale"

EL-HAMAD I.^{1,2}, CAPONE S.¹, VAGNI S.², PELLER D.², LANZA P.², BRUNO V.², TRAPELLI P.², LOMBARDI L.³, SCOLARI C.⁴, ROSSI S.⁴, CASTELLI F.¹

¹ UO Malattie Infettive e Tropicali, ASST Spedali Civili di Brescia; ² Progetto START, ASST Spedali Civili di Brescia; ³ Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multietnicità, Milano; ⁴ Struttura Semplice di Medicina Transculturale e Malattie Sessualmente Trasmesse, ASST Spedali Civili di Brescia.

Introduzione e obiettivi

Obiettivo del presente lavoro è quello di illustrare i principali problemi sanitari riferiti dai richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale (RTPI) in occasione della prima visita effettuata nell'area bresciana da un'equipe sanitaria specializzata, nell'ambito del Progetto START, dal 1/01/17 al 31/12/17.

Metodi/Azioni

L'equipe sanitaria costituita da medico, infermiera e assistente sanitaria viene allertata all'arrivo di nuovi RTPI sul territorio bresciano. Un'unità mobile attrezzata viene utilizzata per raggiungere i centri di accoglienza dove risiedono i RTPI. La prima visita medica viene effettuata avvalendosi all'occorrenza di un mediatore linguistico-culturale ed ha l'obiettivo di valutare lo stato generale di salute dei RTPI ed il rilascio di una certificazione sanitaria di idoneità alla vita in comunità. Vengono pianificati, ove necessario, gli screening per eventuali patologie diffusibili e consigliati gli interventi di profilassi vaccinale secondo la normativa vigente. L'identificazione di una qualsiasi forma di vulnerabilità psico-socio-sanitaria è parte integrante della valutazione di ogni RTPI.

Risultati

Dei 2.005 RTPI inclusi nel progetto al 31/12/17, 1.454 sono stati osservati nell'area bresciana. Di questi, 1.428 (98%) sono stati sottoposti a valutazione sanitaria appena arrivati sul territorio di competenza: 87,7% (1.253) uomini e 4,9% (71) minori. L'età media è pari a 24 anni. Le provenienze sono: Africa Sub-Sahariana (1.146, 80,2%), Asia (232, 16,2%), Nord Africa (46, 3,2%), Europa (4, 0,3%). Alla prima visita, solo il 22% dei RTPI (315) è asintomatico, mentre il 14,8% (212) riporta ≥ 3 sintomi. Il principale è il prurito (28% dei casi, 400), seguito da sintomi respiratori in 369 RTPI (25,8%). Disturbi muscolo-scheletrici sono riportati da 165 RTPI (11,6%), mentre 131 (9,1%) sono affetti da problemi gastroenterici. Sintomi dermatologici interessano 122 RTPI (8,5%). In percentuale minore si riscontrano altri sintomi/segni: febbre, addominalgie, astenia, toracoalgie, disturbi della sfera psichica, genito-urinari, oculari, neurologici, odontoiatrici, esiti di trauma, calo ponderale. Le diagnosi di malattie infettive sono state: 324 casi di scabbia attuale o recente, 13 pediculosi, 14 casi di epatite B, 8 schistosomiasi urinarie, 7 tubercolosi, 5 infezioni da HIV, 4 infezione da HCV, 2 toxocarasi, 1 strongiloidosi, 1 infestazione da Trichiuria, 1 sifilide latente. Poco più della metà dei RTPI (841, 58,9%) è stata sottoposta a screening con Mantoux; di questi, il 35,8% (301) è positivo al test ma solo la metà (158, 52,5%) è stata avviata ad accertamenti di 2° livello.

Conclusioni

Il profilo dei richiedenti asilo nella nostra esperienza è rappresentato da soggetti giovani, soprattutto maschi africani, con uno stato di salute caratterizzato da malessere generico legato al percorso migratorio e, in misura minore, da patologie infettive meritevoli di pronto intervento di prevenzione, diagnosi e trattamento.

Contatto: Issa El-Hamad (issa1957@libero.it)

Le infezioni sessualmente trasmissibili nei richiedenti asilo: quanto persiste l'effetto migrante sano?

BONVICINI F., FORNACIARI R., D'URZO R., CASONI C., MONICI L., GRECI M., GUIDI L., PINOTTI E., WAMBA DONT SOP G.J., POSOCCO A., JOMIRU A., GUATELLI S., CEINAR N., BAGGA R.

Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS

Introduzione e obiettivi

I richiedenti asilo sono una categoria a rischio elevato di infezioni sessualmente trasmissibili (IST), a causa dell'alta endemia nei paesi di origine, delle condizioni di vita vulnerabili e della complessità del percorso migratorio. Nella fase di seconda accoglienza, la gestione sanitaria dei richiedenti asilo a Reggio Emilia è affidata al Centro Stranieri, Servizio dell'AUSL che si avvale della presenza costante di mediatori culturali. A seguito delle indicazioni contenute nelle linee-guida "I controlli alla frontiera – La frontiera dei controlli", dal 2017 è stato implementato lo screening sistematico per IST.

Metodi/Azioni

A tutti i richiedenti asilo è stato proposto lo screening per HIV, HBV, HCV e sifilide nel corso della prima visita medica. È stato creato un percorso di invio diretto dal Centro Stranieri all'UO di Malattie Infettive per la prosecuzione dell'iter diagnostico quando necessario. È stato implementato inoltre un sistema di monitoraggio attivo dell'adesione al trattamento per sifilide e HIV, in stretta collaborazione con gli operatori delle cooperative di accoglienza. Sono stati raccolti i dati dell'attività di screening con l'obiettivo di rilevare la prevalenza delle IST, l'adesione ai percorsi ed eventuali correlazioni tra le caratteristiche dei soggetti testati e il livello di rischio.

Risultati

In totale sono stati sottoposti a screening 350 soggetti, di cui il 82% di sesso maschile. I paesi di provenienza più rappresentati erano Nigeria (32%), Costa d'Avorio (13%) e Bangladesh (9%). Le percentuali di positività sono risultate 10% per HBsAg, 0% per HCV, 2% per HIV e 5% per sifilide. La positività per HBV è risultata più elevata nei maschi (13%) e nei soggetti provenienti dal Mali (50%), la positività per sifilide negli utenti della Costa d'Avorio (19%). Le donne hanno mostrato un rischio più alto per HIV (3%); una paziente era in gravidanza a 28 settimane. La totalità delle donne positive per almeno un test ha riferito episodi di violenza sessuale durante il viaggio. Sono stati organizzati 3 momenti di formazione sulle IST rivolti a operatori sanitari e non, che hanno permesso di rafforzare il lavoro in rete. L'adesione dei pazienti al trattamento per sifilide e HIV è risultata del 100%.

Conclusioni

La prevalenza di IST è risultata elevata in particolare in alcune categorie di richiedenti asilo, con percentuali di positività maggiori rispetto a quanto riportato per i paesi di origine: oggi i percorsi migratori sono complessi e segnati da episodi di sfruttamento e violenza sessuale, che possono amplificare il rischio. È auspicabile che ogni provincia sviluppi un sistema di screening attivo per le IST, che garantisca un elevato livello di adesione ai percorsi. La creazione di una stretta collaborazione con gli enti ospitanti, la presenza di operatori sanitari in rete, il costante monitoraggio della compliance e il coinvolgimento dei mediatori culturali sono aspetti fondamentali per il successo del programma per questo target specifico di popolazione.

Contatto: Francesca Bonvicini (francesca.bonvicini2@ausl.re.it)

Il ruolo dell'odontoiatra nel team di sanitari nell'identificazione, presa in carico e riabilitazione delle vittime di tortura

DI CACCAMO P., ARRU E.

Cooperazione Odontoiatrica Internazionale

Introduzione e obiettivi

Nell'aprile 2017 il Ministero della Salute ha emanato con decreto pubblicato in Gazzetta Ufficiale le "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario". Il documento è stato redatto da un tavolo tecnico che ha predisposto il documento avvalendosi delle esperienze maturate sull'accoglienza e la riabilitazione dei rifugiati vittime di tortura, realizzate da associazioni ed enti del privato sociale attive nell'accoglienza dei rifugiati e richiedenti asilo e con il servizio sanitario pubblico. Il documento, fra le altre indicazioni, sottolinea come sia necessario per l'efficacia della presa in carico globale delle problematiche conseguenti a tortura o a trattamenti disumani e degradanti, un approccio olistico e multidisciplinare che permetta di rispondere alla complessità dei bisogni che emergono nella popolazione dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria (RTP) che sono individui che frequentemente hanno subito esperienze di maltrattamenti o vera e propria tortura.

L'approccio multidisciplinare promosso, e raccomandato nel documento, dovrebbe prevedere la presenza dell'odontoiatra o di una figura equivalente adeguatamente formata per il riconoscimento di traumi del distretto facciale, come fratture o deformazioni ossee di cranio o faccia e l'individuazione di avulsione o frattura traumatica dei denti o lesione dei tessuti molli circostanti. Nel caso di traumi facciali e di perdita di elementi dentari si rende necessaria una riabilitazione specialistica.

Metodi/Azioni

Analisi della letteratura disponibile, disamina delle Linee guida, ricerca di esperienze sul pregresse in associazioni che hanno previsto la collaborazione con la figura dell'odontoiatra

Risultati

La letteratura disponibile focalizzata sul ruolo dell'odontoiatra è scarsa, nelle Linee guida questo aspetto viene trattato all'interno della tematica generale relativa alla identificazione, riabilitazione, certificazione, ma senza un focus specifico.

Conclusioni

Più del 75% delle lesioni da abusi colpisce la faccia, la testa, il collo e la bocca.

Per questo è necessario integrare maggiormente nel team di assistenza, la figura dell'odontoiatra. L'odontoiatra deve essere in grado di collaborare con il team di assistenza, perciò è necessario, per una collaborazione ottimale, un preliminare raggiungimento di una formazione specifica e mirata.

Contatto: Patrizia di Caccamo (patrizia.dicaccamo@gmail.com)

Insedimenti informali nell'ASL Roma 2: supporto sociosanitario rivolto a persone in condizioni di fragilità. Un intervento di Medici Senza Frontiere (MSF), Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle Povertà (INMP) e ASL Roma 2

DURANTI S.¹, TARALLINI S.¹, FARINA G.¹, DI DONNA F.¹, BAGLIO G.², NAPOLI P.³, ZAMATTO F.¹, AL ROUSAN A.¹

¹ Centro Operativo Bruxelles, Medici Senza Frontiere, Bruxelles, Belgio; ² Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, Roma; ³ ASL Roma 2, Roma

Introduzione e obiettivi

Sul territorio della ASL Roma 2 sono presenti diversi edifici in stato di abbandono, occupati da migranti e italiani senza dimora; in tali insediamenti informali, le condizioni di vita precarie e la carenza di beni di prima necessità rappresentano condizioni di rischio per la salute. Oltre a ciò, molto spesso le difficoltà di accesso ai servizi ritardano l'avvio dei trattamenti e portano a una maggiore occorrenza di complicanze. A fronte dell'emersione di tali bisogni, il progetto si propone di tutelare lo stato di salute della popolazione che vive all'interno degli insediamenti informali, attraverso l'offerta attiva di assistenza primaria e orientamento ai servizi. Il SSN è chiamato a svolgere un ruolo di coordinamento degli interventi di sanità pubblica, sostenuto dalle organizzazioni umanitarie e dal privato sociale.

Metodi/Azioni

È stato eseguito un censimento dei siti informali presenti nella ASL Roma 2, acquisendo informazioni relative alle caratteristiche della popolazione presente (numerosità, provenienza, presenza di donne e minori, iscrizione al SSN). È stata inoltre effettuata una mappatura delle attività sociosanitarie offerte a tale popolazione nel territorio.

L'attività assistenziale si è svolta per due mesi all'interno di una clinica mobile o in spazi dedicati all'interno degli insediamenti; un'équipe composta da medico, psicologo e mediatori culturali ha garantito visite di medicina generale, somministrazione di farmaci e supporto psicologico, unitamente a informazioni sul diritto alla salute e sulle modalità di accesso alle strutture sanitarie.

Risultati

Mediante la mappatura dei siti informali (19), è stata stimata una popolazione di circa 3.000 soggetti che vivono in condizioni di marginalità. In due mesi di attività (12/2017-01/2018) sono state eseguite 371 visite mediche. Il 34% dei pazienti è risultato iscritto al SSN. La provenienza era per la maggior parte subsahariana (62%), a seguire europea (23%) e nordafricana (12%), con una prevalenza di uomini (79%) e un'età media di 27 anni. Sono stati visitati inoltre 60 minori. Le diagnosi sono state prevalentemente dermatologiche (22%), respiratorie (18%) e muscoloscheletriche (16%). In circa 1 paziente su 6 è stato ritenuto necessario un intervento psicologico di supporto.

Conclusioni

Il progetto ha messo in luce le criticità correlate alle condizioni di vita di migliaia di persone, migranti ma non solo, che si trovano escluse dai sistemi di accoglienza e di supporto sociale, costrette a vivere in soluzioni abitative alternative e in situazioni di marginalità ed esclusione. Tale situazione provoca una riduzione delle possibilità di accesso ai beni di prima necessità e alle cure sanitarie. Il progetto vuole impegnarsi a supporto dei gruppi più marginali della popolazione, facendo emergere i bisogni primari di salute, offrendo loro assistenza medica e psicologica, e soprattutto favorendo l'utilizzo dei servizi esistenti.

Contatto: Silvia Duranti (silviaduranti87@gmail.com)

La salute dei migranti: salute percepita dai richiedenti asilo e rifugiati e salute riferita dagli operatori delle strutture di accoglienza

BERTONCELLO C.¹, BELLIO S.¹, BRUNETTA R.², DALMANZIO M.², GALLINA R.²

¹ Università degli Studi di Padova; ² Dipartimento di Prevenzione di Treviso dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Regione Veneto

Introduzione e obiettivi

L'esigenza di conoscere lo stato di salute percepita, gli stili di vita ed i bisogni di salute dei migranti è stata la base dell'indagine a cui sono stati sottoposti direttamente i migranti e gli operatori delle strutture. Questi ultimi rappresentati da mediatori culturali e linguistici, educatori, insegnanti, psicologi, sono le persone che, essendo a contatto stretto con il migrante, rappresentano un punto di osservazione privilegiato sulla salute dei migranti e sul loro rapporto con i Servizi Sanitari.

Metodi/Azioni

Per raccogliere informazioni sulla "salute percepita" dei migranti e sui loro stili di vita sono stati autosomministrati dei questionari a quei richiedenti asilo (RA) e rifugiati (R) che, in occasione delle lezioni di italiano o volontariamente, hanno dato la disponibilità a compilare personalmente il questionario.

Altre informazioni sullo stato di salute dei migranti sono state raccolte attraverso dei focus group a cui hanno partecipato gli operatori di alcune strutture di accoglienza.

Il questionario pre-strutturato è composto di 38 item, prodotto in 3 lingue: italiano, inglese e francese.

L'obiettivo del questionario è raccogliere informazioni su: – situazione odierna quale quadro generale dei rifugiati, conoscere i problemi di salute e lo stato vaccinale; – situazione futura su cui intervenire, quale stili di vita, percezione del rischio, possibili disturbi psico-fisici, comportamenti in merito all'igiene della persona.

Le domande a cui sono stati sottoposti gli operatori in occasione dei focus groups riguardano lo stato di salute dei migranti e alcuni stili di vita come alcol, fumo, alimentazione e attività fisica.

Risultati

Al questionario hanno risposto 216 RA e R accolti in strutture del Triveneto. La percezione del ricercatore, supportata da altri professionisti che hanno sperimentato lo stesso strumento d'indagine, è che il migrante ha difficoltà ad utilizzare il classico "test a crocette", anche se il 71% ha dichiarato che la compilazione del questionario non è stata difficile.

Lo stato di salute percepita riferito è che il 72% sta bene o molto bene, ma successivamente il 12% dichiara di "peggiore la salute psichica" rispetto ad un 6% che "peggiore la salute fisica".

Dai focus group, emerge che molti sono i problemi di somatizzazione, il bisogno di attenzione ed i disturbi psicologici. Relativamente agli stili di vita sussiste un problema in merito ad alimentazione, alcol, fumo, igiene della persona e dell'ambiente seppure non dichiarato dai migranti stessi.

Conclusioni

Esistono delle discrepanze tra quanto percepito dai migranti e quanto riferito dagli operatori. Il profilo di salute appare complessivamente buono, ma in deterioramento per la presenza di fragilità psicologiche e l'adozione di alcuni scorretti stili di vita.

Contatto: Rosanella Brunetta (rosanella.brunetta@gmail.com)

Conseguenze della nuova normativa sulla residenza per l'accesso alle cure del SSN dei cittadini stranieri nel territorio di Roma: criticità e soluzioni

MUNOZ V., MAGGI M.

Associazione Cittadini del Mondo

Introduzione e obiettivi

Il 3 marzo 2017 la giunta capitolina ha deliberato l'istituzione di 15 sezioni decentrate dell'indirizzo anagrafico "via Modesta Valenti" corrispondenti ai 15 municipi di Roma. La delibera, pensata per favorire l'inclusione sociale e l'accesso ai servizi territoriali dei senza fissa dimora, annulla le precedenti che autorizzavano alcune associazioni di privato sociale a rilasciare residenze virtuali e demanda l'attribuzione di tale indirizzo di residenza ai singoli municipi, dividendo le competenze tra gli uffici anagrafici e i segretariati sociali. La cancellazione dell'opportunità di rilasciare residenze virtuali ed il periodo di transizione che ne è conseguito hanno comportato grandi difficoltà nell'accesso alle cure del SSN a tutti i livelli dell'accessibilità: dal rilascio del tesserino STP, all'effettiva erogazione delle prestazioni richieste.

Metodi/Azioni

Raccolta dei dati disponibili provenienti da Associazioni che insistono sul territorio, dagli uffici anagrafici e segretariato sociale, con focus più dettagliato sui dati raccolti dallo sportello socio-sanitario dell'Associazione Cittadini del Mondo.

Risultati

L'interazione con gli uffici comunali, delle associazioni, le interrogazioni effettuate alla Regione tramite il GrIS, hanno portato man mano alla risoluzione delle principali criticità e all'emergere di nuove modalità che stanno consolidandosi nel territorio. Persiste come grave problema il fatto che il testo della delibera non menziona i titolari di protezione internazionale, che hanno esigenze differenti rispetto ad altre tipologie di persone senza fissa dimora, perché nel loro caso il rinnovo dei documenti è strettamente correlato all'iscrizione anagrafica.

Conclusioni

Saranno necessari ulteriori sforzi di advocacy e coordinamento fra i servizi sociosanitari per giungere a soluzioni più stabili ed efficaci per garantire una piena fruizione del diritto alla salute per gli stranieri presenti sul territorio.

Contatto: Valentina Munoz (valentinamunoz120292@gmail.com)

Continuità assistenziale per richiedenti protezione internazionale in Emilia-Romagna: analisi e criticità dall'hub regionale ai territori. Dati preliminari

MAMMANA L.¹, SALVIA C.², RAGUZZONI G.¹, PARISOTTO M.³, GRIS EMILIA-ROMAGNA

¹ Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Bologna; ² Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Modena e Reggio-Emilia; ³ Centro di prima accoglienza Hub Mattei, Dipartimento di Cure Primarie, AUSL Bologna

Introduzione e obiettivi

In Emilia-Romagna, il percorso di accoglienza e di assistenza sanitaria ai richiedenti protezione internazionale (RPI) si organizza su due livelli. All'arrivo in regione i richiedenti sono accolti nel centro Hub regionale di Bologna dove sono sottoposti ai primi accertamenti sanitari, successivamente vengono trasferiti nei vari centri di accoglienza territoriale dove, una volta effettuata la richiesta di protezione, potranno iscriversi al SSN. Nel passaggio dall'Hub ai territori si sono evidenziate alcune criticità, tra cui la difficile trasmissione dei dati sanitari, che vede la presenza di vari attori (Hub, AUSL, Prefetture, Centri di accoglienza) non coordinati tra di loro. L'obiettivo di questo studio è monitorare la rete che possa mettere in comunicazione diretta gli operatori sanitari presenti sui territori e lo staff sanitario dell'Hub, facilitando il passaggio di consegne e la continuità assistenziale.

Metodi/Azioni

La collaborazione tra Gruppo regionale Immigrazione Salute della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni dell'Emilia-Romagna (GrIS-ER), staff sanitario dell'Hub regionale e Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva delle Scuole di Bologna e Modena afferenti al gruppo di lavoro Disuguaglianze della Consulta degli specializzandi della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, ha permesso la condivisione e l'utilizzo di strumenti di indagine elaborati nell'ambito di uno studio multicentrico sui percorsi assistenziali rivolti ai RPI. Le schede di rivelazione dati indagano l'iter della prima visita (tempistica, luogo di erogazione, presa in carico, scheda sindromica), lo screening, le vaccinazioni, le modalità di erogazione delle prestazioni, l'iter successivo alla prima visita, le lacune rispetto alla presa in carico, le proposte/criticità.

Risultati

I dati raccolti hanno permesso di identificare, per ogni territorio, il personale e le strutture di riferimento, i servizi erogati e le modalità in cui questo avviene, nonché i punti critici presenti, ponendo le basi per il miglioramento della comunicazione, del passaggio di consegne e la continuità assistenziale. L'analisi dei percorsi presenti sui territori ha messo in evidenza una relativa uniformità nel rispetto delle normative regionali, la variabilità maggiore si è invece riscontrata nelle strutture e nel personale incaricato nonché nelle modalità di erogazione del servizio.

Conclusioni

Questo studio, portato avanti grazie alla rete del GrIS-ER, ai Medici in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva di Bologna e Modena, agli operatori sanitari delle Aziende USL e agli operatori dei centri di accoglienza, riflette l'importanza della collaborazione tra Istituzioni e privato sociale al fine di ottimizzare il servizio e garantire un maggiore livello di assistenza, e rappresenta un primo passo verso una migliore comprensione dei percorsi di assistenza ai richiedenti e delle potenziali criticità presenti.

Contatto: Leonardo Mammana (leonardomammana@gmail.com)

Quando e perché chiudere la sorveglianza sindromica nei migranti?

DECLICH S.^{1,2}, DENTE M.G.¹, RANGHIASCI A.¹, NACCA G.¹, TOSTI M.E.¹, BAGLIO G.^{2,3}

¹ Istituto Superiore di Sanità, Centro per la Salute Globale, ISS-GLOB; ² Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; ³ Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà, Roma

Introduzione e obiettivi

La cosiddetta "Primavera araba" del 2011 ha portato sulle coste italiane un numero di immigrati mai registrato in precedenza, con la diffusa preoccupazione che questo potesse portare con sé malattie trasmissibili. Si decise quindi di costruire un sistema rapido di sorveglianza delle principali malattie infettive, utilizzando un approccio sindromico. Tale approccio venne ripetuto in Sicilia nel 2015 durante l'emergenza Ebola in Africa occidentale. Si discutono l'utilità e le caratteristiche del sistema.

Metodi/Azioni

L'obiettivo era di monitorare giornalmente 13 sindromi infettive tra gli ospiti dei centri di accoglienza – stratificati per fasce di età – per identificare precocemente eventuali focolai epidemici, da confermare successivamente con opportuna diagnosi clinica e di laboratorio, al fine di mettere in atto azioni di controllo efficaci e tempestive.

Risultati

Da maggio 2011 a giugno 2013, il sistema ha rilevato 7.314 sindromi, registrando 260 allerte e 20 allarmi. Analogamente tra marzo e agosto 2015, sono state rilevate 2.531 sindromi, con 48 allerte e 16 allarmi. In nessun caso, gli allarmi hanno dato vita a emergenze epidemiche.

Le sindromi più frequenti sono state le infezioni respiratorie acute con febbre, le gastroenteriti senza sangue nelle feci e le infestazioni (relative quindi alle condizioni del viaggio, di igiene e sovraffollamento) senza alcun potenziale epidemico. Inoltre i dati raccolti sul denominatore per fascia di età mostravano una popolazione di giovani adulti. Queste due informazioni sono state a lungo le uniche disponibili su ampia scala e hanno avuto l'effetto di tranquillizzare l'opinione pubblica.

Conclusioni

Sulla base dell'esperienza è necessario riflettere sulle caratteristiche e sull'utilità del sistema di sorveglianza che: – ha come obiettivo quello di identificare precocemente eventuali focolai infettivi e non quello di documentare singoli casi di malattia; – è un approccio di sanità pubblica che non sostituisce il sistema di notifica routinario e ad esso non può essere comparato; – richiede giornalmente un'ingente mole di lavoro, sia nella raccolta che nella elaborazione dei dati; – è un sistema agile, che si presta a essere attivato rapidamente e utilizzato in condizioni di emergenza; – permette la disponibilità di dati durante le emergenze con un effetto rassicurante sulla popolazione.

Viceversa, il sistema non può: – descrivere lo stato di salute della popolazioni immigrata; – cogliere importanti patologie non infettive (malattie croniche, salute mentale, MST); – monitorare la situazione al di fuori dei centri di accoglienza, come nei piccoli centri straordinari o nel sistema SPRAR.

In conclusione, il sistema si rivela efficace per gestire situazioni di emergenza, ma nel medio-lungo periodo deve essere sostituito da sistemi di monitoraggio dello stato di salute degli immigrati in arrivo, che raccolgano in modo sistematico anche informazioni sui controlli sanitari e gli screening proposti in linea con le migliori evidenze disponibili.

Contatto: Silvia Declich (silvia.declich@iss.it)

Fenomeni migratori e problemi sanitari: esperienza del CENTRO ASTALLI di Catania negli anni 2015-2017

ALARIO A., DONZELLI G., SANTANGELO C., SCIACCA A., SICUREZZA E., ZINGALES I., IOVINO E.
Centro Astalli Catania

Introduzione e obiettivi

L'Associazione Centro Astalli è la sede Italiana del Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati-JRS. Il Centro Astalli di Catania dal 1999 è un punto di riferimento per molti immigrati presenti nella provincia. L'accompagnamento dei rifugiati e la condivisione delle loro esperienze è al centro dei servizi di consulenza legale, dell'ambulatorio medico e della scuola per l'apprendimento dell'italiano che registrano un alto numero di accessi in tutti i periodi dell'anno. Inoltre il Centro Astalli segue i detenuti stranieri nelle carceri di Piazza Lanza (dove gestisce un Banco Vestiario) e di Bicocca e, in un immobile sequestrato alla mafia, ospita 25 minori stranieri non accompagnati (MSNA). Abbiamo analizzato i dati di accesso all'ambulatorio medico negli anni 2015-2017 per confrontare eventuali variazioni relative al numero di utenti, alla nazionalità e alle patologie negli ultimi anni.

Metodi/Azioni

Gli utenti afferenti all'ambulatorio, aperto tutti i pomeriggi escluso il sabato, sono spesso stranieri presenti sul territorio nazionale in attesa di regolarizzazione o irregolari, diniegati o MSNA, che frequentano lo sportello legale o la scuola di italiano. I pazienti usufruiscono di una assistenza immediata di medicina generale e vengono indirizzati alle strutture competenti per l'acquisizione della tessera STP o della tessera sanitaria nazionale e scelta del medico di base. Si danno inoltre istruzioni per orientarli al corretto utilizzo delle strutture sanitarie territoriali.

Risultati

Abbiamo preso in considerazione i dati degli anni 2015-2017. Il numero degli accessi in ambulatorio è rimasto pressoché costante: 634 nel 2015, 600 nel 2016 e 652 nel 2017. Il rapporto uomini donne, come in tutte le altre realtà, è a favore degli uomini con in media il 95%. L'età è distribuita per il 65% tra 18-30 anni, il 26% tra 31-40 anni e solo il 9% supera i 40 anni. I pazienti provengono dal Senegal (14,3%), Nigeria (10,3%), Gambia (10,4%), Bangladesh (9,7%), Marocco (6,6%), Tunisia (4,5%), Mali (5%), Pakistan (4,5%), Guinea (2,9%), Afghanistan (3,1%), Somalia (1,8%), Ghana, Togo, Burkina, Eritrea, Etiopia, Costa d'Avorio, Mauritania, Libia (ciascuno 1% o meno).

Conclusioni

I pazienti senegalesi solo dal 2015-17 affluiscono in modo considerevole al centro. Durante gli anni considerati, grazie anche alla collaborazione con il Banco Farmaceutico e alla donazione di privati, sono stati messi a disposizione numerosi farmaci soprattutto antiinfiammatori, antibiotici, antimicotici, dermatologici e antiparassitari. Le patologie riscontrate più frequentemente, oltre le respiratorie e le muscolo scheletriche, riguardano la cute e solitamente sono riconducibili alle precarie condizioni di alloggio in cui versa la maggior parte degli utenti (molti vivono per strada e non riescono a trovare posto per la notte nei dormitori). Inoltre è da sottolineare che a causa del protrarsi delle limitazioni relative alle esenzioni, in questi ultimi anni si sono rivolti in ambulatorio molti rifugiati iscritti al Sistema Sanitario Nazionale che non possono sostenere il costo del ticket di farmaci e visite specialistiche.

Contatto: Carmelita Santangelo (carmelasantangelo@hotmail.com)

Salute e tutela della vulnerabilità nel contesto del progetto Start-ER: una sperimentazione per l'integrazione della presa in carico sociale, sanitaria e psicologica nel Centro Mattei (Bologna)

PARISOTTO M.¹, MARTELLI M.², CAMPALASTRI R.², COMELLINI G.³, CEKA M.¹, GADDI P.¹, TSOPBENG P.¹, FEJZA E.¹, KANA M.³, DASSI DANY S.¹, MAMMANA L.⁴

¹ Dipartimento di Cure Primarie, AUSL Bologna; ² Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Bologna; ³ DATeR, AUSL Bologna; ⁴ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Il Centro Mattei, HUB regionale dell'Emilia-Romagna, è il punto di arrivo in regione per richiedenti asilo. La struttura è gestita da un consorzio di cooperative e ospita un presidio sanitario dell'AUSL di Bologna. Il Centro rappresenta il primo punto di rilevazione della vulnerabilità sociale, sanitaria e psicologica degli ospiti, quale elemento fondamentale ai fini della strutturazione di un'adeguata presa in carico in seconda accoglienza. Da ottobre 2016 a marzo 2018 è stato svolto il progetto Start-ER (Salute Tutela e Accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale in Emilia-Romagna), afferente al bando FAMI, con l'obiettivo di migliorare la salute dei richiedenti asilo in condizioni di vulnerabilità psicologica e sanitaria. Obiettivo del progetto nel contesto del Centro è stato rafforzare la rilevazione della vulnerabilità sociale, sanitaria e psicologica e migliorare i percorsi di presa in carico.

Metodi/Azioni

Si è costituita l'équipe multidisciplinare composta da un medico del presidio sanitario, dai coordinatori dell'area sociale e da una psicologa clinica e psicoterapeuta. È stato creato uno spazio di confronto multidisciplinare a cadenza bisettimanale per la pianificazione condivisa della presa in carico. Sono state infine definite le procedure di presa in carico per le principali vulnerabilità (donne in gravidanza, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, sofferenza psichica, patologie organiche acute e croniche).

Risultati

Le vulnerabilità sanitarie, sociali e psicologiche rilevate nel lavoro quotidiano dello staff sanitario e sociale sono state inviate ai professionisti di riferimento dell'équipe. La presa in carico si è svolta nella seguente modalità: – vulnerabilità psicologica e sociale: organizzazione di una prima valutazione da parte dello staff sociale ed eventualmente del supporto psicologico; – vulnerabilità psichiatrica: organizzazione del colloquio con la psicologa clinica e monitoraggio sociale.

Le riunioni d'équipe hanno fatto da momento di pianificazione condivisa della presa in carico nell'ottica di integrare il lavoro clinico e organizzativo, funzionando come spazio di collaborazione tra AUSL ed ente gestore e definendo, qualora necessario, l'esigenza di segnalazioni di vulnerabilità alla prefettura, utili a programmare i trasferimenti nelle strutture di seconda accoglienza sul territorio regionale. La definizione delle procedure di presa in carico delle principali vulnerabilità ha dato la possibilità di formalizzare le prassi che si sono via via consolidate dentro all'HUB regionale, di evidenziarne le criticità e gli aspetti su cui è necessario intensificare il lavoro.

Conclusioni

All'interno del Centro Mattei, il progetto Start-ER ha rappresentato uno strumento di collaborazione e coordinamento tra AUSL ed ente gestore che ha portato a sperimentare uno spazio per far emergere bisogni di salute complessi e per costruire una prima presa in carico multidisciplinare, volta all'integrazione del supporto sociale, psicologico e clinico.

Contatto: Marianna Parisotto (lamari@inventati.org)

Diritto alla salute: la formazione con richiedenti asilo e operatrici/ori per l'empowerment e la co-costruzione di percorsi per l'autonomia

BETTINZOLI M., BODINI C., CACCIATORE F., CIANNAMEO A., GENTILINI V., LORUSSO A., MARANINI N., PARISOTTO M., RICCIO M.

¹ Centro di Salute Internazionale e Interculturale CSI-APS; ² Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche-Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Dal 2014 l'APS Centro di Salute Internazionale e Interculturale, gruppo di ricerca interdisciplinare di medici di sanità pubblica e antropologhe, nato nell'Università di Bologna, propone un ciclo di incontri di orientamento ai servizi sanitari e di formazione su promozione della salute e prevenzione della malattia con coinvolgimento sia dei richiedenti asilo sia delle/gli operatrici/ori del loro percorso di accoglienza (SPRAR,CAS) a Bologna e Ferrara. La co-costruzione del percorso insieme alle/gli operatrici/ori consente di concordare obiettivi, contenuti e modalità di trasmissione delle conoscenze, a partire dai bisogni formativi delle due parti, rafforzando le relazioni e favorendo emersione e scambio di conoscenze su funzionamento e accesso ai servizi.

Obiettivi del percorso formativo: – acquisire nozioni su principi, struttura e funzionamento del SSN e servizi; – favorire l'orientamento ai servizi sanitari; – conoscere il diritto alla salute individuale e collettiva come strumento di tutela di sé e della comunità; – facilitare l'integrazione nel contesto e l'autonomia decisionale di adulti e minori delle strutture di accoglienza; – condividere pratiche di tutela della salute pubblica: igiene alimenti, screening, vaccinazioni.

Metodi/Azioni

Metodi come la ricerca-azione partecipata e la formazione-intervento permettono la produzione di conoscenza orientata all'azione e di introdurre nella pratica cambiamenti che nascono dal confronto, utilizzando strumenti di insegnamento ispirati all'educazione popolare in contesti di comunità. Struttura degli interventi: – questionario preliminare rivolto alle/gli operatrici/ori per rilevare bisogni formativi e problematiche tra il loro lavoro e i rapporti con i servizi sanitari; – primo momento formativo con le/gli operatrici/ori; – cicli ripetuti a gruppi variabili di ospiti di SPRAR e CAS con una conoscenza d'italiano di base, ricorrendo alla mediazione se necessario; – valutazione in itinere con le/gli operatrici/ori; – preparazione e diffusione di materiale sulle tematiche affrontate.

Risultati

Grazie agli spazi che favoriscono la condivisione dei bisogni, nelle varie edizioni le/i destinatarie/i hanno valutato utile la partecipazione al corso. I bisogni emersi sono stati lo stimolo ad approfondire le tematiche rilevate nelle edizioni successive. Si è realizzato in forma partecipata del materiale informativo sulle tematiche, in particolare sui servizi nel territorio di Bologna, usato anche da altri centri di accoglienza. Buoni rapporti di fiducia tra il CSI-APS e le cooperative e ulteriori richieste di formazioni.

Conclusioni

Coerentemente con la metodologia proposta, i percorsi formativi rappresentano occasioni di confronto sui temi del diritto alla salute, dell'accesso ai servizi sociali e sanitari, della salute di comunità. La costruzione di un apposito spazio di riflessione condivisa rappresenta uno strumento per facilitare l'emersione dei bisogni di salute, delle percezioni, delle barriere d'accesso ai servizi, al fine di migliorare i percorsi di presa in carico delle/gli ospiti e il diritto alla salute.

Contatto: Valeria Gentilini (valeria.gentilini@studio.unibo.it)

Health and Legal Literacy: quale relazione con la salute?

BANZOLA S., CLEMENTE G., BERGHENTI F., CIUSA F., CHOROMA F.

AUSL di Parma

Introduzione e obiettivi

Favorire il *self-care management* del migrante di recente migrazione è obiettivo infermieristico condiviso da tutta l'equipe multi-disciplinare del Servizio Spazio Salute Immigrati dell'AUSL di Parma. Nel corso degli ultimi anni si è osservato che la *Health Literacy* (HL) delle persone prese in carico, di cui il 75% è richiedente Protezione Internazionale, non è adeguata per rispondere ai bisogni di salute nel nuovo contesto di vita. Attraverso il progetto regionale Star-Er è stato possibile pianificare incontri con gruppi di popolazione omogenea per paese di provenienza con infermieri, promotori della salute e operatori esperti della procedura legale del richiedente protezione internazionale. L'approccio multi-dimensionale ha permesso di identificare indicatori e outcome sanitari ed in seguito la pianificazione di strategie di intervento multi-professionali per migliorare i risultati.

Metodi/Azioni

Sono stati organizzati colloqui sanitari durante l'attività clinica e gruppi di lavoro con popolazione bengalese (10 uomini), ghanese (7 uomini), nigeriana (4 donne) al fine di favorire le abilità di *self-care* nel nuovo contesto di vita. Agli incontri erano presenti un'infermiera, una promotrice della salute, figura non sanitaria, il mediatore culturale e una operatrice sociale esperta sulla procedura di richiesta di protezione internazionale.

Risultati

Dai colloqui e dagli incontri con i gruppi abbiamo rilevato che 365 soggetti richiedenti protezione internazionale giunti in Italia di recente (≤ 5 anni) non hanno una HL adeguata al nuovo contesto di vita. In questi soggetti si è osservato una correlazione tra inadeguata HL e non conoscenza della procedura di richiesta protezione internazionale che può influenzare le decisioni di vita quotidiane.

Conclusioni

La HL e *Legal Literacy* (qui intesa come l'insieme di abilità di comprensione delle parole usate in un contesto legale, per trarne conclusioni e metterle in atto) influenzano le scelte quotidiane dei richiedenti protezione internazionale nel nuovo ambiente di vita. Si osserva una scarsa frequenza di domande quali "cosa posso scegliere?", "quali sono i possibili benefici e rischi di queste scelte?", "che probabilità ho che questi benefici o rischi possono accadere a me?". I concetti di rischio, probabilità, vantaggi/benefici fanno riferimento anche alla *numeracy*, ritenuta parte fondamentale della *literacy*. Le attività svolte hanno contribuito alla pianificazione di un approccio *HL-oriented* e culturalmente competente, condiviso con altre figure non sanitarie, al fine di favorire la salute individuale e l'adattamento della persona al nuovo contesto di vita.

Contatto: Francesco Ciusa (spaziosaluteimmigrati@ausl.pr.it)

Controllo popolare nei Centri di accoglienza straordinaria (CAS) come strumento di sensibilizzazione e risoluzione delle problematiche sanitarie dei migranti

ALTAVILLA B., MONDIN A., PATTI S., SALZANO A., SCILIPOTI M., FLORA M., FORMISANI N., ROMUALDO M.

Ex-Ospedale Psichiatrico Giudiziario "Je so' pazzo", Napoli

Introduzione e obiettivi

L'assistenza sanitaria dei migranti, fenomeno di difficile collocazione nell'organizzazione sanitaria, è ancora più compromessa per gli stranieri ospitati nei CAS. Nella città metropolitana di Napoli sono presenti 95 CAS (4.066 persone), di cui 38 al di fuori dell'area urbana, localizzati in territori socio-economicamente deprivati.

L'Ex-Opg Je So Pazzo (EO-JSP) ha evidenziato la discrepanza assoluta tra il servizio previsto dal Capitolato d'Appalto e quello realmente erogato in materia di sanità, assistenza legale e integrazione all'interno dei CAS. Da tale contraddizione è sorto il "Controllo Popolare" (CP): ricerca-azione basata sul controllo delle strutture e sull'*empowerment* di chi le abita da un punto di vista linguistico e legale.

Metodi/Azioni

La prima fase di mappatura dei CAS da parte del CP è stata utilizzata per prendere contatto con i migranti residenti e per coinvolgerli in assemblee orizzontali e paritarie. Da queste sono emerse le mancanze del sistema d'accoglienza, cui si è risposto con la creazione o l'ampliamento dei servizi e dalle attività dell'EO-JSP (ambulatorio, sportello legale, sportello d'ascolto, scuola d'italiano, attività ricreative, spazi di socializzazione). Inoltre, l'esperienza di advocacy si è estesa al confronto con le istituzioni sanitarie (documenti sanitari, MMG, prestazioni ospedaliere), legali (documenti di soggiorno, preparazione alla commissione, residenza), assistenziali (ottenimento dei servizi teoricamente garantiti nei CAS).

Abbiamo effettuato uno studio monocentrico sui soggetti immigrati rivoltisi all'Ambulatorio Popolare (AP) dal giugno 2016 al gennaio 2018. I dati demografici e clinici sono registrati su schede compilate al momento dell'accesso, poi organizzati ed elaborati in un database sistematizzato con il software SPSS.

Risultati

Il CP ha visitato 58 CAS (61% di quelli del territorio napoletano), raggiungendo 3.217 persone (79%). Dei centri visitati nessuno offriva un'assistenza medica o psicologica, nessuno possedeva una scuola di italiano interna, e solamente 20 (36%) si avvalevano di scuole esterne. L'assistenza legale veniva fornita solo in 10 CAS (17%).

In seguito, 1.124 migranti (37%) si sono rivolti allo sportello legale dell'EO-JSP: solo l'1% era in possesso di un tesserino STP. Presso l'AP ne sono stati presi in carico 345, per supplire alle carenze sia del SSN che dei CAS.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati preliminari, possiamo affermare che il problema dell'assistenza nei CAS di Napoli è misconosciuto e sottostimato. L'intervento dell'AP si inserisce in un contesto di presa in carico globale dei migranti mirante al loro *empowerment*, per una loro maggiore autocoscienza e, conseguentemente, possibilità d'azione. Ciò ha consentito sia l'efficace funzionamento dell'AP (alto numero di accessi, continuità delle cure), sia il regolare accesso al SSN.

Contatto: *Benedetta Altavilla (altavilla.benedetta@gmail.com)*

Missione Freedom Mountains – Assistenza sanitaria per chi cerca di attraversare le Alpi alla ricerca della libertà

PITTANA L.¹, CHIALE F.¹, FRANCHI E.¹, PAZÈ E.¹, TORRE F.², MASSARA S.³, MARTINO C.⁴, LAMORTE A.¹, CERRI D.¹, RIVOLTA L.¹, DI FINE G.¹, FRIGERIO S.¹, NARCISI P.¹

¹ Rainbow for Africa Onlus; ² Pulmino Verde; ³ Liberamente Insieme; ⁴ Associazione italiana medicina delle catastrofi, AIMC

Introduzione e obiettivi

Il confine italo-francese, da un anno a questa parte, è ormai diventato il secondo “scoglio” da superare per i migranti che, sbarcati in Italia, sono riusciti a risalire lungo lo stivale e vorrebbero andare altrove. Da quando a Ventimiglia la polizia ha chiuso la frontiera e quindi reso impossibile oltrepassare il confine, è stata aperta una nuova rotta dai migranti per arrivare in Francia, in montagna. Così, negli ultimi mesi, la Val di Susa è diventato il sentiero più battuto e Bardonecchia, comune montano in provincia di Torino, la sede da cui in molti tentano di partire a piedi, senza attrezzatura né vestiario idoneo. È in questo contesto che l'Ong di Torino Rainbow for Africa (R4A) ha deciso di istituire un presidio sanitario notturno che fornisca assistenza e supporto a chi, non consapevole dei rischi che corre, si incammina verso la Francia.

Metodi/Azioni

Dall'8/12/2017, un medico, o in alternativa un infermiere, trascorre la notte presso la stazione ferroviaria di Bardonecchia, dove il comune ha messo a disposizione una stanza riscaldata per ospitare i migranti nelle ore notturne. Essi vengono accolti, visitati se necessario, ascoltati e viene spiegato loro il pericolo a cui vanno incontro se decidono di incamminarsi per i sentieri impervi del Colle della Scala. Fondamentale è il lavoro del Soccorso Alpino (SASP), che interviene prontamente nelle operazioni di recupero, quando viene segnalato qualche disperso.

La CRI di Bardonecchia fornisce tè caldo e cibo, mentre associazioni quali il Pulmino Verde, Briser Les Frontieres e Liberamente Insieme mettono a disposizione i loro volontari per informare e fornire supporto ai migranti. È stato inoltre attivato un percorso per minori in collaborazione con il Conisa (Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale), e percorsi per adulti e minori non accompagnati in collaborazione con prefettura e ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione).

Risultati

In due mesi (08/12/2017-08/02/2018) è stata data assistenza a 523 persone in totale, per lo più uomini, con una media di 23,5 anni: 66 (12,6%) sono minorenni, 168 (32,1%) sono arrivati in Italia nel 2017, 38 (7,3%) nel 2016, 45 (8,6%) nel 2015, mentre degli altri non sappiamo il tempo di permanenza nel nostro paese. La maggior parte di loro (298, 56,9%) ha come meta la Francia, 25 (4,8%) hanno indicato come paese di destinazione la Germania, in 22 (4,2%) vorrebbero raggiungere la Spagna, mentre Gran Bretagna, Belgio, Svizzera, Olanda, Portogallo, Svezia e Norvegia sono stati indicati secondariamente. Le motivazioni principali che li spingono sono il ricongiungimento familiare, la presenza di un conoscente oppure la ricerca di un lavoro.

Conclusioni

L'obiettivo della nostra attività sottende la necessità di fornire ai migranti una soluzione individualizzata, che in alcuni casi può trovarsi in paesi terzi, mentre per altri può essere rappresentata da un corretto progetto di accoglienza in Italia. La tendenza del flusso migratorio è quella di incrementare sempre di più, anche in vista del miglioramento delle condizioni meteorologiche, pertanto R4A sta lavorando alla predisposizione di un mezzo di soccorso mobile e alla costruzione di una rete internazionale di soccorsi.

Contatto: Federica Chiale (federica.chiale@gmail.com)

L'esperienza del Biocontenimento per la gestione di casi acuti di patologie rilevanti fra i migranti sbarcati al porto di Catania – Dati 2016

D'AGATI P.¹, CUCCIA M.², GIORGIANNI G.¹, PLATANIA A.¹, ZAPPALÀ G.¹, RUBINO S.³, MARRANZANO M.¹, PINTAUDI S.³

¹ Dipartimento di Scienze mediche chirurgiche e tecnologie avanzate "G.F. Ingrassia", Università degli Studi di Catania; ² Servizio Epidemiologia e Prevenzione, Azienda Sanitaria Provinciale Catania; ³ ARNAS Garibaldi Catania

Introduzione e obiettivi

L'Azienda Garibaldi di Catania è dotata di una Unità di Alto Biocontenimento classificata di livello 4, unico dispositivo di questo genere presente in Sicilia. Costituita da una struttura mobile, possiede tutte le caratteristiche per il Biocontenimento delle malattie infettivo-diffusive che rientrano nel livello BSL3 (biosafety level 3); la camera è stata realizzata per essere decontaminabile, composta da una struttura metallica di sostegno e da un involucro interno in PVC, trasparente, altamente resistente e sigillato al pavimento, corredata da un modulo di ingresso ed uscita in sicurezza e da un sistema di filtro pressurizzazione che garantisce il flusso di aria all'interno della camera. Quest'ultima è dotata di un'anticamera filtro con doppia porta e allarmi di pressione; un sistema di filtrazione HEPA (*High Efficiency Particulate Air filter*) dell'aria e di una fonte di radiazione.

È capace di trattare con immediatezza quei pazienti che presentano sintomi di potenziali gravi patologie infettivo-diffusive, tramite il trasporto del paziente in barella di biocontenimento, fornita dalla Croce Rossa Italiana, fino alla camera di Biocontenimento, per isolare precocemente i soggetti per successive analisi volte ad individuare l'agente infettante. Lo studio descrive l'esperienza relativa a 17.989 migranti sbarcati, nel porto di Catania nell'anno 2016 e verifica, in un campione d'essi, i risultati del test genexpert effettuato per una diagnosi rapida di tubercolosi.

Metodi/Azioni

Dei 17.989 migranti, 159 sono stati avviati alla procedura di biocontenimento; di questi 71 sono stati dimessi rapidamente e 88 ricoverati (12 soggetti di sesso femminile, 76 soggetti di sesso maschile – intervallo d'età 2 giorni – 40 anni, età media 21,3 anni). Gli esami eseguiti sono stati: esami di laboratorio ematologici di routine, rx torace, tc torace. Negli 88 ricoverati, sono stati effettuati 72 test genexpert (68 maschi e 4 femmine).

Risultati

Le prime 3 diagnosi fra gli 88 pazienti ricoverati sono state per: polmonite, TBC e gastroenteriti. Sono stati effettuati 72 test genexpert: 10 sono risultati positivi (nazionalità: Costa d'Avorio, Eritrea, Gambia, Liberia e Somalia) e 62 negativi.

Conclusioni

L'incremento del flusso dei migranti, soprattutto a partire dal 2011, ha posto l'esigenza di rispondere tempestivamente ed efficacemente ai possibili rischi per la salute pubblica con misure di *biosafety* e *biosecurity* e alle emergenze sanitarie di interesse nazionale, attraverso l'ausilio di strumenti come il biocontenimento. Auspichiamo un maggior utilizzo del test genexpert, per i soggetti provenienti da paesi in via di sviluppo, dove l'infezione ha dimensioni significative, cercando di superare il più diffuso metodo tramite microscopia su coltura di campioni salivari, largamente diffuso ma che necessita di diverse settimane per una diagnosi.

Contatto: Placido D'Agati (placidodagati@gmail.com)

Migrazioni e salute: un progetto di formazione-intervento sull'assistenza sanitaria ai richiedenti protezione internazionale

MAMMANA L.¹, ADJA Y.¹, CANAL V.¹, COSENTINO A.¹, GRILLI B.¹, MICELI R.¹, QUARGNOLO M.¹, FANTINI M.²

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche e NeuroMotorie, Università di Bologna; ² Dipartimento di Scienze Biomediche e NeuroMotorie, Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Le migrazioni sono un fenomeno strutturale dei nostri tempi, che porta con sé nuovi bisogni di salute e nuove sfide per i servizi sanitari. Orientare l'offerta formativa in salute pubblica verso una maggiore comprensione della complessità del fenomeno, permetterebbe di compiere un primo passo nel trovare risposta a tali bisogni. La Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Bologna sta seguendo un progetto di formazione-intervento sul tema dell'assistenza sanitaria ai richiedenti protezione internazionale (RPI), con la finalità di comprendere i bisogni di salute della popolazione richiedente e di supportare i servizi locali nel miglioramento dell'offerta assistenziale.

Metodi/Azioni

Il progetto, ispirato ai modelli di formazione-intervento e di ricerca azione, ha interessato alcuni dei medici in formazione specialistica del primo e del secondo anno. Dopo un periodo di 3-4 mesi di formazione teorica sui temi di salute globale e medicina delle migrazioni è stato seguito un tirocinio di 2 mesi presso gli ambulatori tubercolosi dell'UOC di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna. Una seconda fase si è invece svolta, grazie alla collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Bologna, presso il centro di accoglienza regionale per richiedenti asilo (Hub), affiancando, per circa 9 mesi, il personale sanitario durante le attività ambulatoriali.

Risultati

Il periodo di formazione teorica e il tirocinio presso gli ambulatori di Malattie Infettive hanno facilitato l'acquisizione delle conoscenze propedeutiche alla fase secondaria. L'affiancamento del personale sanitario presso l'Hub ha permesso di comprendere come è organizzata, gestita ed erogata l'assistenza sanitaria ai RPI presenti presso l'Hub e sull'intero territorio di Bologna; inoltre, ha consentito di osservare quali condizioni cliniche e quali bisogni di salute caratterizzano la popolazione richiedente e come questi vengono colti e affrontati dai servizi sanitari locali. Queste osservazioni hanno permesso di stimolare e condividere riflessioni con il personale sanitario, facilitando l'emersione delle criticità e delle difficoltà presenti. Tramite il successivo lavoro di sintesi si è giunti all'identificazione delle principali aree di miglioramento e alle relative strategie attuative, come la revisione delle prassi intrambulatoriali e dei percorsi tra Hub e servizi ospedalieri e la facilitazione della comunicazione tra il personale sanitario dell'Hub e gli altri enti presenti sul territorio.

Conclusioni

Il percorso descritto ha reso possibile il raggiungimento degli obiettivi formativi e la partecipazione alla progettazione di interventi migliorativi sullo stesso contesto che si stava studiando. Tale progetto può quindi rappresentare un modello esportabile in altre sedi, favorendo contestualmente una maggiore diffusione e una migliore conoscenza dell'argomento e stimolando il miglioramento dei servizi sanitari rivolti alla popolazione richiedente.

Contatto: Leonardo Mammana (leonardomammana@gmail.com)

L'eredità dei padri... al lavoro!

PENDEZZINI A.

Centro Frantz Fanon, Torino

Introduzione e obiettivi

Questa comunicazione si propone di illustrare un percorso di supporto psico-sociale che ha ruotato intorno alla dimensione lavorativa di un ospite accolto in un progetto di accoglienza (SPRAR): prima rifuggita, al proprio paese di origine, nell'intento di costruirsi una vita diversa da quella dei genitori, poi ossessivamente fantasticata, nella prima fase di arrivo in Italia, duramente segnata dal lutto patologico per la morte dei genitori (investiti di un rapporto affettivo ambivalente), ed infine soggettivamente riconquistata anche grazie al lavoro di concerto tra psicoterapeuta, operatori dell'accoglienza e di job placing.

Metodi/Azioni

Un utente del Centro, giovane uomo kashmiro, viene seguito per un percorso di supporto psicologico richiesto dalla struttura di accoglienza. Egli presenta attorno alla dimensione professionale e lavorativa, idee ossessive che lo tormentano: trascorre le notti insonni pensando a come poter iscriversi all'Università di Torino, per fare una formazione in ingegneria. Ma ciò non è possibile, dal Pakistan i documenti autenticati del suo diploma superiore continuano a non arrivare. Nel setting clinico, reso complesso dalla severa sintomatologia dissociativa del paziente (che ha trovato madre e fratello uccisi dall'esercito), emergono sentimenti ambivalenti nei confronti del contesto familiare: a lui, che si era impegnato nell'attività politica per la libertà del proprio paese, veniva invece chiesto di studiare per costruirsi una posizione rispettabile da parte della famiglia. Persa violentemente buona parte di quest'ultima, nell'impossibilità di continuare gli studi perché appartenente ad una minoranza discriminata, decide di partire verso l'Europa. Per tre anni non riuscirà a sentire il padre, che vive in un villaggio senza rete telefonica, se non due o tre volte. Alla sua morte accidentale in un incidente stradale, il giovane richiedente asilo sviluppa una importante sintomatologia depressiva.

Risultati

Il percorso psicoterapeutico e di supporto psicosociale svolto fa emergere come il lavoro al centro delle ideazioni notturne ossessive del signore, fosse quello del padre. Lavorando dunque di concerto con gli operatori del progetto SPRAR in cui il signore è accolto, è stato costruito per lui un tirocinio lavorativo proprio nel settore per cui lui aveva studiato, ma che poi aveva abbandonato a causa degli impedimenti legati alla sua attività politica; lo stesso lavoro del padre, al quale la famiglia spingeva a suo tempo perché si dedicasse. Questa possibilità, costruita con impegno e fatica dagli operatori dell'accoglienza (che non avevano tra i propri partner per tirocini e borse lavoro attività come quella desiderata dal paziente), ed attivamente caldeggiata dalla psicoterapeuta, che ne ha con forza sostenuto la possibile importanza dialogando con operatori, affiancata al percorso psicoterapeutico in sé. Egli – pur con grandi difficoltà – lentamente sperimenta una risignificazione della propria esperienza presente e passata, in cui individuazione soggettiva, affiliazione sociale e colpa possano vedere ristrutturate le reciproche implicazioni, per come la violenza della Storia aveva contribuito a produrle.

Conclusioni

Seguendo la traccia contenuta dentro al sintomo del paziente (avente per oggetto la dimensione lavorativa), si è provato a percorrere una strada (di supporto psico-sociale) in cui l'assunzione dell'eredità paterna e familiare potesse essere vissuta, nel mondo interiore del paziente, non come in contrasto con il desiderio di perseguire un proprio percorso di autonomia sociale e politica, ma al contrario come una sua prosecuzione e trasformazione.

Contatto: Andrea Pendezzini (andrapende@gmail.com)

Progetto Informazioni sanitarie per donne migranti

PITTINI L., FLORIO G., SCARPA A.

Associazione Amici della Caritas di Ferrara-Comacchio

Introduzione e obiettivi

La presenza di numerose ospiti presso la sede Caritas di Ferrara ha stimolato la creazione di un progetto di informazioni sanitarie, specificamente dedicato a questa fascia di popolazione, per promuovere la salute sessuale e riproduttiva. È stato perciò costruito e testato un progetto che configurava un ampliamento dell'attività ambulatoriale Caritas già esistente. Da questo progetto si è poi sviluppata in forma stabile una nuova attività assistenziale.

Metodi/Azioni

Il progetto iniziale, grazie alla collaborazione di operatori di mediazione linguistica e culturale presenti nella struttura, si è articolato in differenti momenti e modalità

a) inizialmente attraverso incontri informativi di promozione della salute, per gruppi di circa 20 persone, in lingua inglese e francese oltre che italiana, su temi specifici

In questi incontri della durata di un'ora circa (hanno coinvolto complessivamente circa 100 donne) sono stati utilizzati slide e filmati per fornire conoscenze di base su:

– Anatomia dell'apparato genitale / Igiene della persona e sessuale

– Contraccezione

– Malattie sessualmente trasmissibili / prevenzione

b) successivamente attraverso incontri individuali di counselling non necessariamente derivante da problemi clinici

c) infine attraverso l'attività ambulatoriale specialistica ginecologica con due sedute settimanali il lunedì mattina ed il giovedì pomeriggio

L'attività è stata quindi estesa oltre che alle ospiti della Caritas alle ospiti di altre organizzazioni presenti sul territorio (SPRAR, Centri di accoglienza, Luna Blu/Unità di strada) e si sono organizzati incontri anche in accordo con altri servizi/professionisti o istituzioni.

Risultati

A) Per quanto riguarda le scelte procreative: la maggioranza delle partecipanti agli incontri ha optato per metodi contraccettivi ormonali (cerotto, pillola o impianto); B) Per quanto riguarda la prevenzione delle MST tutte hanno richiesto di eseguire i test sierologici consigliati.

Conclusioni

Visto il successivo utilizzo della struttura (circa 30 visite specialistiche al mese) si è deciso di proseguire l'attività ambulatoriale in maniera stabile ottenendo l'autorizzazione sanitaria anche per l'attività specialistica di ginecologia all'interno del Poliambulatorio Betania già esistente. Da novembre 2017 inoltre è stata estesa a questa attività specialistica la convenzione già in essere tra l'AUSL di Ferrara e l'Associazione "Amici della Caritas di Ferrara-Comacchio". L'ASL fornisce farmaci ed altri prodotti farmaceutici ed il ricettario che può essere utilizzato per richiedere prestazioni sanitarie, esami clinici strumentali, visite specialistiche, farmaci.

Contatto: *Liliana Pittini* (liliana.pittini@libero.it)

Analisi dei bisogni di salute nel Community Health Educator Model

BORGIOLO G.², CELMI R.³, MENOZZI S.³, MARCUCCI M.¹, TIZZI G.⁴

¹ Centro di Salute Globale; ² OIM; ³ Sds Grosseto; ⁴ Oxfam Italia

Introduzione e obiettivi

In questo lavoro presenteremo i risultati della fase di ricerca della sperimentazione pilota del Community Health Educator Model nei territori di Arezzo (città), Firenze (città), Grosseto (Area grossetana – ambito territoriale socio sanitario) e di Roma e provincia di Guidonia, Colferro e Val Montone (territorio della ASL RM 5). Il lavoro fa parte del progetto, finanziato dai fondi FAMI, ESCAPES – Educatori alla Salute di Comunità per l'Accesso appropriato ed Equo ai Servizi capofilato da Società della salute dell'area socio-sanitaria grossetana in partenariato con Oxfam Italia Intercultura, Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), Comune di Carpineto Romano e Associazione interculturale Griot. Al centro dell'analisi la salute delle donne migranti, declinata sulla base delle caratteristiche migratorie e dell'accesso alle strutture sanitarie in focus tematici differenti. Nello specifico per Firenze l'oggetto di studio sono le interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne peruviane, ad Arezzo l'adesione al programma di screening alla cervice per le donne bangladesi ed infine per l'Area grossetana e il territorio della ASL RM 5 di Roma l'accesso all'area materno infantile.

Metodi/Azioni

Dal punto di vista metodologico lo studio è stato articolato su tre dimensioni: 1) analisi quantitativa dei dati sul contesto migratorio (principali nazionalità, caratteristiche, trend etc.); 2) analisi quantitativa sui dati di accesso della popolazione straniera ai servizi sanitari oggetto di approfondimento; 3) analisi qualitativa tramite focus group su fattori che possono ostacolare l'accesso al servizio, proposte per migliorarlo e mappatura dei luoghi di aggregazione e ritrovo delle comunità target. Sono stati realizzati per ciascun contesto due focus group di cui uno con gli operatori sanitari ed uno con le donne della comunità target individuata. Complessivamente hanno preso parte 26 operatori sanitari e 29 donne straniere.

Risultati

Dalle analisi dei singoli territori emergono alcune dimensioni trasversali. Innanzitutto (a) occorre considerare il contesto di partenza ossia i modelli culturali interiorizzati relativi alla salute riproduttiva, allo screening e alla maternità nei Paesi di provenienza. Un secondo aspetto (b) concerne le condizioni di vita in Italia delle donne straniere caratterizzate dalle specificità del processo migratorio: fase di adattamento, difficoltà economiche (occupazione, abitazione, ecc.), civili (regolarizzazione, permessi di soggiorno) e sociali (lingua, amicizie, affetti) che spesso accentuano il problema di gravidanze indesiderate con il successivo ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, oppure ad una bassa adesione ai programmi di screening e ai percorsi nascita. Infine, (c) si evince la necessità di riorganizzare i servizi sanitari. Come elementi utili per favorire la fruizione dei servizi, sono stati individuati: la presenza di mediatori linguistico culturali; una maggior diffusione dell'informazione sanitaria e la semplificazione delle procedure; corsi di formazione; l'investimento nella peer education attraverso i Community Health Educators riconosciuti dai servizi e dalle comunità.

Conclusioni

Partire dalla conoscenza sociologica rappresenta un indiscusso valore aggiunto per la contestualizzazione degli interventi che andremo a programmare e per la valutazione dei medesimi. Gli interventi si collocano in una dimensione di "action-learning" e "action-research", in cui l'apprendimento attraverso l'azione e l'attività di ricerca appaiono le strade più efficaci per giungere agli obiettivi prefissati.

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

L'esperienza delle IVG in donne straniere presso la Casa di Cura Candela

GRASSI S., BEVILACQUA S., CATANIA W., GULÌ G., GRISTINA L., PASTA L.

Casa di Cura Candela

Introduzione e obiettivi

Sono stati analizzati i dati relativi alle IVG eseguite presso la Casa di Cura Candela (unica struttura privata accreditata che esegue questa tipologia di interventi sul territorio siciliano), dal 2013 al 2017, confrontando i dati relativi a pazienti italiane vs pazienti straniere.

Metodi/Azioni

Tutte le IVG, eseguite nel quinquennio 2013-2017, sono state separate per popolazione (italiana e straniera) e per tipologia di metodo di IVG (medica o chirurgico). È stato anche analizzato il numero di pazienti che sono ricorse ad IVG ripetuta in tale periodo.

Risultati

Le nazionalità o etnie delle pazienti che si sono sottoposte alle IVG sono state le seguenti: 10 Africa Sub Sahariana, 9 Romania, 6 Sri Lanka, 5 Bangladesh, 5 Sudamerica, 4 Nord Africa, 4 Cina, 3 Filippine e 7 Paesi Europei. La percentuale di IVG straniere rispetto al totale delle IVG è pari a 13,8 %, simile al dato regionale del 15,8% e significativamente inferiore al dato nazionale pari a 29,9 % (dati del Min. Sal.). Inoltre, si segnala che la percentuale di IVG mediche è aumentata negli anni e rappresenta, nel 2017, circa l'80 % delle IVG eseguite, contro la media regionale e nazionale del 15%. Il numero di IVG ripetute durante il quinquennio è stato di 6 volte per le donne Italiane ed una volta per una donna straniera.

Conclusioni

Il rapporto tra donne straniere e italiane si è mantenuto costante negli anni, dimostrando l'eguale possibilità di accesso all'IVG delle pazienti di qualsiasi nazionalità o etnia. La possibilità di ricorrere all'IVG medica è uguale nei due gruppi, a dimostrazione che le pazienti straniere rispettano il ricorso precoce all'IVG, e possono quindi usufruire del trattamento farmacologico. Il limite all'esecuzione delle IVG presso la Casa di Cura è dettato da problemi di assegnazione di budget; infatti la domanda sarebbe sicuramente superiore, stimandosi che, nella sola provincia di Palermo, vi è una differenza negativa rispetto ai dati nazionali di 350 IVG per anno (e di 1400 nell'intera regione), che sarebbe necessario colmare per equilibrare la differenza. Il ricorso all'IVG in maniera quasi sovrapponibile alla popolazione Italiana, da parte delle donne straniere, può essere considerato un vero fattore di integrazione sociale. Solo una migliore politica di divulgazione di informazioni sulla contraccezione, all'interno delle varie comunità, potrà ridurre il ricorso all'IVG anche nelle donne straniere.

Contatto: Silvia Grassi (silviagrassi.psi@gmail.com)

Donne e storie di vita: l'importanza degli approcci di genere nei percorsi migratori

DENTICO N.¹, ANGELUCCI M.A.², COLELLA A.³, DE FILIPPIS G.⁴, FALQUI E.⁵, FRAUDATARIO S.⁶, GUERZONI G.⁷, GUIDO G.⁸, LONGO E.⁹, SACHY M.¹⁰, VALENTINI C.¹¹, BERISTÁIN C.M.¹²

¹ Presidente di Filomena, la Rete delle Donne, e di Direttrice di Health Innovation in Practice (HIP); ² Servizio Salute Donna e Bambino, AO S. Camillo Forlanini, Roma; ³ John Cabot University, Roma; ⁴ Associazione Culturale Createca, Roma; ⁵ Fotografa Libera professionista, Roma; ⁶ Tribunale Permanente dei Popoli, Roma; ⁷ Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università di Bologna; ⁸ Associazione di Promozione Sociale K_Alma, Roma; ⁹ Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Superiore di Sanità; ¹⁰ Consulente Indipendente; ¹¹ Scrittrice, già giornalista l'Espresso, Roma; ¹² Università di Bilbao

Introduzione e obiettivi

Esistono sostanziali differenze di genere nella gestione della mobilità umana. Essere donne, migranti, è un alto fattore di rischio. Il viaggio delle donne è aggravato dall'iterazione di dinamiche che confermano l'uso del loro corpo come terreno d'inaudite violenze. La percentuale di donne arrivate sulle coste di Italia e Grecia è aumentata: dal 13% di giugno 2015 al 20% di dicembre 2016 (UNHCR, 2016). Tuttavia, l'assistenza umanitaria e l'accoglienza socio-sanitaria sono ancora prive di strategie di genere. Con la raccolta delle storie di vita delle donne in viaggio, è possibile dare riconoscibilità e forma narrativa alla loro presenza tra noi e soprattutto ripensare a un approccio operativo d'integrazione più rispondente alle realtà e alle diversità dei bisogni e competenze di ogni persona. La ricerca applicata dimostra i notevoli benefici della narrazione per intraprendere percorsi di auto-mutuo aiuto, di definizione delle esperienze e di ricostruzione delle soggettività. Attraverso la raccolta di narrazioni individuali, è possibile promuovere via via l'empowerment delle donne verso percorsi di solidarietà collettivi, tramite periodiche restituzioni. Facendo emergere le criticità e i bisogni reali delle donne immigrate in Italia, è possibile rafforzare le potenzialità del sistema socio-sanitario, favorire la crescita professionale degli operatori e suggerire interventi e politiche sostenibili, più adeguate alle persone beneficiarie, in questo ambito.

Metodi/Azioni

Avvalendosi della consolidata metodologia del Prof. Carlos Beristain, un gruppo interdisciplinare e intergenerazionale di ricerca-azione ha raccolto a Roma storie di vita di donne migranti, nonché di operatrici dell'accoglienza e dei servizi socio-sanitari selezionate per qualità e varietà di esperienza, utilizzando una traccia d'intervista ad hoc sul progetto migratorio.

Risultati

Dalle interviste alle donne migranti emerge: una risposta positiva alle sollecitazioni della narrazione; un vissuto di abusi, nei diversi contesti (provenienza, viaggio, approdo); una sostanziale solitudine, scarso ascolto e non coinvolgimento nella definizione di prospettive di integrazione; chiara descrizione di bisogni e desideri; difficoltà di proiezione di un futuro in Italia. Dalle interviste alle persone operatrici: il prevalente approccio assistenzialistico; scarsa formazione del personale e incompetenza nel campo dell'interculturalità e della geopolitica; stereotipizzazione delle donne; mancanza di un sistema di coordinamento tra i servizi socio-sanitari di accoglienza.

Conclusioni

I risultati preliminari non consentono una generalizzazione analitica. Tuttavia, evidenziano come lo strumento della narrazione sia efficace nella ricostruzione del vissuto esperienziale delle donne e nella ridefinizione delle proprie soggettività, nonché una base per indicazioni pratiche da apportare per un miglioramento indispensabile alle politiche e ai servizi di accoglienza socio-sanitaria.

Contatto: Nicoletta Dentico (nicolettadentico@libero.it)

Accesso delle donne straniere per complicanze della gravidanza al Pronto Soccorso di 5 Ospedali Romani, 1999-2014

SALVATORI L.M.^{1,2}, MIGLIARA G.¹, DI PAOLO C.¹, MELE A.¹, PAGLIONE L.^{1,2}, PRENCIPE G.P.¹, DE VITO C.¹, MARCECA M.^{1,2}

¹ Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ² Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Introduzione e obiettivi

Come ampiamente riportato in letteratura scientifica, le Complicanze della Gravidanza, del Parto e del Puerperio (CGPP), comprese le Gravidanze con Esito Abortivo (GEA), sono un problema rilevante per le donne appartenenti a minoranze etniche e in condizioni di svantaggio socio-economico. Lo scopo di questo studio è stato quello di indagare le caratteristiche degli accessi in Pronto Soccorso (PS) delle donne italiane e straniere per CGPP e GEA e valutarne eventuali differenze.

Metodi/Azioni

I dati sugli accessi in PS di cinque grandi ospedali di Roma sono stati raccolti dal 1999 al 2014. La popolazione femminile è stata divisa in 23 gruppi sulla base della nazionalità (Gruppi di Popolazione, GP); questo raggruppamento è stato effettuato seguendo il metodo di utilizzato a fini statistici dalle Nazioni Unite, fatta esclusione per le Italiane, le Romene (la popolazione straniera più numerosa a Roma) e le apolide, che sono state considerate separatamente. La regressione di Poisson è stata utilizzata per valutare il rischio di accesso al PS per Complicanze della Gravidanza, del Parto e del Puerperio (ICD9-CM 630-677), escludendo i parti normali (ICD9 650.0-651.2), e per Gravidanze con Esito Abortivo (ICD9-CM 634-639) per ogni gruppo rispetto alle italiane.

Risultati

Nei 15 anni presi in considerazione hanno effettuato accesso ai PS dei cinque ospedali di Roma 2.668.537 donne, delle quali il 7.3% ha ricevuto una diagnosi di CGPP. In particolare, 13.078 hanno ricevuto diagnosi di gravidanza con esito abortivo (corrispondente allo 0,5% delle donne totali e al 6,8% delle donne con diagnosi di CGPP). I GP con una percentuale più alta di diagnosi di CGPP sono stati: Asia Meridionale (22,4%), Asia Orientale (19,5%) e Asia Sud-Orientale (16,4%), rispetto al 6,5% delle Italiane; i GP con una percentuale più alta di diagnosi di GEA sono stati: Asia Sud-Orientale (1,72%), Africa Occidentale (1,7%) e Asia Orientale (1,3%), rispetto allo 0,4% delle Italiane. Alla regressione di Poisson tutti i gruppi hanno evidenziato un rischio significativamente aumentato di diagnosi di CGPP rispetto alle Italiane, con l'eccezione dell'Africa Meridionale, dell'America Settentrionale e dell'Australia e Nuova Zelanda. Anche l'analisi dei GEA ha evidenziato che la maggior parte dei GP mostra un rischio aumentato rispetto alle Italiane, con l'eccezione dei GP sopracitati e dell'Africa Centrale e dell'Asia Centrale.

Conclusioni

L'aumentato rischio di diagnosi di CGPP e di GEA in tutti i gruppi rispetto alle Italiane, fatta esclusione di quelli probabilmente composti soprattutto da turiste e di quelli troppo poco rappresentati nella casistica, suggerisce la necessità di interventi mirati a favorire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi territoriali di cure prenatali da parte delle donne straniere.

Contatto: Livia Maria Salvatori (liviaria.salvatori@uniroma1.it)

Le storie e la salute delle donne migranti a Bologna: dal Centro di identificazione ed espulsione ai centri di accoglienza per richiedenti asilo

LESI G.¹, GRAMENZI A.², ZUCHELLI L.³, GARAVINI C.M.¹

¹ Dipartimento Cure Primarie, AUSL di Bologna; ² DIMEC Università di Bologna; ³ Ex tirocinante AUSL di Bologna;

⁴ Regione Emilia-Romagna

Introduzione e obiettivi

Lo studio nasce dalla esperienza del Centro per la Salute delle Donne Straniere e loro bambini della AUSL di Bologna e dalla collaborazione con un medico epidemiologo dell'Università di Bologna e un tirocinante della facoltà di Sociologia della medesima Università. In una prima fase ha coinvolto anche gli operatori psico/socio/sanitari del Progetto Sociale, gruppo di lavoro multi professionale che lavorava nell'ex CIE di Bologna. Il progetto si attualizza, poi, attraverso il lavoro di rete con i centri di prima e seconda accoglienza per donne rifugiate. L'idea di fondo è supportata dalle ricerche e pubblicazioni sui "sintomi sentinella", ovvero le manifestazioni cliniche associate a episodi di violenza, particolarmente difficili da individuare in contesti multietnici e multiculturali. Gli obiettivi del lavoro sono: 1) individuare eventuali problemi clinici/sintomi, indicativi di vissuti di violenza, al fine di rappresentare lo stato di salute delle donne e la relazione con violenze vissute nel percorso migratorio; 2) programmare eventi formativi sul tema per sensibilizzare i professionisti che si rapportano a questa utenza.

Metodi/Azioni

Il lavoro di analisi è svolto dal 1 luglio 2008 al 30 giugno 2011. Sono state raccolte tutte le informazioni, sulle donne, custodite nelle "schede sociali", nelle cartelle mediche redatte per la "visita di accettazione" e quindi aggiornate in occasione di visite successive. Queste informazioni sono state correlate con le informazioni dello sportello di ascolto psicologico, dello sportello legale, dei verbali di polizia, con appunti dei mediatori culturali. Il campione analizzato è di 1068 donne migranti di età compresa tra i 18 e i 63 anni (mediana 29), trattenute all'ex-CIE nel periodo in oggetto per 1-413 giorni (mediana 20 giorni). Si tratta per il 42% di donne provenienti dall'Africa sub-sahariana seguite da donne cinesi e quindi da donne provenienti dall'est-Europa. Per l'analisi dei dati, tuttora in corso, sono stati utilizzati approcci multidisciplinari di tipo quantitativo (indagine retrospettiva) e, per quanto possibile, qualitativo, per provare a ricostruire il quadro di riferimento e a restituire la complessità del fenomeno in quel contesto.

Risultati

I risultati non sono ancora definitivi, ma la violenza sembra essere un denominatore comune nello stato di salute delle donne trattenute nel ex CIE di Bologna. Emerge inoltre in maniera evidente l'estrema diversità dei modi di trattare e descrivere la sofferenza psico-fisica delle migranti a seconda della tipologia dei documenti analizzati.

Conclusioni

A partire da questi primi risultati, che sembrano confermare i dati già evidenziati nei documenti OMS sulla violenza di genere e, inoltre, la estrema fragilità delle donne di allora e di oggi (seppure attualmente ospitate in contesti più consoni), sono state programmate attività di formazione per operatori sociali e sanitari in rete con alcune realtà socio-educative che lavorano sul territorio Bolognese, al fine di sensibilizzare i professionisti al tema.

Contatto: Grazia Lesi (grazia.lesi@ausl.bologna.it)

Caratteristiche della popolazione femminile straniera nella ASL Roma 1

MARCECA M., SACCUCCI P.

ASL Roma 1, UOC Ostetricia e Ginecologia

Introduzione e obiettivi

Dal 1 gennaio 2016 due grandi aziende sanitarie romane si sono fuse dando luogo alla ASL Roma 1 che, con oltre 1 milione di residenti, rappresenta il 36,4% della popolazione complessiva di Roma. I cittadini immigrati residenti nella ASL Roma 1 sono 154.952, pari a circa il 43% della popolazione straniera del Comune di Roma, di cui 80.250 (51,8%) sono donne.

Metodi/Azioni

Il 61% delle donne straniere residenti nel territorio della ASL RM1 (48.943) è di età compresa tra 15 e 49 anni, rientrando nella fascia di età per la quale risulta più importante l'esistenza di percorsi dedicati alle problematiche femminili e, in particolare, alla gravidanza. Gli Autori propongono un modello organizzativo che coinvolga ospedali e strutture territoriali, volto a ridurre le barriere linguistico-culturali e a ridurre le difficoltà di accesso alle donne straniere.

Risultati

Nel Lazio nel 2015 ci sono state 48.054 nascite; di queste 11.830 erano di nati da donne straniere (24,6%). Nel territorio della ASL Roma 1 sono presenti ben 5 delle prime dieci strutture con maggior numero di nascite da madri con cittadinanza estera, con una conseguente importante presenza straniera a livello delle strutture territoriali e ambulatoriali deputate al controllo del percorso nascita e a quello pediatrico. Nel 2015 circa un quarto delle 11.830 nascite nel Lazio da madri straniere (2856) avveniva in uno di questi cinque ospedali presenti nel territorio della ASL Roma 1.

Conclusioni

I dati evidenziano la necessità di identificare, nell'ambito dei percorsi assistenziali, canali e strumenti di agevole fruizione e comprensione, che possano facilitare l'accesso e semplificare l'utilizzo delle strutture alle donne straniere.

Contatto: Marina Marceca (marina.marceca@gmail.com)

L'attività ostetrica multi-etnica della Casa di Cura Candela di Palermo

BEVILACQUA S., CINQUEGRANI M., NASTA G., QUARTARARO F., BARRACO G., GRASSI S., AUGELLO V., PICCINNO G., GRISTINA L., PASTA L.

Azienda Ospedaliera Universitaria "Paolo Giaccone", Palermo

Introduzione e obiettivi

In Casa di Cura Candela, Punto Nascita del SSR, dal 2013 è attivo un ambulatorio gratuito di ostetricia al quale affluisce un notevole numero di pazienti straniere, che poi partoriscono quasi tutte presso la stessa. Sono stati valutati, quantitativamente e qualitativamente, i dati relativi all'attività ostetrica, confrontando le pazienti straniere rispetto alle italiane dal 2013 al 2017, utilizzando indicatori registrati nella relativa documentazione sanitaria.

Metodi/Azioni

Alcune attività ed eventi, registrati nel corso del quinquennio, sono stati separati per popolazione straniera e italiana e confrontati. È stato registrato il Paese di nascita delle singole pazienti. I dati sono stati elaborati dal Sistema Statistico Aziendale.

Risultati

L'analisi è relativa alle singole attività, separate rispettivamente per pazienti straniere e italiane, nei 5 anni 2013-2017 e mostra che: Romania, Sri Lanka, Bangladesh, Nord Africa e Filippine sono i Paesi dai quali si è registrata la maggiore "mobilità attiva"; l'età media delle straniere è sensibilmente più bassa. Inoltre le donne visitate in ambulatorio sono state negli anni: 21,47,61,65,81, totale di 275 vs 344,438,433,412,404 totale 2031. Nell'ambito del regime di ricovero: – 16 Aborti spontanei rispetto agli 817 delle italiane – 156 parti naturali tra le straniere (12, 32, 38, 32, 42) rispetto ai 3.026 delle italiane (429, 633, 658, 662, 644); 58 parti cesarei primari tra le straniere (6, 8, 13, 18, 13) rispetto ai 1.169 delle italiane (213, 250, 234, 224, 248); 45 parti cesarei in pre-cesarizzate delle straniere (2, 4, 6, 12, 21) rispetto ai 1.759 delle italiane (348, 406, 392, 337, 276); 15 casi di sofferenza fetale tra le straniere (3, 2, 2, 5, 3) rispetto ai 248 tra le italiane (52, 48, 77, 45, 26): nessun caso di morti endo-fetali (MEF) tra le straniere rispetto agli 8 tra le italiane; 7 neonati pretermine (<37 settimane) tra le straniere (0, 0, 0, 2, 3, 2) rispetto ai 153 tra le italiane (29, 28, 22, 21, 46); 19 neonati con basso peso (<2,500 Kg) tra le straniere (0, 4, 5, 6, 4) rispetto ai 195 tra le italiane (41, 43, 37, 34, 40); 1 caso solo tra le straniere di neonato con Apgar <5 nel periodo di osservazione rispetto ai 25 tra le italiane (4, 6, 2, 7, 5); infine, 53 IVG tra le straniere (16, 13, 6, 7, 11) rispetto alle 332 tra le italiane (149, 79, 60, 73, 71).

Conclusioni

Nel corso degli anni il numero di pazienti non italiane è aumentato progressivamente, sia in ambulatorio che in degenza e rappresenta in media circa il 12% dell'attività nei vari setting assistenziali, compresa l'IVG. I parti cesarei primari rappresentano il 27% in media nei 5 anni, a prescindere dal paese di provenienza della donna. Il numero delle pazienti precesarizzate è maggiore nelle pazienti italiane a causa della maggiore età. Gli indicatori relativi alla prematurità e al basso peso alla nascita non sono significativamente differenti. Non si sono registrate MEF nelle pazienti straniere. La possibilità di ricorrere all'IVG è uguale nei due gruppi, anche se dal 2013, pur in presenza di aumento della domanda, l'attività è stata ridotta per mancanza di budget da potere dedicare a questa attività. L'analisi dimostra una grande attenzione nell'offerta assistenziale relativa alle cure ostetriche, intese nella loro totalità, dedicata alle pazienti di qualsiasi nazionalità o etnia, da parte della Casa di Cura Candela.

Contatto: Fabrizio Quartararo (fabrizioquartararo@gmail.com)

Mediazione culturale e promozione della salute per i detenuti stranieri

CELMI R., IMBERTI E., ZADDACH I.M.

Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) - Italia

Introduzione e obiettivi

La popolazione carceraria rappresenta una categoria chiave per la tutela della salute degli individui. Considerato che gli stranieri in carcere rappresentano, in base ai dati del Ministero della Giustizia aggiornati al 31 gennaio 2018, il 34,1% del totale dei detenuti negli istituti penitenziari italiani, è evidente la necessità della messa in atto di strategie efficaci e mirate alla presa in carico culturalmente competente degli stessi. In questo contesto, l'OIM ha collaborato al progetto "La prevenzione sanitaria nella popolazione carceraria: bisogni di salute e qualità dell'assistenza" (promosso da Regione Emilia Romagna, in collaborazione con ARS Toscana, Azienda USL di Modena, Azienda USL di Piacenza, Azienda sanitaria locale di Viterbo, Regione Lombardia, Regione Calabria) al fine di rafforzare le competenze degli operatori sanitari e penitenziari in materia di prevenzione e tutela della salute, nonché elaborare un processo di *empowerment* diretto ai detenuti stranieri sulla prevenzione e gli stili di vita in carcere.

Metodi/Azioni

Ponendo a premessa l'analisi svolta dall'ARS della Toscana sulla salute della popolazione carceraria, si è definito un modello di intervento di mediazione culturale a supporto del personale sanitario dall'UO Regione Toscana nei 17 istituti di pena del territorio sui temi della sensibilizzazione alla vaccinazione per Epatite B. Inoltre sono stati formati alle competenze interculturali nei contesti penitenziari, in collaborazione con la SIMM, 22 Promotori di salute (figura di raccordo tra i servizi sanitari e l'utente) presenti nei 10 istituti di pena della Regione Emilia Romagna, in qualità di facilitatori all'ascolto diretto dei bisogni di salute dei detenuti stranieri.

Risultati

Il coinvolgimento di mediatori culturali OIM si è dimostrato fondamentale per ridurre le barriere linguistiche e culturali che limitano le possibilità relazionali dei detenuti stranieri e ne inficiano il percorso riabilitativo. Le sessioni informative tenute da personale medico con il supporto della mediazione culturale hanno affrontato i temi della promozione della salute e della prevenzione. Il corso di formazione ha trasmesso ai promotori di salute le strategie di gestione della relazione interculturale e strumenti per garantire l'accesso dei detenuti stranieri alle cure, con l'obiettivo di ridurre il rischio di discriminazione ed esclusione degli immigrati. Inoltre, due *focus group* sono stati realizzati dai promotori di salute nella Casa Circondariale di Bologna "Rocco D'Amato" e in quella di Piacenza "San Lazzaro". Sono emerse le criticità esistenti nella presa in carico dei bisogni psicosociali e di salute fisica dei detenuti stranieri e la necessità di promuovere azioni volte alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in modo strutturato.

Conclusioni

Posto che il sovraffollamento, le carenze delle strutture penitenziarie e l'organizzazione dei servizi sanitari condizionano l'accesso alla salute in carcere, è stato rilevato che figure ponte quali mediatori culturali in rappresentanza delle comunità d'origine e promotori di salute del SSN possano favorire l'accesso alla salute individuale e di gruppo. Le barriere linguistiche e relazionali e il difficile accesso alle informazioni sono elementi di forte criticità nella vita detentiva dei detenuti stranieri. È quindi necessario porre in essere interventi volti a garantire la comprensione delle dinamiche interculturali e il benessere psicosociale attraverso la presenza di mediatori culturali e la formazione specifica delle figure professionali sanitarie del servizio pubblico e del terzo settore.

Contatto: Rossella Celmi (rcelmi@iom.int)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

L'esperienza di Crinali e l'approccio transculturale all'interno del progetto FAMI – START "Servizio sostegno psicologico transculturale a richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale"

CATTANEO M.L., CONTI E., BANIS A., GIANFORMAGGIO M., PARRAVICINI C.

Cooperativa Crinali Onlus, Milano

Introduzione e obiettivi

Crinali, cooperativa sociale multiculturale, promuove la salute psicofisica e la qualità della vita di donne e famiglie migranti, opera nei settori sanitario, psicologico, sociale ed educativo, con attività di mediazione linguistico culturale e sostegno psicosociale e psicoterapeutico. Da settembre 2016 a dicembre 2018 Crinali è partner nel progetto FAMI – START "Servizio sostegno psicologico transculturale a richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale" insieme a Spedali Civili di Brescia (Capofila), Cooperativa Tempo Libero di Brescia, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Niguarda di Milano, ISMU. I riferimenti teorico-metodologici del nostro intervento sono quelli della clinica transculturale, ispirata all'etnopsichiatria francese, che, attraverso universalismo e complementarismo, permette di costruire dispositivi di cura in grado di tenere insieme la potenzialità traumatica insita nella migrazione e le molteplici rappresentazioni di salute, malattia e cura. Il presente intervento ha come obiettivo quello di far emergere le specificità del metodo di lavoro di Crinali e i peculiari obiettivi dei percorsi di sostegno all'interno del progetto.

Metodi/Azioni

Il progetto si è rivolto a richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale accolti negli SPRAR e CAS di Milano. L'accesso al servizio è avvenuto su segnalazione degli operatori di riferimento degli ospiti attraverso un primo contatto telefonico con la psicologa coordinatrice del progetto. Il dispositivo costruito è stato quello del piccolo gruppo: due psicoterapeute (terapeuta principale e co-terapeuta), un mediatore linguistico-culturale, una tirocinante psicologa e, a seconda dei casi, l'inviante del paziente.

Risultati

In 14 mesi di progetto abbiamo seguito 55 pazienti (5 minori, 34 uomini, 16 donne). Sono emersi peculiari obiettivi clinici: ricostruire una narrazione autobiografica coerente e il rinforzo delle risorse personali, anche in termini di *agency*, per riconnettere le dimensioni esistenziali dello spazio e del tempo; partire dal qui e ora di un presente che torna dinamico, per riattivare la progettualità futura e creare le condizioni per rielaborare le esperienze passate, spesso traumatiche, riconnettendo il là e allora. Le specificità dell'approccio transculturale, rivelatesi funzionali al raggiungimento di questi obiettivi, hanno riguardato la possibilità di restituire uno sguardo di dignità che ri-umanizza, attraverso la legittimazione dei vissuti e la valorizzazione di tutte le molteplici rappresentazioni culturali, nonché le caratteristiche del dispositivo nella sua dimensione grupppale, nella copresenza terapeutica e nell'importante ruolo della mediazione linguistico-culturale.

Conclusioni

In conclusione, identifichiamo le vulnerabilità specifiche dei richiedenti asilo connesse, in una matrice di complessità, alle storie di vita, alle caratteristiche dei viaggi migratori e alla precarietà esistenziale del presente, rilevando le criticità fragilizzanti del sistema di accoglienza nel suo complesso.

Contatto: Elena Conti (dottorssaconti@gmail.com)

Cura dei disturbi mentali nei migranti sopravvissuti a tortura: l'esperienza del centro Psychè a Roma

BARBIERI A., CHIACCHELLA G., DI RIENZO F., RUSSO V., SCHEPISI C., VISCO-COMANDINI F.

Centro Psychè, Medici per i Diritti Umani, Roma

Introduzione e obiettivi

Nel corso degli ultimi anni si è assistito all'arrivo in Italia di un crescente numero di migranti forzati, una gran parte dei quali sopravvissuta a tortura e/o a gravi abusi nei paesi di origine o di transito. Oltre alle sequele fisiche della tortura e della violenza intenzionale, vi sono, spesso più insidiose e invalidanti, le conseguenze psicologiche e psico-patologiche di traumi così estremi. Spesso questi disturbi ricevono meno attenzione delle patologie organiche, vengono ignorati e/o diagnosticati in ritardo, provocando, tra l'altro, gravi difficoltà al percorso d'integrazione dei migranti nei paesi di asilo. Tale situazione rende sempre più necessario garantire un efficiente sistema di accoglienza e di integrazione che sappia tempestivamente riconoscere stati di profonda sofferenza e garantire adeguati percorsi di riabilitazione.

Il progetto del Centro Psychè di Medici per i Diritti Umani (MEDU) - ubicato a Roma, in un quartiere con una forte connotazione multietnica come il Pigneto - si propone di fornire assistenza medico-psicologica alle persone sopravvissute a tortura e a trattamenti crudeli, inumani e degradanti (CIDT). Il Centro svolge inoltre attività di documentazione, testimonianza, formazione e ricerca sul tema, con l'obiettivo di contribuire alla prevenzione e al contrasto di uno dei più devastanti fenomeni umani.

Metodi/Azioni

Il progetto adotta un approccio integrale alla persona che unisce la dimensione specificamente clinica (attraverso la terapia medica, la psicoterapia cognitivo-comportamentale culturalmente adattata e tecniche specifiche sulla rielaborazione delle memorie traumatiche basate essenzialmente sulla narrazione e la testimonianza) con quella psico-sociale (sia con attività di informazione-orientamento sia con laboratori di musica e teatro), volta alla piena integrazione del paziente nella società che lo accoglie. L'intervento prevede la presenza di un team multidisciplinare composto da medici, psicoterapeuti, psicologi, mediatori culturali e operatori psico-sociali che operano all'interno di un setting cooperativo integrato (SCI) che permette tra l'altro un approccio integrato somatico, l'adattamento culturale, la prevenzione del trauma vicario e una maggiore stabilità dell'alleanza terapeutica.

Risultati

Da Gennaio 2016 il Centro Psychè ha offerto assistenza medico-psicologica gratuita a 90 persone (84 uomini e 6 donne), provenienti principalmente dall'Africa Sub-sahariana (tra le nazionalità principali Gambia, Nigeria e Mali), ma anche dal Nord Africa e da paesi asiatici come Palestina, Libano, Yemen, Afghanistan, Pakistan, Cina e Armenia. Dal punto di vista clinico la maggior parte dei pazienti presentava disturbi riconducibili alla dimensione post-traumatica e depressiva.

Conclusioni

Attraverso una costante attività di ricerca e di validazione empirica il progetto Psychè si propone di sviluppare un modello di intervento sufficientemente flessibile ed efficace da poter essere replicabile in differenti servizi e territori.

Contatto: Alberto Barbieri (alberto.barbieri@mediciperidirittiumani.org)

La presa in carico della vulnerabilità psico-sanitaria in contesto migratorio: l'esperienza Start-ER sul territorio di Ferrara

CAMPALASTRI R.¹, ZANINI L.², PARISI M.L.²

¹ Istituto delle Scienze Neurologiche, AUSL Bologna; ² Cooperativa Sociale Camelot

Introduzione e obiettivi

Il paper ha come oggetto l'esperienza sviluppata all'interno di alcune realtà territoriali dell'Emilia-Romagna dalle équipe multidisciplinari nell'ambito del progetto Start-ER, Salute Tutela e Accoglienza di Richiedenti e Titolari di protezione internazionale in Emilia-Romagna. Ente capofila della progettazione è l'Azienda USL di Bologna che, in partenariato con tutte le Aziende USL della regione e con 12 enti del privato sociale afferenti a ciascun territorio, ha gestito il coordinamento delle azioni insieme alla Cooperativa Sociale Camelot di Ferrara.

Dopo un iniziale lavoro di mappatura dei servizi operanti nell'ambito della promozione della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) ciascuna realtà territoriale ha poi declinato le proprie risorse rispondendo ai tre obiettivi principali indicati dal progetto:

- implementare i servizi di accoglienza e tutela degli RTPI in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria, con particolare attenzione agli aspetti preventivi;
- rafforzare l'integrazione fra servizio pubblico e privato sociale;
- sviluppare competenze negli operatori, sanitari e non, in materia di individuazione, emersione e presa in carico della vulnerabilità psichica.

Attraverso l'attivazione di équipe multidisciplinari sono stati posti in essere sia percorsi di screening mirati, volti ad individuare i segnali di sofferenza psichica sin dalle prime manifestazioni di esordio, sia percorsi di presa in carico declinati in prospettiva multidisciplinare, al fine di offrire una lettura trasversale dei bisogni di salute espressi tramite la sofferenza tanto psichica quanto corporea.

Metodi/Azioni

Nello specifico si andranno ad analizzare, tramite una prospettiva qualitativa, le modalità di costituzione, strutturazione e intervento dell'équipe territoriale di Ferrara, che ha visto la collaborazione attiva tra professionisti afferenti a:

- Dipartimento di Salute Mentale dell' AUSL territoriale (medico psichiatra);
- Azienda Servizi alla Persona (psicologo);
- Cooperativa Sociale Camelot (psicologa e psicoterapeuta, counselor e antropologa).

Risultati

– Rilevazione precoce dei bisogni di salute, con particolare riferimento alla sofferenza di matrice mentale; – Approccio multidisciplinare alla vulnerabilità e minore medicalizzazione della stessa; – Invii ai servizi psichiatrici territoriali più appropriati e tempestivi; – Costruzione condivisa, fra pubblico e privato, di progetti terapeutici e riabilitativi; – Maggiore condivisione delle informazioni, fra pubblico e privato, sui RTPI presenti sul territorio; – Realizzazione di percorsi formativi ad hoc per personale sanitario e del terzo settore.

Conclusioni

Il progetto, pur erogando servizi di supporto individuale ai beneficiari declinati non solo sulle loro specifiche esigenze di cura e riabilitazione ma anche in base ai contesti territoriali, mirava a sistematizzare una metodologia di lavoro che – partendo dall'analisi, dalla valutazione e dalla valorizzazione delle esperienze maturate territorialmente – fosse applicabile a livello comune e standardizzabile come prassi operativa nella quotidianità.

Contatto: Maria Luisa Parisi (marialuisaparis@coopcamelot.org)

Vulnerabilità psico-sociale dei richiedenti asilo nell'ambito del progetto START: Servizi sociosanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale

EL-HAMAD I.^{1,2}, BRUNO V.², SIMONINI F.², TRAPPELLI P.², CAPONE S.¹, LANZA P.², VAGNI S.², PELLERI D.², MOSCA L.³, ALESSANDRINI L.², TURRINA C.⁴, CASTELLI F.¹

¹ U.O. Malattie Infettive e Tropicali, ASST Spedali Civili di Brescia; ² Progetto START, ASST Spedali Civili di Brescia;

³ Progetto START, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano; ⁴ Dipartimento di Salute Mentale, ASST Spedali Civili di Brescia.

Introduzione e obiettivi

Vi sono pochi dati disponibili in Italia sull'assistenza psico-sociale dei Richiedenti asilo e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI). Da qui la necessità di descrivere le attività svolte dal Progetto START nel territorio di Brescia il cui obiettivo principale è stato quello di garantire una pronta ed efficace presa in carico integrata, con particolare riferimento all'intervento psico-sociale.

Metodi/Azioni

L'equipe ha attivato percorsi di sostegno psicologico e psicoterapeutico a favore dei RTPI con vulnerabilità psichica, lavorando in rete con i servizi presenti sul territorio. La collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) ha permesso di strutturare uno strumento diagnostico condiviso, come screening di valutazione precedente all'eventuale invio ai Centri Psico-Sociali territoriali (CPS). Sono stati avviati un tavolo di incontro tra gli psicologi operanti nei Centri di Accoglienza (CDA) ed il DSM ed una collaborazione con il consultorio di Brescia-Centro con il quale è stato effettuato un ciclo di formazione nell'ambito materno-infantile. Inoltre, è stato attuato uno screening attraverso colloquio psicologico al fine di valutare lo status psicologico dei RTPI in diverse fasi del processo di accoglienza.

Risultati

Dal 01/05/2017 al 31/12/2017 l'equipe psico-sociale di Brescia ha preso in carico 117 RTPI, di cui 98 uomini e 19 donne. 74 casi sono stati segnalati dai CDA, mentre i rimanenti 43 dall'equipe sanitaria START. Sono stati attivati percorsi di sostegno psicologico e psicoterapia per 105 RTPI. In 9 casi sono state diagnosticate gravi patologie psichiatriche riconducibili a: 1 disturbo schizofrenico, 1 disturbo schizo-affettivo di tipo bipolare con sintomi psicotici, 2 disturbi psicotici, 2 sindromi depressive, 2 disturbi post-traumatici da stress, 1 disturbo dell'adattamento con ansia generalizzata. 2 RTPI sono stati accompagnati presso i servizi territoriali per il trattamento delle dipendenze da sostanze e alcool.

Conclusioni

L'individuazione precoce delle vulnerabilità psico-sociali e la conseguente tempestiva presa in carico costituiscono una strategia efficace di prevenzione delle patologie psichiatriche e rappresentano un cardine del percorso di accoglienza ed integrazione nel tessuto sociale. Il lavoro di rete ha consentito una presa in carico multidisciplinare integrata delle situazioni di vulnerabilità in collaborazione con i servizi territoriali.

Contatto: Issa El-Hamad (issa1957@libero.it)

Traduzione ed adattamento culturale in lingua araba del LiMEs (List of Migration Experiences)

ARAGONA M.¹, CAMILLO DA SILVA E.², AIT SOUABNI F.², BOUBKER F.², MAZZETTI M.^{1,2}, GERACI S.^{1,2}

¹ SIMM; ² Servizio "Ferite Invisibili", Area Sanitaria, Caritas, Roma

Introduzione e obiettivi

Il LiMEs è uno strumento autocompilato in forma di checklist, nato per valutare se e dove la persona ha vissuto eventi traumatici e/o difficoltà di vita. Mettendo insieme strumenti già esistenti, tra i quali la parte degli eventi dell'Harvard Trauma Questionnaire e il Post-Migration Living Difficulties Questionnaire, si è costruito il LiMEs. Rispetto agli strumenti precedenti, esso ha il vantaggio che consente di determinare se l'evento sia avvenuto prima della partenza, durante il viaggio o dopo l'arrivo in Italia. Il LiMEs è già disponibile in italiano, inglese, francese e cinese. In questa sede presentiamo la traduzione e l'adattamento culturale in arabo.

Metodi/Azioni

Il metodo utilizzato è quello della "translation and back-translation", per il quale sono stati coinvolti due mediatori di lingua araba. Per gli item problematici si è svolto un confronto per arrivare a una versione finale condivisa che tenesse conto delle specificità culturali.

Risultati

Il LiMEs, in versione araba, consiste di 59 item a cui è possibile dare risposta multipla. Se ne estraggono tre punteggi generali (pre-migratorio, migratorio e post-migratorio) sommando i singoli item positivi per ognuna delle colonne. Si possono anche differenziare gli item relativi ai traumi da quelli delle difficoltà vitali post-migratori, ottenendo due punteggi per ogni colonna. Per un'analisi più fine si possono anche considerare 11 specifiche sottoscale (traumi generici, traumi intenzionali, guerre/conflicti, traumi subiti da/preoccupazioni per i familiari, condizioni legate alla povertà, difficoltà di adattamento culturale/sociale, scarso accesso all'assistenza, problemi per le pratiche legali, problemi di/sul lavoro, discriminazione, "migration blues").

Conclusioni

Il LiMEs è uno strumento di facile somministrazione che può aiutare a far emergere le principali problematiche. Nato per finalità di ricerca, con cautela (per evitare traumatizzazione secondaria) può essere anche usato in contesti di accoglienza o di cura.

Contatto: *Massimiliano Aragona (email.aragona@gmail.com)*

Per un migliore approccio psicologico

BARTOLUCCI M., ANGELETTI M., GRECO G.

GrIS Marche; GUS, Vivere Verde, Caritas

Introduzione e obiettivi

Il disagio psicologico dei profughi è un fenomeno sempre più evidente: nasce dall'abbandono dei paesi d'origine, spesso improvviso e obbligato, dall'allontanamento degli affetti, dai lutti e dalle umiliazioni subite nelle loro terre devastate da guerre e lotte intestine. Durante il loro cammino affrontano pericoli, prima il deserto e poi la Libia, dove è quasi una regola il carcere e la tortura. Da un'indagine di MSF risulta che la probabilità di sviluppare disturbi psicopatologici è 3,7 volte superiore negli individui che hanno subito eventi traumatici rispetto a chi non ne ha subito. Chi ha avuto un proprio familiare rapito, ha una probabilità 6 volte superiore di avere disturbi mentali e 5 volte per chi è stato in carcere. Nei centri di accoglienza possono poi subentrare ulteriori aspetti negativi: l'inattività, la sensazione di inutilità, l'impossibilità di aiutare economicamente la famiglia, l'incertezza del futuro, la paura del respingimento sono fattori che rischiano di creare ulteriori traumi. Il disagio psicologico si manifesta attraverso una serie di malattie somatiche (lettura biomedica): cefalea, gastrite, colite, asma, insonnia notturna e soglia del dolore molto bassa, per le quali non è sempre necessaria una terapia farmacologica. La presenza dello psicologo è fondamentale in ogni struttura per la sua capacità di individuare i legami del beneficiario con le culture del villaggio, dello stregone e dello spirito guida (colloquio etnoclinico). È sempre più necessario, perciò, per gli operatori del settore, avere dei modelli operativi adeguati per poter accogliere e dare voce alla sofferenza prima che diventi disagio psichico, alla luce anche della grave carenza di centri per il disagio mentale. Le Linee Guida del Ministero della Salute (22 marzo 2017) suggeriscono nel capitolo dedicato al percorso di assistenza, le buone prassi per la prevenzione delle problematiche psicopatologiche.

Metodi/Azioni

La Regione Marche, relativamente nuova rispetto ad altre regioni nell'esperienza dell'accoglienza dei richiedenti asilo, ospita 4.527 profughi dei quali 3.896 in regime di accoglienza straordinaria e 646 negli Sprar gestiti dai comuni (dati di maggio 2017). In due Sprar ed in due Centri di Prima Accoglienza della Regione Marche (Gus, Caritas, Vivere Verde), abbiamo valutato diverse modalità operative multidisciplinari (da Linee Guida équipes costituite da operatori del centro, psicologa, MMG, DSM, SERT, Mediatore Linguistico Culturale, Medico Legale, Operatore Legale) per l'approccio al disagio psicologico e rilevato i risultati raggiunti.

Risultati

Dall'analisi dei dati a noi forniti dai due Sprar e dai due Centri di Prima Accoglienza emerge una percentuale di accessi al DSM del 5-6%, con differenze tra la Prima Accoglienza e lo Sprar. Da ciò emerge come un buon percorso possa limitare gli accessi al DSM e ad esami clinici e terapie inappropriate.

Conclusioni

L'indagine eseguita dimostra la necessità che gli operatori dei Centri di Prima Accoglienza e degli Sprar abbiano dei modelli operativi adeguati e reti multidisciplinari di professionisti per poter accogliere e dare voce alla sofferenza grave prima che diventi disagio psichico.

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

La salute psichica dei migranti e il fenomeno degli sbarchi: un'analisi delle dimissioni ospedaliere da reparti psichiatrici in Italia (2008-2015)

BAGLIO G.¹, SALVATORE M.A.², MAZZETTI M.^{1,3}, BURGIO A.², GERACI S.^{1,3}, ARAGONA M.¹

¹ SIMM; ² Istat; ³ Area Sanitaria Caritas, Roma

Introduzione e obiettivi

A partire dalle primavere arabe nel 2010, sono giunte in Italia diverse centinaia di migliaia di profughi e richiedenti protezione internazionale, in prevalenza giovani maschi, provenienti dall'Africa sub-sahariana e dal Medio oriente. A tutt'oggi non esistono stime, a livello nazionale, sulle condizioni di salute mentale manifestate da tali gruppi di popolazione, anche se diversi studi europei hanno evidenziato un maggior rischio di patologie mentali nei rifugiati (disturbi post-traumatici, ansia, depressione, psicosi) rispetto alla popolazione autoctona e ai cosiddetti "migranti economici". Il presente studio intende offrire una prima valutazione, su base nazionale, delle condizioni di disagio psichico tra gli immigrati, in relazione al fenomeno degli sbarchi, e del loro impatto sui servizi ospedalieri.

Metodi/Azioni

Sono state utilizzate le Schede di Dimissione Ospedaliera, relative ai ricoveri ordinari effettuati in Italia nel periodo 2008-2015, presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con diagnosi principale di disturbo psichico (capitolo V classificazione ICD-9-CM). Sono stati calcolati e confrontati i tassi di ospedalizzazione (standardizzati per età) degli italiani e dei migranti regolarmente residenti, questi ultimi distinti in due gruppi sulla base della provenienza: Paesi maggiormente coinvolti nel "fenomeno degli sbarchi" vs. Paesi a prevalente emigrazione economica. È stata condotta un'analisi per genere, classi d'età e principali gruppi diagnostici.

Risultati

L'analisi dei trend ha evidenziato un incremento dell'ospedalizzazione a partire dal 2011, esclusivamente a carico dei migranti maschi di età 18-34 anni, provenienti dai Paesi più coinvolti nel fenomeno degli sbarchi, con tassi che vanno da 30,3 nel 2010 a 43,6 per 10.000 nel 2015. Tale incremento ha riguardato prevalentemente il raggruppamento diagnostico delle "psicosi non altrimenti specificate - NAS" che sono passate da 4,6 per 100.000 nel 2008 a 10,1 nel 2015, arrivando a rappresentare in quest'ultimo anno circa un quarto di tutte le diagnosi psichiatriche. Per contro, sia tra gli italiani che tra gli immigrati "economici", i tassi sono rimasti pressoché costanti nel tempo (attestandosi, nel 2015, rispettivamente intorno a 34 e 25 per 100.000 tra i maschi di 18-34 anni), con una percentuale di casi di schizofrenia pari al 23% per entrambi i gruppi.

Conclusioni

L'aumento dei ricoveri psichiatrici nel periodo considerato, circoscritto ai giovani maschi provenienti soprattutto dall'Africa sub-sahariana e dal Medio Oriente, pur in assenza di informazioni specifiche sull'esperienza di profuganza dei pazienti, può ragionevolmente essere collegato al fenomeno degli sbarchi. Il dato relativo all'incremento delle "psicosi NAS" sembra far emergere difficoltà di comprensione linguistica e/o culturale, unitamente a problemi di inquadramento diagnostico di reazioni post-traumatiche complesse, cui si associano possibili rischi di sovradiagnosi di psicopatologia.

Contatto: Giovanni Baglio (baglio.giovanni@yahoo.it)

Salute mentale nei soggetti richiedenti protezione internazionale: considerazioni a partire dall'esperienza di accoglienza e cura in Casa della Carità

LAMMOGLIA M., LANDRA S., ARDUINI L., BIANCHI S., GEROMINI E.

Fondazione Casa della Carità Abriani, Milano

Introduzione e obiettivi

Casa della carità (Cdc) è una struttura di accoglienza nata a Milano nel 2004 con l'intento di dare una risposta ragionata e integrata ai bisogni delle persone in condizioni di grave marginalità, e, in primis, senza fissa dimora. Con una struttura che può ospitare fino a 140 persone e in cui lavorano circa 80 operatori, la Cdc realizza progetti personalizzati di accompagnamento e di cura, con una equipe multidisciplinare, mettendo in campo competenze educative, sociali, cliniche, psichiatriche, giuridiche, relazionali volte alla costruzione di nuove reti sociali.

Tutto questo viene perseguito con modalità che vogliono essere in linea con il carattere relazionale e tecnico del lavoro e con la multiproblematicità del campo di intervento, che, nel corso degli ultimi anni è diventata sempre più complessa, con l'ospitalità di migranti con condizioni psichiche sempre più gravi e gravose.

Metodi/Azioni

Dal 2013 alla fine del 2017 abbiamo accolto 66 persone, nell'ambito della convenzione SPRAR disagio mentale e della convenzione vulnerabili con il Comune di Milano, che presentavano un problema di salute mentale. Per ognuno di loro sono state raccolte tutte le informazioni socio-anagrafiche, sono state effettuate valutazioni con scale di esito ed è stato stabilito un progetto personalizzato.

Le azioni cliniche e riabilitative effettuate dall'equipe di Casa della Carità in questi anni hanno trovato un riscontro positivo nelle linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione e per il trattamento dei disturbi psichici nei titolari dello status di rifugiato, così come emanate dal Ministero della Salute nel marzo del 2017.

Risultati

Tra le 66 persone facenti parte del nostro campione di studio, il 41% presenta una diagnosi nell'ambito delle psicosi e della schizofrenia, il 24% un disturbo post-traumatico da stress, in alcune situazioni complicato da fenomeni di disturbi dell'identità, della coscienza e della regolazione degli impulsi, il 23% un disturbo di personalità, questi ultimi quasi tutti nel cluster B.

Conclusioni

A partire dal racconto di due storie particolarmente complesse per la multiproblematicità della loro situazione, vorremmo segnalare l'elevato grado di sofferenza psichica e fisica delle persone segnalate dal servizio Centrale (caratterizzate dal cosiddetto "effetto migrante esausto" a causa dei traumi multipli subiti), la necessità di percorsi psichiatrici comunitari e riabilitativi, l'alta percentuale della comorbilità tra patologia organica e psichica. Tutto questo ci sollecita a pensare ad accoglienze ed accompagnamenti diversi, con una forte interazione tra il sistema sociale e quello sanitario, dove si sviluppi una maggior connessione ed un lavoro di rete tra tutti i soggetti coinvolti (Questura, ASST, Centri di accoglienza, Comune, Prefettura, ATS).

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

La vulnerabilità psicologica nei richiedenti asilo e rifugiati: una risposta di rete a Reggio Emilia

MONICI L.¹, BONVICINI F.¹, GRECI M.¹, RIBOLDI B.¹, FORNACIARI R.¹, TREVIA M.¹, BEVOLO P.¹, AICARDI M.², DE MORAES L.², DEGL'INCERTI TOCCI N.², LATROFA M.², TAGLIAVINI L.³, MAZZOCCHI A.⁴

¹ Ausl di Reggio Emilia; ² RTI Coop Sociale Dimora d'Abramo; ³ RTI Coop. sociale Ovile; ⁴ Caritas

Introduzione e obiettivi

Nella Provincia di Reggio Emilia nel 2017 sono stati ospitati dalle cooperative di accoglienza 767 richiedenti asilo e rifugiati di cui 88% maschi e 12% femmine. Questo tipo di pazienti presenta un elevato rischio di sofferenza psichica di tipo post-migratorio e post-traumatico. Dal 2017 l'Ausl e le cooperative hanno sperimentato un percorso condiviso dedicato alla vulnerabilità psicologica con l'obiettivo di misurare, prevenire e gestire efficacemente il fenomeno.

Metodi/Azioni

Il progetto è caratterizzato da: – istituzione di una équipe territoriale di professionisti multidisciplinari per la progettazione condivisa, la presa in carico unitaria, l'offerta di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali individuali e la discussione e gestione dei casi complessi; – offerta attiva di screening psicologico a tutti i nuovi arrivati entro 30 giorni circa dall'arrivo sul territorio; – cicli di colloqui per il supporto psicologico con programmi di assistenza individuale; – attivazione tempestiva dello psichiatra del servizio pubblico o del volontariato; – incontri costanti di formazione congiunta tra operatori pubblici e del privato sociale per rafforzare il lavoro in rete; – presenza costante del mediatore culturale e accompagnamento nei servizi da parte di psicologi e educatori.

Risultati

Nel 2017, 750 rifugiati maggiorenni (di cui 94% uomini) sono stati sottoposti allo screening psicologico mediante il questionario Protect-Able. È stata riscontrata una condizione di disagio in 241 pazienti (32%), di cui 211 uomini e 30 donne: quindi nel 30% degli uomini testati è stata registrata una condizione di vulnerabilità medio-alta, nelle donne la percentuale raggiunge il 67%. Emerge una fragilità molto più alta nelle seconde dovute probabilmente alle violenze subite nel viaggio, a fenomeni culturali e biologici ecc.

Inoltre il 9% degli uomini e il 18% delle donne ha avuto bisogno di cure psichiatriche per un totale di 169 visite mediche effettuate. Sono stati necessari 6 ricoveri per il reparto psichiatrico. I team multidisciplinari si sono ritrovati mensilmente e sono stati organizzati 2 corsi di formazione provinciali sul disagio psicologico per sviluppare un linguaggio comune e aumentare il livello di collaborazione tra operatori. Il percorso ha portato alla realizzazione di un protocollo di intervento che vede definiti i ruoli e connessioni tra tutti gli attori coinvolti nel percorso.

Conclusioni

Il disagio psichico è un problema diffuso tra i rifugiati già all'arrivo in Italia e potrebbe peggiorare ulteriormente, specialmente in caso di rifiuto del permesso di soggiorno. La vulnerabilità psichica deve essere precocemente identificata e curata per evitare il peggioramento fino alla necessità di ospedalizzazione. È necessario implementare progetti integrati, in stretta collaborazione tra servizi pubblici e del privato sociale, con l'obiettivo di identificare precocemente, prendere in carico e gestire efficacemente soggetti vulnerabili con un percorso a sistema e non di tipo emergenziale.

Contatto: Lucia Monici (lucia.monici@ausl.re.it)

Coordinamento Odontoiatria Sociale a Torino

CAVALLO L., FRANCONI T., ZEROSI C., DI CACCAMO P.

COI-Cooperazione Odontoiatria Internazionale

Introduzione e obiettivi

L'assistenza odontoiatrica vede un impegno limitato e una bassa copertura da parte del Servizio Sanitario Nazionale, nonostante le molteplici implicazioni di carattere sanitario e sociale che le patologie odontoiatriche hanno sulla salute generale. In Italia l'1,5% della spesa sanitaria nazionale è destinato all'odontoiatria pubblica. Solo il 40% della popolazione va dal dentista e di questo l'87% viene curato da odontoiatri privati; il 76% dei bambini entro i 5 anni e il 35% dei bambini tra 6 e 10 anni non sono mai stati sottoposti ad un controllo odontoiatrico. A fronte di una diminuzione del ricorso a liberi professionisti, la quota coperta dal settore pubblico o convenzionato rimane molto contenuta, pari al 5%, e stabile nel tempo. I motivi economici incidono per l'85,2% delle persone che rinunciano alle cure orali.

Metodi/Azioni

Nel 2015 con deliberazione della Giunta Comunale della Città di Torino è stato costituito il Coordinamento cittadino Odontoiatria Sociale. Grazie alla regia della Città di Torino ed al sostegno della Compagnia di San Paolo è stato possibile coordinare il lavoro di alcune delle associazioni che si occupano di odontoiatria sociale in Città (Protesi Dentaria Gratuita, Camminare Insieme, Banco Farmaceutico – Torino, Cooperazione Odontoiatria Internazionale, Asili Nottturni Umberto I e Sermig). Il Coordinamento ha individuato, quale primo target sperimentale di intervento di rete, i minori il cui nucleo è in condizioni di difficoltà, cioè bambini e ragazzi che sono stati allontanati dalla propria famiglia (attraverso l'affidamento a terzi o attraverso l'inserimento in comunità residenziali) o che sono seguiti per gravi difficoltà socio economiche dai servizi sociali comunali o dalle organizzazioni del terzo settore presenti sul territorio torinese.

Risultati

In circa 30 mesi di attività con questo target di beneficiari sono stati trattati 384 minori, per un totale di 1.353 prestazioni erogate. Tutti i minori trattati sono anche stati sensibilizzati sul tema della prevenzione e dell'igiene del cavo orale con brochure e lezioni ad hoc. Sono stati inoltre organizzati momenti formativi sul tema, per gli operatori della comunità ospitanti, al fine di favorire un monitoraggio del rispetto delle norme di igiene orale e per il riconoscimento precoce di eventuali patologie.

Conclusioni

A fine 2017 è iniziato un progetto congiunto di tutte e 6 le associazioni, coordinate dall'ong COI - Cooperazione Odontoiatria Internazionale, che ha come obiettivi: • Rafforzare le attività di promozione della salute orale e di prevenzione, con particolare riferimento all'età evolutiva; • Migliorare la capacità di rispondere alle richieste che ad oggi non riescono ad essere accolte, relativamente alle prestazioni odontoiatriche, ortodontiche e protesiche; • Ottimizzare l'integrazione delle associazioni componenti il Coordinamento, per creare un percorso di prevenzione, cura, che prosegua nel mantenimento dello stato di salute orale. Il progetto è sostenuto dalla Compagnia di San Paolo.

Contatto: Luca Cavallo (coingo@cooperazioneodontoiatrica.eu)

ALLEGATO 1

Raccomandazioni finali del XIV Congresso SIMM (Torino, 11-14 maggio 2016)

Preambolo

L'appuntamento del XIV Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che si è svolto a Torino dall'11 al 14 maggio 2016, ha riunito circa 300 operatori sociosanitari provenienti da tutta Italia per riflettere sulle criticità che ormai da tempo si osservano nell'affermazione concreta della dignità e dei diritti delle persone, specialmente se appartenenti alle fasce deboli. Di fronte ad uno scenario in cui persistono le molte ed evitabili morti dei migranti via terra e via mare ed aumentano le chiusure di diversi Paesi europei al cammino dei migranti (con un pericoloso ritorno a nazionalismi che mette in discussione l'unità stessa dell'Europa), il Congresso ha voluto essere un'occasione di confronto e discussione, per proporre all'attenzione generale ciò che già si fa e si può fare, combattendo il clima di sfiducia e di impotenza di fronte a fenomeni che sembrano superiori alle nostre forze e ribadendo i concetti di dignità, diritti e salute delle persone che sono sempre state le parole chiave della SIMM.

Diritto alla tutela della salute senza discriminazioni

A distanza di oltre tre anni dalla pubblicazione dell'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012 nel nostro Paese persiste, ed in alcuni casi si è amplificata, un'estrema difformità nelle politiche d'accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri, sia tra le Regioni sia talvolta all'interno della stessa Regione, con interpretazioni locali delle norme tali da ostacolare l'inclusione e favorire la discriminazione.

Alcune scelte (o non scelte) interpretative ministeriali ostacolano concretamente la possibilità di cura, in particolare per i richiedenti protezione internazionale e per le vittime di tratta.

Le donne, i bambini/e, gli anziani/e migranti sono maggiormente a rischio in una popolazione straniera già vulnerabile. I progetti di accoglienza e di assistenza sanitaria dovranno tener conto di queste differenze.

Raccomandazioni:

- Monitorare a livello regionale l'applicazione puntuale dell'Accordo; valutare a livello territoriale la penetrazione operativa delle indicazioni nazionali; analizzare le politiche locali con appositi indicatori aggiornati; verificare il livello di protezione sanitaria dei richiedenti protezione internazionali presso le strutture d'accoglienza;*
- stimolare, sostenere e rafforzare il ruolo del Ministero della Salute nella governance del tema della tutela degli immigrati;*
- individuare azioni, anche legali, perché il Ministero della Salute fornisca una corretta interpretazione in particolare nella definizione delle quote di partecipazione alla spesa per soggetti vulnerabili (minori e minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ...), richiedenti asilo e rifugiati inoccupati, così da eliminare le differenze di tutela tra i migranti beneficiari a diverso titolo di permessi di protezione;*
- individuare azioni, anche legali, perché le Regioni e le Province Autonome rendano operative le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni e PP.AA. del 20 dicembre 2012, in modo puntuale e circostanziato;*

- *monitorare che gli interventi di accoglienza e di assistenza sanitaria siano orientati alla maggiore protezione e inclusione di donne, bambini/e e anziani/e al fine della maggiore appropriatezza delle azioni specifiche;*
- *sostenere il ruolo di riferimento dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS) supportandoli in ambito istituzionale, valorizzandone esperienze e competenze, sostenendo il processo partecipativo avviato e implementandone la presenza nei territori.*

Rapporti tra pubblico e privato sociale: una terza via tra delega e autoreferenzialità

Nell'analizzare i rapporti che sussistono tra 'pubblico' e 'privato sociale' nel campo dell'assistenza socio-sanitaria, emerge l'esigenza di definire principi comuni che possano orientare la SIMM, ed in particolare i GrIS, nel quotidiano sforzo di agire in un'ottica pubblica per il diritto alla salute di tutte le persone. A partire dall'art. 32 della Costituzione, possiamo contare su un sistema normativo che garantisce in modo inclusivo il diritto alla tutela della salute (Riforma Sanitaria, Testo Unico sull'Immigrazione). Tuttavia, nonostante la diffusa convinzione che il sistema sanitario pubblico sia un bene comune irrinunciabile da preservare e migliorare, se ne osserva un costante logoramento a causa di specifiche politiche istituzionali ed economiche, che portano, tra le altre cose, ad accentuare modelli di sussidiarietà deresponsabilizzante. D'altra parte il privato sociale - anch'esso in fase di ridefinizione dei propri ruoli - è una realtà in divenire, un complesso di organizzazioni eterogenee nelle visioni, nei modelli di riferimento e nelle pratiche, che ha maturato in molti casi una ricchezza di esperienze da valorizzare.

Raccomandazioni

- *Richiedere e sostenere che il sistema sanitario pubblico svolga il proprio ruolo di governance, a garanzia dell'universalità del diritto alla salute. Ciò significa stimolare il sistema pubblico - in una dialettica costruttiva - ad assumersi la responsabilità dell'analisi dei bisogni, della programmazione e dell'offerta attiva dei servizi, del coordinamento e della valutazione critica della qualità e dei risultati raggiunti, da perseguire in maniera sistematica e continuativa, non in base alla contingenza di motivazioni personali degli operatori/delle operatrici e alla prevalenza di logiche emergenziali o assistenzialistiche;*
- *orientare il privato sociale a rafforzare le caratteristiche che gli sono proprie, quali la maggiore agilità, una più capillare conoscenza del contesto, una maggiore vicinanza alle persone, la capacità di intermediazione e di facilitazione, per cooperare con il servizio pubblico nel perseguimento dei fini istituzionali, in una logica di rete, di sussidiarietà condivisa con obiettivi comuni e non di sostituzione;*
- *puntare, come GrIS e più in generale come SIMM, a farsi riconoscere sempre più dalle istituzioni pubbliche come interlocutori competenti e propositivi, e sostenere con determinazione l'azione di advocacy nei loro confronti laddove esse abdicano agli obblighi istituzionali, esercitando un ruolo di stimolo e una funzione politica, rifiutando ampliamenti degli spazi di supplenza e situazioni di delega permanente.*

Migranti forzati in transito in Europa

I flussi migratori hanno visto, recentemente, l'Italia come Paese non solo di arrivo ma anche di transito, e in entrambi i casi il sistema di accoglienza si è rivelato inadeguato. A ciò si aggiunge una mancanza di chiare politiche di condivisione delle responsabilità a livello europeo, che mirino alla protezione della persona piuttosto che alla protezione delle frontiere. Gli attuali interventi di *resettlement* and *relocation*, così come la delega a Paesi "terzi" al di fuori dell'UE, non possono essere garanti della reale protezione dei diritti delle persone. Nell'ottica di tutela della salute fisica e psichica del migrante forzato, l'adozione di linee guida rappresenta lo strumento appropriato e necessario per superare la frammentazione e l'estemporaneità degli interventi nei diversi territori e quindi fornire organicità al sistema di accoglienza.

Raccomandazioni

- *Predisporre garanzie per una adeguata presa in carico del migrante in transito attraverso la costruzione di una rete tra istituzioni e privato sociale e il coinvolgimento delle comunità presenti sul territorio;*
- *rafforzare la collaborazione tra dimensione sociale e dimensione sanitaria;*
- *porre particolare attenzione sulla raccolta delle informazioni nella fase di arrivo, consapevoli del rischio di creare una distinzione stigmatizzante tra il migrante economico e il richiedente asilo;*
- *predisporre ed attrezzare, come indispensabile prerequisito per ogni programma di tutela della salute, dignitose strutture di primissima accoglienza, fornite dei presidi minimi essenziali, superando l'ottica della emergenza occasionale;*
- *offrire formazione agli operatori affinché acquisiscano competenze e strumenti per individuare precocemente il disagio nei migranti forzati e riconoscere l' "invisibile";*
- *rendere operativi nell'immediato i percorsi individuati e condivisi nei diversi tavoli istituzionali.*

Stranieri nelle situazioni di restrizione della libertà fisica

Le condizioni di restrizione della libertà fisica che incidono sul patrimonio di salute degli immigrati presenti in Italia si riferiscono essenzialmente al carcere e alla permanenza nei Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE).

Il carcere, in cui attualmente gli stranieri rappresentano oltre il 30% della popolazione ristretta, rappresenta un fattore di rischio per la salute dal punto di vista ambientale (sovraffollamento, condizioni igieniche precarie, fumo in ambienti chiusi...), e a causa delle difficoltà a garantire prevenzione e continuità nelle cure.

I CIE continuano a configurarsi come isole in cui il diritto è sospeso: costituiscono una condizione di reclusione in assenza di imputazioni, spesso gli ospiti non ricevono informazioni adeguate, esaustive e comprensibili limitando quindi la loro possibilità di difesa. Sono strutture inutili e dannose delle quali si auspica la chiusura.

Gli hotspots (punti di identificazione allo sbarco, recentemente istituiti), si configurano come luoghi in cui i diritti non sono garantiti poiché il progetto migratorio viene indagato in modi e momenti impropri.

Raccomandazioni

- *Garantire agli stranieri gli stessi diritti giuridici de facto riconosciuti agli italiani;*
- *provvedere alla formazione di tutti gli operatori delle strutture di detenzione;*
- *migliorare le condizioni di vita, in considerazione che ciò può avere ripercussioni positive sia sui carcerati che tra coloro che in istituto penitenziario lavorano o prestano attività di volontariato;*
- *assicurare la presenza di interpreti giurati e di mediatori linguistico-culturali;*
- *garantire l'utilizzo di modulistica di facile comprensione (traduzione con testi in italiano a fronte e grafica dedicata a chi non è scolarizzato);*
- *garantire la collaborazione con le ASL territorialmente competenti sia per gli ospiti dei CIE che per i detenuti, sia ristretti in carcere che in regime alternativo alla pena carceraria;*
- *applicare il protocollo olistico multidisciplinare per la determinazione dell'età dei presunti minori.*

Considerazioni finali

A chiusura del suo XIV Congresso la SIMM ribadisce l'importanza dei valori di sanità e salute pubblica e di solidarietà sociale come orizzonte delle reti che si occupano di tutela del diritto alla salute in un'ottica di coesione e di inclusione. La formazione di base, sul diritto alla salute e all'accesso alle cure a tutti i livelli degli operatori dei servizi sanitari e sociali e di accoglienza (compresi operatori amministrativi, enti locali, etc.), rimane uno strumento di cui avvalersi sempre più per promuovere dignità, diritti e salute per tutti.

Torino, 14 maggio 2016

ALLEGATO 2

IV Workshop Nazionale dei GrIS (2017)

Gruppo di lavoro sul tema “Rapporto pubblico-privato sociale” GrIS Lazio, Emilia-Romagna, Lombardia

La decisione, all'incontro di Roma (gennaio 2016), di continuare la riflessione, il confronto sul rapporto pubblico – privato sociale indica la centralità di questo tema per i GrIS in termini di valori, pensiero, obiettivi, azioni.

Siamo all'interno del processo iniziato a Firenze (maggio 2015), in quell'incontro attraverso una discussione franca e aperta erano emersi alcuni punti nodali che rimandavano alla natura stessa dei GrIS, alle prospettive e alle sfide di un tempo e di una realtà sociale in continua trasformazione.

Il Congresso di Torino (maggio 2016) ha raccolto domande, stimoli, sollecitazioni, evidenziando *“l'esigenza di definire principi comuni che possano orientare i GrIS nel quotidiano sforzo di agire in un'ottica pubblica per il diritto alla salute di tutte le persone”*; esigenza ripresa dalle raccomandazioni finali, che indicano quale differenza di ruoli e funzioni può sostenere una azione complementare del pubblico e del privato per raggiungere l'obiettivo comune.

Abbiamo già parlato della crisi del welfare, dell'aumento delle disuguaglianze sociali, in uno scenario nel quale lo stesso fenomeno migratorio si sta profondamente modificando sia per gli effetti della crisi economica sia per gli arrivi di gente in fuga da guerre e persecuzioni, da condizioni di povertà cronica.

La risposta delle istituzioni invece continua a essere inadeguata, informata da logiche di emergenza e sicurezza¹.

L'aumento delle persone sbarcate sulle coste italiane e le politiche emergenziali stanno cambiando le *mappe* del territorio, aprono numerosi centri di accoglienza, a volte con personale non adeguatamente motivato e formato, aumentano i migranti esclusi da qualsiasi sistema di protezione o percorso di inclusione, che vivono in pessime condizioni alloggiative e igienico-sanitarie. Sono in aumento le condizioni vulnerabili che richiedono un'attenzione particolare, percorsi assistenziali appropriati ed efficaci.

Di fronte a questa complessità, risulta difficile (nella pratica quotidiana) lavorare nella prospettiva di quell'ottica pubblica del diritto alla salute, che sola può evitare da una parte la delega e dall'altra l'autoreferenzialità. La **sussidiarietà**, declinata in modo consapevole e condiviso da pubblico e privato sociale può ridurre questo rischio.

L'esperienza romana è particolarmente significativa, nel 2014 e 2015 si è riusciti a sviluppare una “rete di prossimità”, attraverso la collaborazione di una pluralità di attori, intervenendo nei luoghi di ricovero e accoglienza. Si è affermata una modalità operativa, in cui è emersa la centralità del servizio pubblico nel governare e coordinare le azioni di tutela della salute delle persone e la capacità del privato sociale di intercettare i bisogni e rendere accessibili i percorsi di presa in carico.

L'anno scorso e quest'anno, di fronte a lentezze ed incertezze politico-istituzionali, il modello mostra la corda, si è affermato un privato sociale, in parte geloso della sua autonomia e con un protagonismo rivendicativo, si è fatto fatica ad affermare la centralità del servizio pubblico, anche verso le altre istituzioni ed il valore della rete. Rete che viene valorizzata e riconosciuta in recenti analisi di buone pratiche messe in atto in alcune regioni italiane², con i GrIS che agiscono collettivamente o come singoli aderenti.

Noi ci riconosciamo nell'appello del 7 aprile³; siamo "le persone che difendono il Diritto ad una sanità pubblica di qualità, solidale, gratuita e universale", attraverso questo valore condiviso è passato il riconoscimento reciproco tra pubblico e privato no-profit.

Sospesi tra difesa dei principi fondamentali e pratiche nell'emergenza continua, abbiamo necessità di analisi e strategie nuove.

La Riforma del terzo settore è legge⁴. L'Italia è sempre più terra di missione per diverse ONG, a volte concorrenti, con sovrapposizione di servizi. Proliferano i centri di accoglienza straordinaria, gestiti da cooperative sociali che spesso sono solo occasione di lavoro e non di collaborazione e condivisione sociale nell'ottica della partecipazione.

L'aggregazione sociale, nelle sue varie e diversificate forme, nella filosofia delle legge 328 doveva essere il protagonismo fecondo di una nuova idea di welfare con servizi di sostegno alla persona, all'ambiente, alla comunità che fossero integrati e correlati. Il volontariato che aveva sviluppato un'azione critica ma concreta e operativa e l'impegno politico della società civile doveva essere valorizzato e incentivato anche sotto forma di capacità imprenditiva nell'essere parte attiva nella difesa e nel sostegno del bene comune. Un processo virtuoso che a partenza dal basso ma con il governo del pubblico, con esperienze di cittadinanza attiva e attivazione sociale, avrebbe dato concretezza all'idea di sussidiarietà e di una comune responsabilità.

La crisi economica finanziaria e la crescente instabilità mondiale, hanno prodotto invece fenomeni sociali gestiti nell'ottica di emergenza con scarsa progettualità politica ben lontana dal processo sopra descritto. Ciò ha provocato risposte settoriali senza un'adeguata elaborazione culturale con il rischio di strumentalizzazioni politiche e di frattura tra pubblico e privato sociale spesso tra loro in concorrenza se non in contrapposizione, certamente senza un'adeguata conoscenza reciproca.

Appare evidente che oggi la sperimentazione di un lavoro comune, nell'ottica di sussidiarietà tra pubblico e privato sociale all'interno dei GrIS, potrebbe portare alla riappropriazione di una visione condivisa e di una capacità di analisi sulle trasformazioni in atto per proporre modelli di collaborazione che abbiano oltre che azioni concrete di tutela della salute, anche un valore culturale e pedagogico.

- **Come tradurre questi input in percorso culturale-operativo?**
- **Come attivare in questo processo ciascun GrIS?**
- **Quale metodo, che contenuti, come fare sintesi per l'elaborazione per un documento SIMM**

Note

- ¹ Decreto Minniti: D.L. 17/02/2017, n. 13 "Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione illegale" convertito in Legge 13/04/2017, n. 46 (GU n. 90 del 18/04/2017). Vedi anche: <https://www.simmweb.it/881-comunicato-simm-condanna-decreto-minniti>.
- ² Report del Progetto CARE "La collaborazione tra pubblico e privato no-profit nella risposta ai bisogni di salute dei migranti: Le buone pratiche in quattro regioni italiane". Presentato al Seminario del 27 marzo 2017 a Firenze.
- ³ Health for all - Giornata europea di azione contro la commercializzazione della salute la privatizzazione della sanità (<http://www.reseau-sante-europe.net/spip.php?article154>).
- ⁴ Legge 6 giugno 2016, n. 106 "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale" (GU n. 141 del 18/6/2016)

Gruppo di lavoro sul tema
 “Integrazione sociosanitaria nell’assistenza ai
 migranti, in particolare ai richiedenti protezione
 internazionale: dalle pratiche alle politiche”
 Gruppo Ligure Immigrazione e Salute - GrIS Liguria, Veneto, Campania

Perché lavorare su pochi temi specifici?

Elaborazione di posizioni e strategie della SIMM: come ricordiamo nel verbale dell’ultimo incontro di Roma, “I temi scelti sono in alcuni casi in continuità con gli approfondimenti già fatti in passato per arrivare a un posizionamento SIMM, altri di attualità che forse potrebbero trovare un ulteriore approfondimento al Congresso 2018 e comunque avere riscontri nella strategia operativa dei GrIS e della SIMM”.

Elaborazioni di azioni dei GrIS a livello regionale: i temi sono di pertinenza precipua dei GrIS, in quanto attengono alle pratiche assunte localmente dalle organizzazioni coinvolte – Prefetture, Comuni, Enti Gestori dell’accoglienza, ASL – e alle politiche regionali, in particolare dei Sistemi Sanitari Regionali.

Perché il tema dell’integrazione sociosanitaria?

È esperienza diffusa – che però dovremo circostanziare – che sia spesso più difficile vedere garantite le prestazioni a bassa intensità e che necessitano delle strutture territoriali, piuttosto che prestazioni clinicamente complesse in un presidio ospedaliero. Questo spesso appare con più evidenza quando gli utenti sono i migranti richiedenti protezione internazionale inseriti nel sistema di accoglienza lungo le sue varie fasi. In queste persone la maggior parte dei bisogni di cura dovrebbe trovare risposta in presidi territoriali, nei servizi sociosanitari, e soprattutto nel sistema delle cure primarie.

Eppure, nonostante a tutti i migranti siano garantiti i livelli essenziali di assistenza, la prevenzione, la maternità responsabile, e tutti i richiedenti protezione inseriti nel sistema di accoglienza siano obbligatoriamente iscritti al SSR, e quindi dovrebbero essere assistiti dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, assistiamo spesso a percorsi di assistenza non rispondenti alla norma, inefficaci o intempestivi, spesso ricorrendo a presidi ospedalieri in modo inappropriato.

Di che parliamo quando parliamo di integrazione sociosanitaria?

L’ambito generale della nostra riflessione comprende tutte le attività di cura che prevedano l’integrazione con il territorio:

- strutture ASL: Distretti, ai quali afferisce la medicina generale dell’adulto e del minore, consultori, etc.;
- servizi sociali dei Comuni;
- servizi del privato sociale.

Esempi, certo non esaustivi, di condizioni fisiologiche e patologiche in cui l’integrazione sociosanitaria riveste un ruolo centrale:

- cure primarie: medicina generale dell’adulto, pediatria generale, servizi consultoriali
- salute della donna: gravidanza, contraccezione, maternità responsabile
- adolescenza
- disagio mentale, abuso
- prevenzione primaria; prevenzione secondaria: screening neoplasie, malattie infettive
- disabilità cronica; assistenza domiciliare, riabilitazione, cure palliative
- condizioni di vulnerabilità: migrazione forzata
- condizioni di fragilità: vecchiaia, patologie croniche

Dovremo individuare pochi ambiti prioritari su cui focalizzarci – vedi sotto sulle modalità di lavoro.

Come si svolgerà il lavoro del gruppo?

Nella prima sessione plenaria di venerdì verrà presentata la piattaforma di lavoro (il presente documento, nella sua versione aggiornata); nella seconda sessione plenaria di sabato presenteremo i risultati e la bozza del documento finale.

L'intera elaborazione dovrà svilupparsi in quattro ore di lavoro in gruppo (due venerdì e due sabato), compreso il tempo per redigere la sintesi finale.

Dovremo focalizzarci sulle questioni più rilevanti, definite tali non solo in base alla nostra esperienza locale ma attraverso le diverse realtà regionali rappresentate all'incontro. Fondamentale quindi permettere a tutti di riportare analisi e proposte.

Proposta per un percorso di lavoro:

1. Premesse
 - 1.1 riassumere la normativa attinente
 - 1.2 rilevare le criticità (un elemento debole o assente, un malfunzionamento o una situazione di rischio)
 - 1.3 selezionare gli ambiti connessi
 - 1.4 rilevare su questi le pratiche e gli atti a livello regionale
2. Stabilire le priorità, sulla base dei principi, delle norme e delle raccomandazioni
 - 2.1 selezionare le domande chiave
3. Elaborare le possibili risposte (una buona pratica presente, un'opportunità di miglioramento o un nuovo approccio) e indicare un modello condiviso, se presente
 - 3.1 proporre linee di azione regionali e nazionali

Dove vogliamo arrivare?

Individuati gli ambiti prioritari, dovremo stabilire i criteri fondamentali da rispettare, gli eventuali standard minimi, e i percorsi per raggiungerli laddove non siano garantiti. A partire dalle pratiche locali, riferite quanto più possibile sulla base di evidenze (atti, delibere, pubblicazioni, etc.) – esempi sia di criticità, sia di buone pratiche sviluppate localmente che possano offrire spunti per altre realtà territoriali – dovremo estrarre le politiche regionali da perseguire.

Il documento finale dovrebbe costituire una proposta di linee di indirizzo, da sottoporre alla SIMM e ai nostri interlocutori regionali.

Dal GLIS porteremo la proposta di una carta della buona accoglienza, relativa alle buone pratiche per l'assistenza sanitaria e la tutela della salute nei richiedenti protezione.

Teniamo presente che il lavoro del gruppo, per il tema prescelto, dovrà interfacciarsi con due importanti documenti:

- “Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza”: linee guida *evidence-based* curate da ISS-INMP-SIMM, in fase di preparazione (la prima versione pubblica è prevista a breve);
- “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato...” appena licenziato dal Ministero della Salute.

Da dove cominciamo?

Se vogliamo procedere più speditamente, ogni GrIS potrebbe già anticipare la fase due del piano di lavoro, e circostanziare una proposta per un tema prioritario. Per esempio:

- integrazione con le cure primarie (a cura del Gruppo Ligure);
- integrazione sociosanitaria e maternità (a cura del GrIS Campania).

Gruppo di lavoro sul tema “Advocacy” GrIS Emilia-Romagna, Toscana, Calabria

Advocacy in salute

Ancora orfano di un'adeguata traduzione italiana, il termine *advocacy* indica l'insieme di azioni con cui un soggetto si fa promotore e sostiene attivamente la causa di un altro. Nel campo della salute in particolare, consiste nello sforzo di indirizzare o modificare le politiche pubbliche e la destinazione di risorse in una direzione favorevole alla salute delle persone e della comunità, attraverso un utilizzo strategico di informazioni e altre risorse a disposizione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua nell'*advocacy* una delle strategie essenziali per la promozione della salute, volta a creare le condizioni essenziali per poterla sviluppare pienamente (Carta di Ottawa 1986). Nel glossario OMS, l'*advocacy* è definita “come la combinazione di azioni individuali e sociali volte ad ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo o programma di salute” (Health Promotion Glossary, 1998). Le azioni di *advocacy* possono declinarsi in diversi ambiti (screening, diritto alla salute, percorsi definiti ed organizzati per favorire l'accesso alle strutture sanitarie e favorire la fruibilità delle prestazioni, attività di promozione dei diritti dell'infanzia e in generale di gruppi di popolazione vulnerabili, ecc.).

Vi è in questa azione una trasversalità sui diversi livelli di applicazione: quello internazionale, quello nazionale, il regionale e il locale. A ciascun livello le azioni di *advocacy* si declinano in maniera specifica sulla base delle caratteristiche del contesto di azione. Fondamentale, inoltre, la costruzione di reti con tutte le persone e le realtà che condividono gli stessi principi, obiettivi e metodi, sia che appartengano al mondo delle istituzioni così come della società civile.

L'*advocacy* favorisce il cambiamento sociale intervenendo su coloro che sono responsabili della presa di decisioni, al fine di modificare la loro percezione o comprensione riguardo alla questione da promuovere e per influenzare il loro comportamento. Nelle forme più strutturate, si può sintetizzare l'*advocacy* in un processo continuo che prevede:

- analisi della problematica e del suo contesto (analisi dello scenario, mappatura dei dati, ascolto)
- sviluppo di un piano di azione (sviluppo messaggi, identificazione target e strumenti, ricerca di collaborazioni e formazione di reti)
- influenza di istituzioni e opinione pubblica (attraverso mobilitazione, campagne).

Anche in contesti meno strutturati, l'*advocacy* prevede la presa d'atto di un mancato rispetto dei diritti di qualcuno e la realizzazione di azioni di diverso tipo (dall'informazione alla denuncia), volte a garantire tali diritti.

La *media advocacy* fa riferimento all'uso strategico dei mezzi di comunicazione per indurre una decisione politica che modifichi lo stato delle cose. In una tale prospettiva, la disseminazione dei risultati della ricerca scientifica e l'informazione del pubblico non sono fini in se stessi ma intendono raggiungere un cambiamento nella pratica. Aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sulle tematiche di salute ha, infatti, lo scopo di renderle più visibili e prioritarie agli occhi dei decisori, che hanno la responsabilità di formulare le politiche e monitorarne l'impatto.

L'advocacy della SIMM

Nel 1995 la SIMM ha supportato alcune associazioni con una proposta di legge presentata in Parlamento e sottoscritta da 60 senatori e 140 deputati, ottenendo che nel controverso Decreto Legge Dini, varato nello stesso anno in materia di politica dell'immigrazione e caratterizzato da un'impostazione particolarmente restrittiva, venisse inserito un articolo che riprendeva le indicazioni della società civile sull'assistenza sanitaria: diritto per tutte le persone straniere, anche se prive del permesso di soggiorno, non solo come accesso straordinario in emergenza ma anche

come cure ordinarie e continuative.

Al di là del merito, senz'altro importante, quest'azione è stata la prima di una serie che ha dimostrato come la società civile organizzata possa influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme, rilevando e portando all'attenzione pubblica e dei decisori bisogni altrimenti negletti. E così ha continuato a essere, anche se non sempre con la stessa efficacia, negli anni a seguire, che si sia trattato di costruire percorsi politico-normativi (vedi la parte sanitaria della Legge Turco-Napolitano ed atti collegati), o di contrastare scelte "patogene" (Legge Bossi-Fini, alcune norme del cosiddetto "pacchetto sicurezza"), o ancora di monitorare e promuovere la corretta implementazione della normativa esistente (monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni sull'assistenza sanitaria alle persone straniere).

Cosa si sta facendo ora

a) SIMM:

- Partecipazione ai diversi tavoli nazionali per la definizione di indicazioni per questioni specifiche relative all'assistenza migranti
- Monitoraggio applicazione Accordo Stato-Regioni (in corso)
- Monitoraggio delle esclusioni di accesso alla salute attraverso una scheda online sul sito SIMM (in corso)
- Monitoraggio delle politiche (svolto già in passato ed in preparazione l'aggiornamento)

b) GrIS:

Calabria

- Attività di informazione e formazione
- Interfaccia con associazioni del volontariato in ambito immigratorio
- Strategie per implementare le attività di accesso alle strutture sanitarie
- Monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni
- Curare i rapporti con i Centri di Accoglienza e con la rete SPRAR
- Creazione di un portale regionale dell'immigrazione

Emilia-Romagna

- Ratifica e piena applicazione dell'Accordo Stato-Regioni a livello regionale
- Monitoraggio applicazione dell'Accordo Stato-Regioni a livello di ASL
- Costruzione di una scheda per monitorare l'esclusione dall'accesso alle cure, adottata poi dalla SIMM per un uso da parte di tutti i GrIS

Toscana

- Azioni rivolte alle Direzioni aziendali ed alla Direzione regionale dell'Assessorato alla salute per il rispetto e l'applicazione corretta della normativa
- Sperimentazione di una scheda di segnalazione dei casi relativi alla mancata /parziale non corretta applicazione della normativa
- Indicazioni alla direzione regionale dell'Assessorato alla salute sui chiarimenti modifiche necessari per una corretta applicazione della normativa anche attraverso la partecipazione all'Osservatorio regionale per la salute dei migranti coordinato dal Centro di Salute Globale

Obiettivo del gruppo di lavoro

Condividere modalità, strategie e strumenti – a livello locale, di scambio tra GrIS e centrale (organi di governo SIMM) – necessari per l'attività di *advocacy* dei GrIS.

Domande per il gruppo di lavoro

1. Nelle vostre esperienze di *advocacy*, quali sono stati i principali ostacoli incontrati?
2. Quali strumenti e risorse vi avrebbero potuto aiutare ad affrontarli?
3. Dove/come si potrebbero reperire queste risorse?
4. Come poter rendere più efficaci e coordinate le azioni locali dei GrIS e centrali della SIMM

Gruppo di lavoro sul tema “Minori stranieri non accompagnati” GrIS Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Sardegna

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale europeo si rileva il progressivo aumento del numero di minori stranieri non accompagnati (MSNA) con profili migratori caratterizzati da peculiari vulnerabilità che richiedono una gestione mirata, equa e inclusiva.

Le condizioni spesso drammatiche vissute da questi minori, nell'ambito del sistema di accoglienza e post-accoglienza, evidenziano l'incapacità dei Paesi Europei e, nello specifico, dell'Italia “porta d'Europa” di definire e attuare percorsi condivisi di tutela dei loro diritti.

Di fatto la complessità della condizione dei MSNA è determinata dal loro status che implica il confronto e spesso la sovrapposizione di competenze giuridiche multiple: il loro essere minori, migranti, richiedenti asilo, vittime di tratta, rende articolato e problematico il rapporto fra i diversi rami del diritto e necessita dell'intervento coordinato di molteplici attori non solo in campo giuridico/amministrativo ma anche socio-sanitario sin dalla fase della prima accoglienza e dell'identificazione. A tutto questo si aggiungono le difficoltà legate alla non prevedibilità dei flussi e, di conseguenza, dell'onere economico destinato ai percorsi di accoglienza di questi minori.

Nonostante in Italia, nell'ultimo decennio, la normativa che regola la tutela dei diritti dei MSNA abbia presentato una significativa evoluzione e il relativo sistema di accoglienza sia oramai stato delineato (sia nell'Intesa del 2014 sia nel d.lgs. 142 del 2015), a tutt'oggi l'effettivo percorso d'inclusione di questi minori risulta ancora inadeguato e non conforme al principio del “*superiore interesse del minore*”. Recentemente, a tre anni dalla presentazione, è stata approvata in via definitiva (29.03.2017) la Legge 1658, “Disposizioni in materia di protezione dei MSNA” che mira ad armonizzare la normativa sulla protezione dei minori e quella sull'immigrazione, in un unico testo organico che recepisce, anche se con aspetti sicuramente migliorabili (ASGI 2016), i principi fondamentali della Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Nell'ambito di questo framework normativo e operativo il Gruppo di lavoro sui MSNA si propone di analizzare, evidenziando eventuali criticità e formulando proposte, i seguenti aspetti relativi all'accoglienza dei MSNA nel nostro paese:

– *Rapida e corretta identificazione e accertamento dell'età nel rispetto dei diritti fondamentali del minore.* A tutt'oggi a fronte di alcuni strumenti normativi, relativi a tale procedura, approvati in via definitiva (D.P.C.M. n. 234/16 e Legge n. 1658-B) e non (“Protocollo olistico multidisciplinare dell'età dei MSNA” fermo in Conferenza Unificata) l'accertamento dell'età è attuato con modalità differenti non solo da regione a regione ma, nell'ambito della stessa regione, da ASL ad ASL.

– *Individuazione e superamento di barriere di tipo burocratico/amministrativo* nell'ambito sia di un corretto percorso giuridico (es. richiesta di asilo) sia di un pieno esercizio dei diritti riconosciuti a ogni minore, primi tra tutti il diritto alla salute e all'istruzione/formazione, con particolare attenzione all'iter procedurale per la nomina del tutore.

– *Azioni e percorsi volti alla protezione, cura e integrazione dei MSNA (e dei minori in generale) vittime di tratta, sfruttamento, maltrattamenti* che rappresentano un fenomeno in costante ascesa (in Italia le persone inserite in programmi di protezione sono 1.125 e di questi il 7% ha meno di diciotto anni) anche in considerazione della recente pubblicazione di Linee Guida relative all'argomento da parte del Ministero della Salute (22.03.2017).

Per ognuno di questi tre punti il Gruppo di lavoro si propone di rispondere alle seguenti domande:

- quali sono le maggiori criticità evidenziate?
- quale tipologia d'intervento può essere proposto?
- a quale tra i vari stakeholder coinvolti (Istituzioni, terzo settore, società scientifiche) va indirizzata la proposta?

ALLEGATO 3

Lettera alla FNOMCeO: “Richiesta espressione di orientamenti professionali eticamente e scientificamente fondati per la determinazione dell’età dei MSNA” (2017)

Alla cortese attenzione della Dott.ssa Roberta Chersevani
PRESIDENTE FNOMCeO

Gentilissima Presidente, Illustre Collega,

negli ultimi anni i flussi migratori nel nostro Paese, caratterizzati dalla presenza sempre più rilevante di minori, in particolare non accompagnati (MSNA), ha richiesto un particolare impegno dei medici italiani al fine di assicurare la tutela del diritto alla salute alle persone straniere presenti in Italia, nel rispetto dell’articolo 32 della Costituzione.

Alla luce delle pregresse azioni congiunte intraprese a tal riguardo¹, sottoponiamo alla attenzione Sua e dell’Organismo da Lei rappresentato quanto segue.

I MSNA, nell’ambito dell’attuale popolazione minorile straniera in Italia, presentano peculiari vulnerabilità che richiedono una gestione mirata, equa e inclusiva. Di fatto la complessità della loro condizione è determinata dal loro status, che implica il confronto e spesso la sovrapposizione di competenze giuridiche multiple: il loro essere minori, migranti, spesso richiedenti asilo e/o vittime di tratta, necessita dell’intervento coordinato di molteplici attori non solo in campo giuridico/amministrativo ma anche socio-sanitario sin dalla fase della prima accoglienza e dell’identificazione.

Nel contesto della normativa italiana vigente, che tutela il minore presente a qualunque titolo nel nostro paese, la legge n° 47/2017 delinea in un testo unico e organico il sistema di protezione e accoglienza per i MSNA, risultando, per certi aspetti, più innovativa rispetto a quanto già sancito dagli Organismi internazionali. Nonostante ciò, in ambito applicativo sono emerse alcune impellenti criticità tra cui, di maggior rilievo, la corretta identificazione della minore età, che costituisce un presupposto essenziale per l’attuazione delle misure di tutela previste per i MSNA, “*nel superiore interesse del minore*”.

Come Lei ben capirà, se eseguita in modo inappropriato, tale procedura può rappresentare per questi ragazzi un elemento di discriminazione, esponendoli a condizioni di convivenza forzata con adulti o di abbandono dei percorsi di assistenza, con elevato rischio di violenza, sfruttamento e abuso sessuale. In alcuni casi già verificatisi, possono inoltre essere trattenuti in un CIE (Centri di Identificazione ed Espulsione) e successivamente espulsi.

Il Protocollo della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome prodotto nel Marzo 2016, in linea con l’ampia letteratura sia scientifica che giurisprudenziale disponibile sull’argomento, definisce che la determinazione dell’età di un presunto minore debba:

– essere disposta solo quando ci sia fondato dubbio su quanto dichiarato e dopo l’esecuzione delle altre possibili pratiche di identificazione²;

– essere affidata a esperti del settore (pediatra, neuropsichiatra infantile/psicologo, mediatore culturale, assistente sociale) con un **approccio olistico multidisciplinare** nell'ambito del quale il ricorso alle indagini diagnostiche, in particolare radiologiche, rappresenti *l'extrema ratio*. In questo contesto il minore, tutelato da apposite figure di sostegno, dovrebbe non solo essere reso edotto del percorso che gli viene proposto, ma anche avere facoltà di opporsi o di contestarne, nelle opportune sedi, il risultato.

Purtroppo la prassi attuale evidenzia, nei diversi ambiti di accoglienza, un eccessivo e ingiustificato ricorso ad accertamenti strumentali – in particolar modo radiologici, quale la radiografia del polso e mano sinistra – prima di ogni altra valutazione sociale e clinica. Questo accade anche in soggetti di palese minore età per i quali sarebbe sufficiente, in base alle evidenze, una valutazione clinica da parte del medico pediatra.

Inoltre, una volta eseguita, la radiografia suddetta viene refertata perlopiù da operatori che non hanno una specifica formazione al riguardo e che eseguono solo occasionalmente tale prestazione nella loro pratica clinica ricorrendo in modo pressoché sistematico alla metodica di Greulich e Pyle (G&P) piuttosto che alla metodica di Tanner Whitehouse 3 (TW3). Quest'ultima, maggiormente attendibile in quanto più aggiornata e con una popolazione di riferimento più allargata, richiede comunque la necessaria esperienza del professionista, oltre a un maggior tempo di lettura. Inoltre, raramente il referto riporta l'indicazione relativa all'ampio margine di errore ($\pm 2-3$ anni in età adolescenziale) insito nella metodica stessa rispetto all'età finale identificata. Infine, questo non viene quasi mai consegnato all'interessato, con il rischio elevato che lo stesso soggetto possa essere sottoposto ad altri accertamenti radiologici in altre sedi e contesti.

Riteniamo che quanto su esposto rappresenti un approccio assolutamente non appropriato, in quanto basato sulla presunzione di determinare l'età biologica di un soggetto utilizzando metodiche strumentali create invece per individuare ritardi o accelerazioni di crescita e sviluppo puberale, partendo da un'età anagrafica nota. Le attuali evidenze scientifiche stabiliscono che **non esiste alcun metodo scientifico che consenta una determinazione certa dell'età** in quanto sono riportate possibili ampie differenze di maturazione puberale e scheletrica non solo fra soggetti della stessa età anagrafica ma anche fra gruppi etnici, con possibile anticipazione dell'ossificazione delle cartilagini di accrescimento.

A nostro parere, tutto questo configura problematiche di natura etica³, vista l'esecuzione di indagini strumentali invasive senza alcuna indicazioni clinica per la salute del soggetto in esame - spesso sotto la pressante richiesta delle Prefetture - e profili di incostituzionalità, in quanto il soggetto sottoposto ad accertamenti sanitari non può avvalersi della possibilità di rifiutare; il tutto in un contesto di evidente mancato rispetto del "*supremo interesse del minore*".

Da non trascurare inoltre quanto previsto dal D. Lgs. n. 187/2000 in attuazione della Direttiva EURATOM 07/43 in materia di protezione sanitaria, che richiama il professionista ad agire secondo il principio di giustificazione.

Riteniamo quindi che:

– eventuali esami strumentali debbano essere richiesti, ove persiste un fondato dubbio e sempre come *extrema ratio*, solo dal team che esegue la valutazione olistica multidisciplinare e non direttamente dalle autorità giudiziarie e/o di polizia. Queste potranno richiedere al team la determinazione dell'età ma non direttamente la/le metodiche da utilizzare, in quanto non di loro competenza;

– il referto relativo alla valutazione della presunta età di un soggetto da parte del team di esperti, deve sempre riportare il margine di errore ($\pm x$ anni); se il range indicato dovesse ricadere, anche solo in parte, sotto ai 18 anni dovrebbe essere dato il beneficio del dubbio, riconoscendo di conseguenza il soggetto come minore.

Nel ringraziarLa per l'attenzione, in qualità di Presidenti, rispettivamente, della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.) e della Società Italiana di Pediatria (S.I.P) con il Gruppo di Lavoro Nazionale del Bambino Migrante - SIP chiediamo a Lei e alla Federazione che rappresenta di volersi esprimere in modo da chiarire alcuni profili critici rilevanti della situazione da noi rappresentata e di fornire autorevoli orientamenti cui tutti i Colleghi interessati possano far riferimento.

5 luglio 2017

Il Presidente della S.I.M.M.
Prof. Maurizio Marceca

Il Presidente della S.I.P.
Prof. Alberto Villani

Note

- ¹ i.e. nel 2009 la campagna "Noi non segnaliamo" al fine di mantenere, malgrado l'emaneazione del cosiddetto "pacchetto sicurezza" (Legge n. 94/2009), l'obbligo di non segnalazione all'autorità da parte degli operatori sanitari dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano, e quindi di favorirne l'accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali), come previsto dall'Art. 35, comma 5, del D.Lgs n. 286/98.
- ² i.e. l'esame della documentazione anagrafica o richiesta di questa alle Autorità del Paese di provenienza se ciò non comporta rischi per il presunto minore e la sua famiglia, riconoscimento da parte di parenti già presenti in Italia, etc.
- ³ Vedi anche Artt. 3, 13, 16 e 18 del Codice di Deontologia Medica 2014.

Principale normativa e documentazione di riferimento

- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con Legge 176/1991
- Legge 7 Aprile 2017, n. 47 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati".
- Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati. Conferenza delle regioni e delle province autonome 16/30/CR09/C7-C15. 3 Marzo 2016.
- DPCM 234/2016. Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24. (16G00248).
- Circolare Ministero dell'Interno 25 Luglio 2014. Oggetto: minori stranieri non accompagnati
- Circolare Ministero dell'Interno 9 luglio 2007. Oggetto: identificazione di migranti minorenni.
- Corte europea dei diritti dell'uomo. Prima sezione. Richiesta n. 5797/17. Ousainou DARBOE e Moussa CAMARA contro l'Italia. 18 gennaio 2017-05-21.
- Parere Consiglio Superiore di Sanità. Sezione II. Seduta del 25 febbraio 2009 concernente "Accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati".
- UNHCR. Rappresentanza per il Sud Europa. Roma, marzo 2014. L'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati e separati in Italia.
- EASO, Age Assessment Practice in Europe. 2013
- UNICEF. Age assessment: a technical note, 2013
- SCEP. Position paper on Age Assessment in the contest of Separated children in Europe. 2012

- Protocollo d'intesa su *"Determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati"*, emesso nel giugno 2009 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, c.d. Protocollo Ascone
- Benso L, Milani S. 2013. Alcune considerazioni sull'uso forense dell'età biologica. *Diritto immigrazione e cittadinanza*. 2:48-55.
- <http://www.minoriefamiglia.it/download/uso-%20forense-et%C3%A0%20biologica-BENSO-%20MILANI.pdf>
- Memoria accertamento dell'età msna – Caso Cona art. 39 CEDU (Corte Europea Diritti dell'Uomo) www.asgi.it/famiglia-minori/cedu-governo-minori-stranieri/
- Perizia auxologia su esame radiologico di mano e polso sinistro del sig. *** OUSAINOU. Torino 13.02.2017
- Zang et al.: Racial differences in growth patterns of children assessed on the basis of bone age. *Radiology* 2009,250: 228-235.
- Aynsley-Green, et al.: Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control (on line may 2012 <http://bmb.oxfordjournals.org/>), *British Medical Bulletin* 2012;102.
- Codice di Deontologia Medica 2014
 - art. 3, i doveri del medico sono "...la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera."
 - art. 13, "La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico."
 - art. 16, "Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita."
 - art. 18, "I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona."

ALLEGATO 4

Protocollo d'intesa tra la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e Medici Senza Frontiere – Italia

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (di seguito SIMM) e Medici Senza Frontiere – Italia (di seguito MSF-I),

PREMESSO CHE

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

la SIMM opera a livello locale tramite i Gruppi Immigrazione e Salute (Gr.I.S.) che realizzano nelle diverse realtà territoriali le finalità della SIMM;

Medici Senza Frontiere è impegnata in Italia in attività finalizzate a promuovere l'accesso a cure di qualità per gli immigrati presenti a qualunque titolo sul territorio;

MSF-I comprende nella sua Organizzazione quindici (15) gruppi di volontari in altrettante città e dodici (12) regioni, impegnati, tra le altre attività, nel monitoraggio delle condizioni umanitarie e dell'accesso alle cure di immigrati che vivono a diverso titolo in insediamenti informali su tutto il territorio nazionale

le Parti firmatarie del presente Protocollo si impegnano a:

– confrontarsi su tematiche generali e su casi specifici inerenti il diritto alla tutela della salute degli immigrati, con particolare attenzione rivolta alle categorie più vulnerabili, tra cui minori, donne, richiedenti protezione internazionale, vittime di violenza/tortura e portatori di disagio mentale;

– valutare possibili azioni congiunte di monitoraggio e advocacy, a livello nazionale e locale, sul tema dell'accesso ai servizi sanitari da parte di immigrati presenti a qualunque titolo sul territorio dello Stato;

– collaborare, ove possibile, alla realizzazione di iniziative culturali e scientifiche, compresa la promozione di eventi formativi e la pubblicazione di articoli, rapporti o monografie sulle tematiche di interesse comune.

Altri campi di collaborazione e attività congiunte tra SIMM e MSF-I non esplicitamente menzionati nel presente accordo, potranno essere presi in considerazione ed eventualmente regolamentati da protocolli operativi specifici.

Ai fini della collaborazione tra le Parti di cui al presente Protocollo, MSF-I promuoverà la partecipazione dei propri gruppi di volontari, nelle Regioni dove sono presenti, ai Gr.I.S. territoriali: compatibilmente con le proprie risorse e competenze, i gruppi di volontari di MSF-I offriranno il proprio contributo in termini di analisi, proposte e progettualità, valutando, caso per caso, la possibilità di aderire formalmente a specifiche iniziative dei Gr.I.S. in tema di salute e di accesso alle cure di immigrati presenti a qualunque titolo in Italia.

I Gr.I.S. potranno formalmente fare riferimento al presente protocollo per evidenziare la collaborazione tra le Parti.

Modalità di attuazione del Protocollo:

Ciascuna Parte comunicherà all'altra i nominativi dei propri delegati a svolgere l'attività di coordinamento necessaria per la realizzazione degli obiettivi previsti dal presente Protocollo.

Il presente Protocollo ha validità fino al 31 dicembre 2017 e si considera tacitamente rinnovato annualmente fino al 2020, salvo altra valutazione tra le Parti con riferimento al raggiungimento dei suoi obiettivi e delle modalità realizzative.

18 maggio 2017

Il Presidente della S.I.M.M.
Prof. Maurizio Marceca

Il Direttore Generale MSF
Dott. Gabriele Eminente

ALLEGATO 5

Lettera d'intenti tra la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.) e l'Associazione Italiana di Psicologia (AIP)

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (d'ora in poi denominata 'S.I.M.M.') e l'Associazione Italiana di Psicologia (d'ora in poi denominata 'AIP'),

premesso che:

- riconoscono reciprocamente il valore dei principi enunciati nei rispettivi Statuti;
- rilevano un interesse comune e convergente relativamente al tema della salute dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale, con particolare riferimento agli aspetti legati alla promozione e tutela del loro benessere psicologico;
- condividono la necessità di riconoscere ai migranti e ai richiedenti protezione internazionale il diritto fondamentale alla tutela della salute psico-fisica, offrendo loro interventi che siano rispettosi - oltre che delle norme in vigore - dell'etica e della deontologia professionale, che siano scientificamente fondati e basati su evidenze e che siano qualificati in termini delle competenze agite;

considerato che:

- con Decreto del Ministero della Salute del 3 aprile 2017 sono state di recente pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (GU n. 95 del 24-4-2017) le *"Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale"*;
- a partire dalla sua istituzione nel 1990, la S.I.M.M. ha maturato una specifica competenza nell'ambito della salute dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale, attraverso azioni di ricerca, confronto scientifico, advocacy e formazione professionale, anche partecipando in Commissioni, Gruppi e Tavoli di lavoro tecnici istituzionali alla predisposizione di norme, documenti tecnici e di indirizzo, comprese le Linee guida summenzionate;
- tra le finalità statutarie dell'AIP vi sono quelle di: favorire, anche in collaborazione con organismi e associazioni affini, i contatti fra la ricerca psicologica e la realtà sociale e produttiva; promuovere la diffusione delle conoscenze e l'aggiornamento scientifico valorizzando la pluralità di approcci teorici e metodologici che caratterizzano la psicologia; promuovere la definizione e l'estensione della psicologia come disciplina scientifica e la sua collocazione istituzionale;

intendono impegnarsi:

ad avviare una collaborazione volta a identificare, pianificare, promuovere e realizzare iniziative di ricerca, formazione e aggiornamento sui temi relativi alla promozione, tutela e cura della salute psi-

cologica dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale e a tutti i processi di adattamento sul piano sociale, affettivo, emotivo e cognitivo correlati.

Tutti i termini operativi sotto l'aspetto organizzativo, temporale etc. che tale collaborazione potrà assumere saranno definiti con successivi atti specifici, aventi valore legale, sottoscritti dai rispettivi rappresentanti.

Roma, giugno 2017

Il Presidente della S.I.M.M.
Prof. Maurizio Marceca

Il Presidente dell'AIP
Prof. Fabio Lucidi

ALLEGATO 6

Statuto della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

*La Società è stata costituita il 27 febbraio 1990
(Statuto modificato e approvato dalla Assemblea Straordinaria dei Soci SIMM tenutasi a Cividale del
Friuli il 12 maggio 2017)*

Art. 1

È costituita, ai sensi dell'art. 14 e seguenti del Codice Civile e della legge 383/2000, una Associazione denominata SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI (acronimo **S.I.M.M.**) avente sede legale in via Marsala n. 103 a Roma.

Possono essere istituite sedi secondarie in tutto il territorio nazionale. La variazione della sede non costituisce modifica statutaria.

La Associazione **S.I.M.M.** è costituita a tempo indeterminato e non persegue fini di lucro. L'eventuale avanzo di gestione deve essere investito nelle attività istituzionali dell'associazione.

Art. 2

L'Associazione **S.I.M.M.**, richiamandosi a quanto sancito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dalla Costituzione della Repubblica, pone a fondamento del proprio operato i seguenti principi etici:

- la difesa incondizionata della dignità umana;
- l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali e da differenti status giuridici, amministrativi, economici e sociali;
- la nonviolenza come regola di condotta per la risoluzione di ogni forma di conflitto o controversia;
- la tutela della salute come valore primario universale, bene indivisibile, condizione indispensabile alla piena espressione delle potenzialità dell'individuo e interesse della collettività;
- la propria natura di associazione laica e aconfessionale, estranea a logiche di appartenenza partitica o settaria;
- il diritto-dovere di partecipazione ai processi decisionali che riguardano il bene comune e l'interesse generale;
- il vincolo della trasparenza nei rapporti con altri soggetti pubblici e privati.

Art.3

L'Associazione S.I.M.M., per il perseguimento degli scopi e nel rispetto dei principi sopra menzionati:

- promuove, collega e coordina attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione;
- promuove e favorisce attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom, e dell'approccio transculturale alla salute;
- costituisce un 'forum' per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata;

- patrocina e gestisce attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti, anche con riferimento all'Educazione Continua in Medicina (**ECM**);
- promuove l'impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni;
- sostiene iniziative e percorsi volti a favorire i processi di integrazione e di inclusione sociale.

A tal fine può svolgere attività di:

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

Art.4

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

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

Art.5

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

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

Art.6

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

- a) Soci Fondatori
- b) Soci Onorari
- c) Soci Ordinari
- d) Soci Sostenitori

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

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

Sono Soci Ordinari le persone gli Enti e le Associazioni che hanno contribuito al perseguimento degli obiettivi della **S.I.M.M.**, rendendosi particolarmente benemerite rispetto ai principi e agli scopi dell'Associazione.

Possono diventare soci ordinari della Associazione **S.I.M.M.** le persone fisiche e giuridiche che con-

dividono e rispettano gli scopi dell'Associazione. Chi intende essere ammesso alla qualifica di socio ordinario dovrà presentare al Consiglio di Presidenza domanda scritta con allegati curriculum vitae e presentazione di un socio. Tale domanda sarà esaminata entro sessanta giorni dalla data di ricevimento; trascorso tale termine la richiesta si intende accettata. In presenza di diniego è consentito ricorso scritto da presentarsi al Consiglio entro 30 giorni dal ricevimento del diniego stesso.

L'esclusione o l'espulsione è deliberata dal Consiglio di Presidenza in relazione a:

- assenza o perdita dei requisiti per l'ammissione;
- dichiarazione di interdizione o inabilità;
- mancato versamento della quota associativa;
- comportamento lesivo ai danni dell'associazione.

Contro il provvedimento di espulsione è consentito ricorso da presentarsi al Consiglio di Presidenza entro 30 giorni dal ricevimento del provvedimento di espulsione.

L'adesione all'Associazione **S.I.M.M.** comporta, per il socio maggiore di età, il diritto di voto nell'Assemblea per l'approvazione del rendiconto economico, per le modifiche statutarie e per le nomine degli organi direttivi. L'adesione all'associazione è a tempo indeterminato e non può essere disposta per un periodo temporaneo, fermo restando il diritto di recesso. È fatto obbligo al socio di rispettare le norme statutarie e di versare la quota associativa deliberata dal Consiglio di Presidenza nei termini da questo dettati.

La quota o il contributo associativo non è trasmissibile per atto fra vivi ad eccezione dei trasferimenti per causa di morte e non è prevista la rivalutabilità della stessa.

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

Art.7

Sono organismi della Associazione **S.I.M.M.**:

- il Consiglio di Presidenza (C.d.P.)
- il Presidente
- il Segretario-Tesoriere
- il Collegio dei Revisori dei Conti
- i Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (Gr.I.S.)
- l'Organismo di Collegamento Nazionale (O.C.N.)
- l'Assemblea dei Soci

Art.8

L'Assemblea generale dei Soci è costituita da tutti i soci regolarmente iscritti nel libro soci entro il mese antecedente alla data di convocazione dell'Assemblea stessa.

L'Assemblea Ordinaria è convocata dal Presidente almeno una volta all'anno, entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale per l'approvazione del rendiconto economico. L'ordine del giorno è fissato dal Consiglio di Presidenza. L'Assemblea può essere convocata anche su richiesta scritta motivata della maggioranza dei membri del Consiglio di Presidenza o di almeno un quarto degli associati.

La convocazione è fatta tramite avviso scritto contenente la data, il luogo e l'ora dell'adunanza, da spedirsi ai soci almeno 20 (venti) giorni prima della riunione per posta elettronica o ordinaria. L'Assemblea può essere convocata anche fuori dalla sede sociale purché in Italia.

Art.9

L'Assemblea Ordinaria è validamente costituita con la presenza di almeno metà più uno dei soci; mancando tale numero, l'Assemblea si intende convocata lo stesso giorno in seconda convocazio-

ne un'ora dopo la prima e sarà valida qualunque sia il numero dei presenti. Le deliberazioni sono prese a maggioranza assoluta dei presenti.

Tutti i soci maggiorenni hanno diritto di voto e di nomina alle cariche sociali.

Il voto può essere esercitato anche con delega scritta ad altro socio. Ogni socio non può essere portatore di più di una delega.

Spetta all'Assemblea:

- a) approvare il bilancio consuntivo e preventivo,
- b) approvare la relazione morale del Presidente,
- c) eleggere il Presidente, il Consiglio di Presidenza ed il Collegio dei Revisori dei Conti,
- d) deliberare sull'orientamento generale dell'attività sociale,
- e) modificare lo statuto,
- f) deliberare su ogni altro argomento posto all'ordine del giorno.

Tutte le deliberazioni si prendono a maggioranza dei voti presenti sulla base dell'art. 2532 del C.C..

La votazione può essere fatta per alzata di mano, salvo altra forma stabilita dal Presidente. Le votazioni che hanno per oggetto cariche sociali e le deliberazioni inerenti i soci avvengono con voto segreto. Alle cariche sociali sono eletti coloro che avranno riportato il maggior numero di voti. A parità di voto sarà eletto il più anziano di appartenenza alla Associazione.

Per la modifica dello statuto e per la delibera di scioglimento o messa in liquidazione dell'Associazione è necessaria la presenza di almeno tre quarti (3/4) degli associati ed il voto favorevole della maggioranza assoluta degli associati.

Art.10

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

Il Consiglio di Presidenza elegge nel proprio seno il Vice Presidente ed il Segretario - Tesoriere e il coordinatore nazionale dei Gr.I.S., che restano in carica per la durata del Consiglio stesso.

Il Consiglio di Presidenza si riunisce tutte le volte che il Presidente lo ritiene opportuno o su richiesta di almeno cinque consiglieri. Delibera alla presenza della maggioranza dei membri e le decisioni sono prese a maggioranza dei Consiglieri presenti. In caso di parità, il voto del presidente è preponderante.

Il Consiglio di Presidenza è investito dei più ampi poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione e può delegare i propri poteri ad uno o più Consiglieri: nomina il Comitato Scientifico i cui membri possono anche non essere soci della Associazione, individua e nomina fra i soci S.I.M.M., secondo specifiche necessità e competenze, i propri rappresentanti in organismi tecnici esterni; approva la costituzione dei Gruppi di lavoro (**G.L.**) interni di natura tecnico-scientifica e ne individua i referenti;

può inoltre:

- promuovere le attività dell'associazione;
- deliberare un regolamento interno per il corretto funzionamento dell'Associazione in tutte le sue attività;
- elaborare un codice etico da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
- approvare il bilancio preventivo e consuntivo da sottoporre;
- all'approvazione dell'Assemblea;
- deliberare sull'ammissione e sull'esclusione dei soci;

• proporre modifiche statutarie.

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

Art.11

Il Presidente rimane in carica quattro anni e non può essere eletto più di due volte consecutive, ha la rappresentanza legale dell'Associazione, convoca e presiede il Consiglio di Presidenza e l'Assemblea generale dei Soci facendone eseguire le deliberazioni.

Spetta al Presidente:

a) predisporre l'ordine del giorno delle sedute del Consiglio di Presidenza e dell'Assemblea generale dei soci

b) sviluppare ogni attività finalizzata al conseguimento degli scopi statuari dell'Associazione anche attraverso l'affidamento di eventuali deleghe ai membri del Consiglio di Presidenza.

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

Art.12

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

Art.13

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

Art.14

I Gruppi Immigrazione e Salute (**Gr.I.S.**) realizzano a livello territoriale gli scopi della **S.I.M.M.** così come definiti dallo Statuto; possono promuovere proposte di politiche locali, ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, organizzare o favorire percorsi formativi e culturali quali convegni, corsi e seminari e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riteranno adeguate secondo gli scopi statuari.

I Gruppi Immigrazione e Salute possono essere istituiti previa comunicazione al Presidente della **S.I.M.M.** e successiva delibera di accettazione da parte dei **C.D.P.** della **S.I.M.M.**, che ne definisce l'ambito territoriale di intervento.

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

I Gruppi Immigrazione e Salute (**Gr.I.S.**) proporranno tra gli aderenti che sono soci **S.I.M.M.** un *rap-presentante*, la cui nomina deve essere ratificata dal C.d.P., con funzioni di portavoce, responsabile operativo dell'organizzazione locale e del raccordo con la struttura centrale.

A meno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata al **C.D.P.** con una relazione dell'attività svolta.

Art.15

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

Art.16

All'Associazione è fatto divieto di distribuire agli associati, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale sia durante la vita che all'atto del suo scioglimento, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.

In caso di scioglimento dell'Associazione, che viene deliberato dall'Assemblea straordinaria dei soci, il patrimonio residuo deve essere devoluto ad Associazioni aventi finalità analoghe con fini di utilità sociale, salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

ALLEGATO 7

Regolamento interno della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Il Consiglio di Presidenza della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.), in conformità all'articolo 10 dello Statuto, nella riunione dell'11 maggio 2017, approva all'unanimità il seguente Regolamento interno per l'attività della Società (fra parentesi riferimento agli articoli dello Statuto S.I.M.M.).

1. Sedi della S.I.M.M. (rif. art. 1)

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (acronimo S.I.M.M.) ha sede legale in via Marsala n. 103 a Roma.

La istituzione di sedi secondarie nel territorio nazionale è deliberata dal Consiglio di Presidenza (C.d.P.) su proposta dei Gruppi Immigrazione e Salute (Gr.I.S.).

Le spese di gestione delle sedi secondarie sono a carico dei Gr.I.S. territorialmente competenti.

2. Soci Ordinari (rif. art. 6)

Ai sensi dell'articolo 6 dello Statuto, possono diventare soci ordinari della Associazione S.I.M.M. le persone fisiche e giuridiche che condividono e rispettano gli scopi dell'Associazione. Chi intende essere ammesso alla qualifica di socio ordinario dovrà presentare al Consiglio di Presidenza domanda scritta firmata da almeno un socio presentatore allegando il proprio curriculum vitae.

Il C.d.P. può delegare il Presidente ed almeno un altro consigliere ad esaminare ed accettare le domande di ammissione a socio della Società che saranno ratificate al primo C.d.P. utile. All'atto di iscrizione gli associati verseranno la quota di associazione che verrà annualmente stabilita dal C.d.P..

In assenza di delibera specifica la quota rimane quella dell'anno precedente.

I soci sono tenuti a versare entro l'anno solare la quota associativa relativa all'anno stesso.

Dopo tre anni di inadempienza del versamento sociale, il socio è dichiarato decaduto.

Può essere nominato per incarichi di rappresentanza in enti o associazioni oppure di coordinamento delle realtà locali o di referenza di gruppi di lavoro chi è iscritto alla Società da almeno tre anni ed è in regola con le quote associative.

3. Esclusione del socio (rif. art. 6)

È caso di esclusione del socio, così come disciplinato dallo Statuto all'articolo 6, l'inadempienza protratta degli obblighi associativi, ivi compreso il mancato versamento della quota associativa: il Consiglio di Presidenza può deliberare la possibilità di riammettere un socio, dopo tre anni di non versamento della quota e comunque per non più di una volta, perdendo l'anzianità di appartenenza e inibendo la possibilità di rivestire incarichi di rappresentanza.

È caso di esclusione del socio, così come disciplinato dallo Statuto all'articolo 6, l'assunzione di comportamenti incompatibili con le finalità e i principi dell'associazione.

In tale fattispecie devono ritenersi inclusi tutti quei comportamenti tali da arrecare pregiudizio o danno all'immagine dell'Associazione o al conseguimento degli obiettivi sociali.

A titolo indicativo e non esaustivo è possibile fare riferimento ai seguenti casi:

- utilizzo improprio o non autorizzato del nome dell'Associazione;
- comportamento contrastante con le finalità e i principi dell'Associazione;

- inosservanza dello Statuto, dei regolamenti e delle deliberazioni assunte dagli organi dell'Associazione;
- pregressi ripetuti mancati versamenti della quota associativa annuale con decadenze dello status di socio;
- uso illegittimo dei beni e delle risorse dell'associazione;
- utilizzo a titolo personale di somme di pertinenza dell'associazione;
- eventuali provvedimenti di interdizione o inabilitazione o condanna ad una pena che comporta l'interdizione anche temporanea dai pubblici uffici.

4. Elezione delle Cariche Sociali (rif. artt. 8, 9, 10, 11 e 13)

Tutti i soci che intendono candidarsi alle cariche sociali devono:

- Essere in regola con il versamento delle quote sociali ed essere iscritti al libro dei soci S.I.M.M. almeno dall'anno precedente.
- Inviare almeno 30 giorni prima dell'Assemblea la propria candidatura indicando la carica per cui si propongono, corredata da un breve e specifico curriculum.
- La candidatura deve essere sostenuta da un gruppo di almeno 5 soci in regola con le quote associative (ogni socio può sostenere al massimo una sola candidatura a Presidente, 5 candidature a Consigliere e 2 candidature a Revisore).
- Ogni candidato deve sottoscrivere l'accettazione della propria candidatura.
- Il curriculum di ogni candidato sarà pubblicato sul sito S.I.M.M. almeno 15 giorni prima dell'Assemblea.

Le votazioni che hanno per oggetto cariche sociali avvengono con voto segreto.

Per l'elezione del Presidente ogni socio potrà indicare nella scheda un solo nome scelto fra i soci che si sono candidati.

Per l'elezione degli otto membri del consiglio di Presidenza ogni socio potrà indicare nella scheda un numero massimo di cinque nominativi scelti tra i soci che si sono candidati.

Per l'elezione dei tre membri del Collegio dei Revisori dei Conti ogni socio potrà indicare nella scheda un numero massimo di due nominativi scelti tra i soci che si sono candidati.

Alle cariche sociali sono eletti coloro che avranno riportato il maggior numero di voti.

A parità di voto sarà eletto il più anziano di appartenenza alla Associazione S.I.M.M..

5. Incompatibilità delle cariche (rif. artt. 2, 6, 10, 13)

Le cariche di Presidente, membro del Consiglio di Presidenza e del Collegio dei revisori dei conti sono incompatibili con cariche rivestite nei partiti politici a livello nazionale e con cariche istituzionali nel governo nazionale e nelle giunte regionali.

Il Consiglio di Presidenza, con la presenza di tutti i suoi membri e alla presenza del Collegio dei Revisori dei conti, su proposta di almeno 4 membri e con il voto favorevole di almeno 6 membri può deliberare in via straordinaria l'impedimento permanente del Presidente a svolgere le sue funzioni; il Vicepresidente, che lo sostituisce ai sensi dell'art. 11 dello Statuto, convocherà l'assemblea generale ordinaria dei soci entro 180 giorni per l'elezione del nuovo Presidente. L'incarico di revisore dei conti è incompatibile con l'appartenenza al C.d.P.

6. Programmazione annuale (rif. artt. 2, 3, 10)

Le attività della S.I.M.M. sono svolte, in conformità con gli scopi riportati nello statuto della Società, secondo un Programma annuale elaborato dal Presidente in collaborazione con i membri del C.d.P. in base agli orientamenti espressi dall'Assemblea dei soci. Tale documento programmatico contenente le indicazioni e le previsioni di lavoro per l'anno di riferimento, sarà discusso e formalmente approvato in occasione della riunione del C.d.P. per stabilire il bilancio di previsione annuale. Questa riunione del C.d.P. deve essere svolta entro e non oltre il mese di febbraio.

Allo scadere del mandato, il C.d.P. uscente ha tempo sei mesi per fare un dettagliato passaggio di consegne al Consiglio entrante attraverso il Presidente uscente che relazionerà alla prima riunione possibile.

7. Bilanci (rif.artt. 9, 10, 12, 13)

La S.I.M.M. può operare economicamente nell'ambito delle leggi che regolano l'attività associativa senza fini di lucro.

Tutte le spese e tutte le entrate sono iscritte in bilancio nel loro importo integrale, cioè al lordo, senza alcuna riduzione o compensazione per effetto di correlative spese ed entrate. Le spese indicate nel bilancio sono contenute, nel loro complessivo ammontare, entro i limiti delle entrate previste, secondo criteri prudenziali. È esclusa ogni gestione di fondi al di fuori del bilancio.

Al bilancio di previsione è allegata la seguente documentazione:

- programma di attività annuale con relazione del Presidente contenente le linee politiche e di attività previste per l'esercizio;
- relazione del Segretario Tesoriere contenente le indicazioni esplicative sulle entrate e sulle spese iscritte in bilancio.

Il bilancio consuntivo è costituito dallo Stato Patrimoniale, dal Conto Economico e dalle note integrative e illustrative. Il bilancio consuntivo è approvato entro i primi sei mesi dell'anno successivo all'esercizio di riferimento.

8. Progetti (rif.art. 10)

I soci proponenti progetti sono direttamente responsabili del buon esito degli stessi; ne curano la realizzazione in termini di efficienza, attenzione e verifica del rapporto costi/benefici attesi.

Il progetto dovrà essere predisposto e presentato secondo i seguenti requisiti:

- descrizione del progetto;
- ambito di applicazione;
- luogo e durata;
- persone e realtà coinvolte;
- piano finanziario.

Il Consiglio di Presidenza, analizzando la coerenza con la validità scientifica e le finalità della Società, una volta verificati tutti i requisiti di cui sopra, con particolare riferimento alla modalità di accesso ai finanziamenti, al soggetto finanziatore ed eventuale partenariato, delibera la realizzazione del progetto.

9. Promozione o gestione di Eventi formativi (rif.artt. 3, 10)

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto la S.I.M.M. può patrocinare e gestire attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti quali Congressi, Convegni, Corsi e seminari e organizzare dibattiti, conferenze, mostre a contenuto divulgativo, in diversi ambiti e con diversi destinatari, sia secondo modalità istituzionalmente riconosciute che con modalità informali.

Le attività formative proprie della S.I.M.M. sono programmate, organizzate, gestite e valutate attraverso un Comitato tecnico per la Formazione (CTF), coordinato da un Responsabile nazionale per la Formazione (RnF) nominato dal Presidente tra i soci con specifica esperienza.

Tale nomina vale per il periodo di durata del C.d.P.. Il RnF nomina a sua volta, tra i soci S.I.M.M., una figura preposta alle attività segretariali inerenti la formazione (SF). Il RnF si avvale inoltre del supporto del CTF composto da un minimo di 3 ad un massimo di 6 persone, scelte tra i soci S.I.M.M. sulla base delle competenze e dell'esperienza nel rispetto della multiprofessionalità propria della S.I.M.M. e nominate dal Presidente su proposta del RnF, previa valutazione del C.d.P.. Il RnF, inoltre, nomina all'interno del CTF un professionista sanitario come responsabile della formazione ECM (RFECM).

Tutte le figure menzionate operano a titolo gratuito, fatte salve eventuali spese di rimborso o spese di aggiornamento sulle tematiche di competenza. Sulla base di una delega del Presidente, al RnF può essere riconosciuta autonomia nell'espletamento delle procedure e nella gestione dei contatti relativi al riconoscimento e alla formalizzazione di eventi formativi della S.I.M.M.. In particolare la S.I.M.M., attraverso il riconoscimento dello status di Provider ECM da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina, programma la propria attività formativa principale attraverso un Piano nazionale di Formazione (PnF). Il PnF ha validità annuale; la sua definizione

ne si giova delle proposte formulate - secondo le scadenze e le modalità prefissate dal CTF - dai singoli soci, dai Gr.I.S. e dai Gruppi di Lavoro della S.I.M.M., previa approvazione del CTF.

La S.I.M.M. può inoltre partecipare alla realizzazione di iniziative formative accreditate in collaborazione con soggetti terzi, sia in qualità di provider che mettendo a disposizione l'attività di suoi soci.

10. Comitato Scientifico (rif.artt. 3, 10)

Ai sensi degli artt. 3 e 10 dello Statuto il Comitato Scientifico (CS) è uno strumento operativo della S.I.M.M. di natura consultiva a supporto del C.d.P. e del Presidente, che ne è membro di diritto.

I suoi membri, in numero compreso tra 8 e 14, in carica per il periodo corrispondente a quello del C.d.P., sono nominati dal C.d.P. stesso su proposta dei suoi componenti o di almeno 15 soci della S.I.M.M.. Il Presidente della S.I.M.M. espleta una funzione di coordinamento del CS o delega tale funzione ad uno o più i membri dello stesso.

I membri del CS aderiscono a titolo gratuito, fatta eccezione per il rimborso delle spese sostenute nell'esercizio del proprio ruolo, debitamente documentate e approvate.

Il CS svolge un ruolo tecnico-scientifico secondo le linee di seguito indicate.

I prodotti del CS indicati con * devono essere ratificati dal C.d.P., anche per via informatica, con vincolo alla formalizzazione in verbale di successivo Consiglio.

Linee operative del Comitato Scientifico:

- Supporto tecnico-scientifico all'organizzazione di eventi scientifici e formativi societari di ambito nazionale
 - Proposta di Programma scientifico Congresso sulla base del tema indicato dal CdP*.
 - Determinazione regole per invio contributi e predisposizione Abstract Form.
 - Analisi delle proposte scientifiche pervenute e loro assegnazione.
- Istituzione e gestione di approfondimenti scientifici ad hoc
 - Elaborazione documenti istruttori e proposte di Linee guida/Raccomandazioni su temi specifici*.
 - Predisposizione documenti di evidenza su temi prioritari/emergenti*.
 - Supporto a Gruppi di lavoro societari specifici e, validazione scientifica dei loro prodotti.
- Supporto alla produzione scientifica dei soci (in forma di raccomandazioni metodologiche, segnalazione di Enti o Fonti di particolare interesse)
- Divulgazione documenti scientifici di interesse
 - Diffusione di documenti di interesse con o senza commento.
 - Predisposizione Dossier scientifici per pubblicazioni omogenee.
- Creazione e cura rapporti di collaborazione con altre società scientifiche nazionali e internazionali*
 - Proposte di Accordi di collaborazione e partnership.
 - Scambi in forma di visite.
 - Scambi scientifici per ospitalità reciproca a congressi.
- Proposta o espressione di parere su riconoscimenti scientifici a soci o personalità esterne o giovani ricercatori (in forma di riconoscimento socio onorario, medaglia/targa, borsa di studio o altro premio)*

11. Gruppi di lavoro (rif. art. 10)

Con riferimento all'articolo 10, i soci in regola con le quote associative, in numero di almeno 5, possono presentare al C.d.P. la proposta di istituire gruppi di lavoro (GL) tematici di natura tecnico-scientifica, precisando gli obiettivi e le modalità di lavoro. Il C.d.P., in caso di approvazione, individua il referente del GL, che dovrà trasmettere, con cadenza annuale, relazione sulle attività espletate. I documenti tecnici prodotti dal GL dovranno essere approvati dal C.d.P. – con parere tecnico del comitato scientifico, prima di poter essere presentati e diffusi.

12. Finanziamento eventi e iniziative della S.I.M.M. (rif.artt. 2, 4,5, 10)

Il supporto finanziario e la sponsorizzazione che contribuiscono al sostegno economico indispensabile per le iniziative e le attività della S.I.M.M. devono essere esplicitamente dichiarati, e con la massima trasparenza, in coerenza con i principi e con le finalità della S.I.M.M., senza condizionarne né l'organizzazione né i contenuti, devono garantire il massimo livello di indipendenza da qualsiasi potere politico ed economico.

Criteri di riferimento per la valutazione che il Consiglio di Presidenza dovrà prendere in considerazione saranno:

- natura dell'eventuale sponsor;
- interessi dello sponsor e dello sponsee nel finanziamento specifico;
- attività oggetto dell'eventuale sponsorizzazione;
- temporalità del finanziamento;
- entità del finanziamento.

In coerenza con i principi e le finalità della S.I.M.M., il C.d.P. può elaborare un codice etico da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea.

13. Collaborazioni con altre associazioni (rif.art. 3)

Ai sensi dell'art 3 dello Statuto per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni, la S.I.M.M. è interessata a stabilire rapporti di collaborazione e di confronto sulle tematiche di comune interesse con altre associazioni o organizzazioni simili operanti al livello nazionale ed internazionale. Ciascun membro del C.d.P. e su mandato dello stesso, può ricevere l'incarico di elaborare una proposta di collaborazione che dovrà essere preventivamente discussa ed approvata. Il Presidente potrà delegare uno o più soci a seguire direttamente l'evoluzione delle collaborazioni ed a redigere un resoconto annuale delle attività svolte che verrà presentato in C.d.P..

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

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

I soggetti collettivi che intendono aderire ai Gr.I.S. devono presentare domanda scritta al Direttivo del Gr.I.S., allegando una scheda di presentazione e una dichiarazione di accettazione degli obiettivi statutari della S.I.M.M..

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

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

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

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

I singoli Gr.I.S. possono dotarsi di un proprio regolamento secondo il modello che sarà predisposto dal Consiglio di Presidenza.

Nell'ambito delle Linee Programmatiche della S.I.M.M., le Unità Operative Territoriali attraverso il proprio Consiglio Direttivo e il referente, possono promuovere proposte di politiche locali, supervisionare ricerche o progetti, raccogliere documentazione, effettuare consulenze specifiche, partecipare o favorire percorsi formativi e dare patrocinio gratuito ad iniziative che riterranno adeguate

secondo gli scopi statutari di cui dovrà pervenire informazione. Almeno una volta l'anno la documentazione prodotta e/o raccolta deve essere inviata al C.d.P. con una relazione dell'attività svolta (entro e non oltre il mese di marzo, salvo diverse disposizioni del Coordinatore nazionale dei Gr.I.S.) L'intera attività locale è su base volontaria di singoli e di strutture.

Tutti gli incarichi scadono alla scadenza del C.d.P. della S.I.M.M.: c'è tempo tre mesi per i rinnovi dei vari incarichi ed organi statutari; nel frattempo il coordinatore uscente è garante di eventuali attività. Il referente non può rivestire tale incarico per oltre due mandati consecutivi.

15. Organismo di Collegamento Nazionale (rif.art. 15)

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

Entro novanta giorni dalla elezione del Presidente, i Gr.I.S. comunicano allo stesso i nominativi dei referenti e dei loro eventuali supplenti.

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

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

16. Utilizzo del logo S.I.M.M.

L'utilizzo in qualunque sede e per qualunque motivo del logo, del nome e di ogni altro carattere distintivo della S.I.M.M. è strettamente vincolato dall'ottenimento (documentato) di parere positivo esplicito da parte del Presidente della S.I.M.M. e, per le iniziative Gr.I.S., dal referente del Gr.I.S..

NORMA DI RINVIO: per quanto non espressamente disciplinato nel presente regolamento si fa riferimento allo Statuto della S.I.M.M. e alle normative vigenti in materia.

INDICE PER AUTORI

- Abba C. – 164
Adel Ali K. – 200
Adja Y. – 238
Affronti M. – 45, 79, 153, 167, 173, 185
Agabiti N. – 165
Agnoletto A.P. – 169
Agostini M. – 222
Agrenzano S. – 170
Agrò F. – 220
Ahmed R. – 184
Aicardi M. – 257
Ait Souabni F. – 253
Aktar P. – 166
Al Rousan A. – 226
Alario A. – 231
Albanese C. – 201
Albiani S. – 57
Alessandrini L. – 186, 252
Altavilla B. – 235
Amadio T. – 155
Amorosi A. – 186
Angeletti M. – 163, 254
Angelillo M.T. – 156
Angelini C. – 222
Angelucci M.A. – 209, 243
Appiano S. – 71, 164
Aprigliano A. – 202
Aragona M. – 96, 220, 253, 255
Arancio R. – 97
Arduini L. – 256
Aresu S. – 216
Argenziano S. – 218
Arniani S. – 161
Arru E. – 225
Augello V. – 247

Baatout S. – 208
Bagga R. – 224
Baggiani L. – 221
Baglio G. – 33, 148, 180, 226, 230, 255
Balconi M. – 78, 156
Banis A. – 249
Banzola S. – 234

Barbarossa G. – 166
Barbato D. – 193
Barbieri A. – 222, 250
Barbui C. – 207
Bardari F. – 205
Bargagli A.M. – 165
Barraco G. – 247
Bartoloni A. – 68
Bartolucci M. – 254
Bassetti M. – 169
Battilomo S. – 130
Belfiglio A.R. – 222
Bell R. – 188
Bellio S. – 227
Bellissimo F. – 158
Ben Hassen N. – 163
Bena A. – 118
Benedetti M. – 109
Benigni M. – 176
Berghenti F. – 234
Beristáin C.M. – 243
Bertani D. – 172
Bertazzoni G. – 191, 192
Bertoncello C. – 227
Bettinzoli M. – 233
Bevilacqua S. – 242, 247
Bevolo P. – 257
Bianchi J. – 147, 221
Bianchi S. – 256
Bianconi M. – 97
Boddi M. – 68
Bodini C. – 36, 53, 233
Bona G. – 83, 97
Bonciani M. – 36, 98
Boninsegna M.C. – 40
Bonvicini F. – 172, 217, 224, 257
Borgioli G. – 57, 241
Boscarino M. – 79, 173
Bossola M. – 78
Boubker F. – 253
Bozzolo E. – 162
Brandimarte A. – 180
Brianti G. – 169
Brignolo Ottolini B. – 197

Bronzino M. – 71
Brosio F. – 216
Brunetta R. – 227
Bruno D. – 75
Bruno S. – 80, 190
Bruno V. – 233, 252
Brussi V. – 169, 183, 199
Buonomo E. – 195
Buresti G. – 109
Burgio A. – 255

Cacciani L. – 165
Cacciatore F. – 233
Caizzi C. – 96
Calafà L. – 99
Calcagni A.L. – 222
Caldés M.J. – 68
Calvaresi V. – 222
Camellini R. – 81, 201, 211, 213
Camillo Da Silva E.T. – 253
Campalastri R. – 232, 251
Campione S.R. – 82
Canal V. – 238
Canciani L. – 169
Cani A. – 202
Capone S. – 186, 223, 252
Caregaro L. – 214
Carletti P. – 222
Cascio A. – 170, 171
Casoni C. – 213, 224
Castagni I. – 213, 217
Castagno R. – 71
Castaldo M. – 166, 220
Castellano S. – 202
Castelli F. – 186, 223, 252
Castro Cedeno G. – 194
Catania W. – 242
Cattaneo M.L. – 210, 249
Cavagna C. – 189
Cavallo L. – 258
Cavani A. – 166
Ceinar N. – 224
Ceka M. – 232
Celmi R. – 241, 248

- Cerri D. – 236
 Cervo A. – 170, 171
 Cescatti B. – 24
 Chamkhi M. – 166
 Chiacchella G. – 114, 250
 Chiale F. – 236
 Chianese A. – 175
 Chiappini E. – 97
 Chiarenza A. – 149, 154, 208
 Chiesa V. – 208
 Chiesi I. – 211, 213
 Choroma F. – 234
 Ciambellini S. – 96
 Ciannameo A. – 149, 154, 208, 233
 Ciarrocchi G. – 222
 Cicerchia A. – 157
 Cinque F. – 80
 Cinquegrani M. – 247
 Ciusa F. – 234
 Civitelli G. – 80, 179, 190, 194
 Clemente G. – 234
 Coco G. – 82
 Codazzi C. – 197
 Colella A. – 243
 Colomba C. – 170, 171
 Colosimo F. – 180
 Comellini G. – 232
 Conti E. – 249
 Corazza I. – 98
 Corsaro A. – 80, 147, 190
 Cosentino A. – 238
 Cosenza G. – 216
 Costanzo G. – 118, 166, 188, 198
 Cotugno S. – 189
 Cova M. – 216
 Cringoli G. – 174, 175
 Crotti C. – 172
 Cuccia M. – 150, 237
 Curto S. – 175
 Cusi C. – 162

 D'Agati P. – 150, 237
 D'Aloisio F. – 147
 D'Urzo R. – 224
 Da Rioli R.M. – 97
 Da Silva E. – 96
 Dal Pra T. – 209
 Dal Secco A. – 220
 Dall'Asta I. – 154
 Dalla Zuanna T. – 147
 Dalmanzio M. – 227

 Damiani G. – 80, 190
 Dassi Dany S. – 232
 Davi D. – 79, 173, 185
 Davoli A. – 213, 217
 Davoli M. – 165
 De Battisti E. – 147
 De Filippis D. – 78, 156
 De Filippis G. – 243
 De Grandi R. – 83
 De Luca A. – 170, 171
 De Martino M. – 97, 79, 173
 De Moraes L. – 257
 De Padova S. – 210
 De Santis M. – 222
 De Soccio P. – 80, 190
 De Vito C. – 191, 191, 244
 Declich S. – 122, 200, 230
 Degl'Incerti Tocci N. – 257
 Del Gaudio R. – 198
 Del Manso M. – 200
 Della Pepa M.E. – 174, 175
 Della Rocca M.T. – 174
 Demurtas S. – 209
 Dente M.G. – 122, 200, 230
 Dentico N. – 243
 Desiderio C. – 82
 Dhroso Z. – 163
 Di Bella F. – 168
 Di Bernardo F. – 168
 Di Caccamo P. – 225, 258
 Di Donna F. 158, 218, 226
 Di Fine G. – 236
 Di Gennaro F. – 189
 Di Lorenzo F. – 168
 Di Maria E. – 36, 219
 Di Marzio L. – 178
 Di Napoli A. – 118
 Di Palma R. – 148
 Di Paolo C. – 191, 192, 244
 Di Pasquale A. – 212
 Di Rienzo F. – 250
 Di Stefano A. – 177
 Dino O. – 168
 Diodati A. – 198
 Donisi A. – 181
 Donzelli G. – 231
 Douvrin M. – 208
 Durante A. – 162
 Duranti S. – 226

 El-Hamad I. – 186, 223, 252
 Eugeni E. – 148, 180
 Fabbri T. – 158, 218

 Faccio L. – 205
 Falqui E. – 243
 Fanali P. – 215
 Fanini M. – 221
 Fantini M. – 238
 Farina G. – 226
 Farina P. – 209
 Fasciana T. – 170, 171
 Favetta A. – 82
 Febbraro G. – 213
 Fejza E. – 232
 Ferrando C. – 164
 Ficcadenti A. – 97
 Finotto S. – 184
 Flora M. – 235
 Florescu C. – 216
 Florio G. – 240
 Forcella E. – 36, 148
 Forese A. – 220
 Formelli B. – 68
 Formisani N. – 235
 Fornaciari R. – 172, 213, 217, 224, 257
 Fortino A. – 33
 Fortuna G. – 121
 Fossarello L. – 204
 Fragali A. – 169
 Franchi E. – 236
 Francone T. – 258
 Fratello E. – 222
 Fraudatario S. – 243
 Frigerio S. – 236
 Fusillo C. – 176, 178

 Gaddi P. – 232
 Galdiero M. – 174, 175
 Galli E. – 158
 Galli L. – 97
 Gallina R. – 227
 Gallo F. – 71
 Gambi C. – 200
 Gandolfi C. – 24, 183, 199
 Garavini C.M. – 245
 Garazzino S. – 97
 Garena F. – 71
 Gaudio R. – 118
 Gemmi M.C. – 217
 Gentilini V. – 233
 Geraci A.M. – 212
 Geraci S. – 33, 40, 80, 96, 138, 148, 179, 190, 194, 253, 255
 Geromini E. – 256
 Gerosa C. – 162

- Giacopelli G. – 153, 167
 Giampaolo R. – 195
 Gianformaggio M. – 249
 Gianfredi V. – 147
 Giannini D. – 179
 Giarelli G. – 81
 Giarolli T. – 187
 Gioè C. – 170, 171
 Giordano L. – 71, 164
 Giorgianni G. – 150, 237
 Giorgis S. – 205
 Giraud M. – 118
 Gnesutta D. – 169, 183, 199
 Gnolfo F. – 179, 180, 195
 Gradellini C. – 24, 184, 201, 211
 Gramenzi A. – 245
 Granata A. – 85
 Grassi M. – 187
 Grassi S. – 242, 247
 Grasso N. – 97
 Greci M. – 172, 224, 257
 Greco C. – 198, 254
 Grilli B. – 238
 GrIS Campania – 119
 GrIS Emilia-Romagna – 229
 Gristina L. – 242, 247
 Gualtieri L. – 40, 174
 Guatelli S. – 224
 Guerra S. – 216
 Guerzoni G. – 243
 Guglielmotti E. – 71, 164
 Guidi L. – 224
 Guido G. – 243
 Gulì G. – 242
 Guzzetti S. – 197

 Iacobello C. – 82
 Ianniello D. – 174, 175
 Iavicoli S. – 121
 Imberti E. – 248
 Incerti Telani M. – 182
 Indovina C. – 168
 Intiso D. – 156
 Iovino E. – 231

 Jacchetti G., 187, 197
 Jomiru A. – 224

 Kabir R. – 166
 Kana M. – 232
 Kaur P. – 81
 Korenfeld P. – 155

 La Corte A. – 82, 177
 La Placa S. – 89, 97
 Laforgia R. – 189
 Laino E. – 218
 Lammoglia M. – 256
 Lamorte A. – 236
 Landeo M.L. – 179
 Landra S., 256
 Lanza P., 186
 Lanza P., 223
 Lanza P., 252
 Latrofa M., 257
 Leocata G. – 120
 Leonforte S. – 82
 Leotta D. – 180
 Lesi G. – 245
 Liddo M. – 179, 194
 Limosano V. – 189
 Lo Coco D. – 212
 Lombardi L. – 223
 Longo E. – 243
 Lopalco M. – 176
 Lorusso A. – 233
 Luccini D. – 198
 Lupi B. – 98
 Lusetti S. – 211

 Maciocco G. – 68, 221
 Maestrini M.C. – 80, 190
 Maggi M. – 228
 Magi S. – 161
 Magnelli D. – 68
 Mammana L. – 147, 229, 232, 238
 Mancinelli S. – 195
 Mancini I. – 209
 Mancini S. – 218
 Mancioppi V. – 83
 Maranini N. – 233
 Maraviglia E. – 206
 Marceca Mar. – 246
 Marceca M. – 21, 24, 33, 36, 80, 184, 188, 190, 191, 192, 193, 200, 244
 Marchese V. – 214
 Marchetti C. – 178
 Marchetti G. – 200
 Marcolini P. – 222
 Marcu E.G. – 164
 Marcucci M. – 241
 Mariano S. – 171
 Maringhini G. – 158

 Marini R. – 155
 Marino C. – 165
 Marotta C. – 189
 Marranzano M. – 150, 237
 Martelli M. – 232
 Martino A. – 63, 196
 Martino C. – 236
 Massara S. – 236
 Mastrocola L. – 204
 Maurelli M.P. – 174, 175
 Mauro K. – 169, 183, 199
 Mazzetta M.L. – 163
 Mazzetti M. – 24, 36, 96, 253, 255
 Mazzocchi A. – 257
 Mazzola E. – 205
 Mecugni D. – 81, 184, 201, 211, 213
 Medema A.I. – 162
 Melardo C. – 174
 Mele A. – 191, 192, 244
 Menozzi S. – 241
 Meregalli G. – 162
 Merotta V. – 186
 Miceli R. – 238
 Migliara G. – 191, 192, 244
 Migliozi F. – 222
 Milani C. – 147, 221
 Mililli D. – 170, 171
 Mirisola C. – 118, 148, 166, 188, 198, 220
 Mo G. – 155
 Modesti P.A. – 68, 161
 Mondin A. – 235
 Mondo L. – 36, 71, 205
 Monici L. – 172, 224, 257
 Monteiro G. – 214
 Moretto F. – 83
 Mormile P. – 147
 Moroni M. – 205
 Morucci L. – 176, 178
 Mosca L. – 252
 Motta F. – 148
 Munoz V. – 228
 Mutta I. – 179, 194

 Nacca G. – 200, 230
 Napoli P. – 180, 226
 Narcisi P. – 236
 Nasta G. – 247
 Nosè M. – 207

 Oddo B. – 160

- Ofogwu G. – 214
 Orazi N. – 222
 Ostuzzi G. – 207
- Pagani S. – 222
 Paglione L. – 147, 191, 192, 244
 Pandolfo M.M. – 166
 Parisi M.L. – 251
 Parisotto M. – 229, 232, 233
 Parravicni C. – 249
 Pasini N. – 186
 Pasta L. – 242, 247
 Pastore E. – 172
 Patti S. – 235
 Pazè E. – 236
 Pelleri D. – 186, 223, 252
 Pendezzini A. – 239
 Pepe P. – 174, 175
 Perez C. – 210
 Peris C. – 164
 Persechino B. – 104, 109, 121
 Petrelli A. – 118
 Petrona Baviera E. – 153, 167
 Pettinicchio V. – 80, 96, 179, 190
 Petyx M. – 109
 Piacentini P. – 161
 Piccinni L. – 216
 Piccinno G. – 247
 Piccirillo G. – 148
 Pighini E. – 81, 211
 Pignedoli M.C. – 217
 Pilutti G. – 183, 199
 Pinotti E. – 224
 Pintaudi S. – 237
 Piombo L. – 166
 Pischiutti A. – 183, 199
 Pittalinga C. – 155
 Pittana L. – 236
 Pittini L. – 240
 Pitzalis G. – 40, 155, 169, 183, 199
 Pizzini, E. – 24
 Platania A. – 150, 237
 Policicchio N. – 203
 Pollaccia E. – 79, 173
 Posocco A. – 224
 Postiglione C. – 214
 Prencipe G.P. – 191, 192, 244
 Prestileo T. – 168
 Prioglio D. – 204
 Prizzi V. – 79, 173
- Purgato M. – 207
 Putoto G. – 189
- Quaragnolo M. – 238
 Quartararo F. – 247
 Quintavalle G. – 176, 178
- Raguzzoni G. – 147, 229
 Raguzzoni R. – 196
 Raho L. – 189
 Rama G. – 160
 Ranghiasi A. – 200, 230
 Ranieri R. – 186
 Raspagliesi M. – 82, 177
 Rau M. – 71
 Rau M.A. – 164
 Riboldi B. – 149, 154, 172, 208, 257
 Riccio M. – 233
 Rigoli G. – 214
 Rinaldi A. – 24, 36
 Rinaldi L. – 174, 175
 Rivolta L. – 236
 Romanin B. – 170, 171
 Romualdo M. – 235
 Rondinone B.M. – 109, 121
 Rossi A. – 166
 Rossi S. – 176, 223
 Roveta S. – 219
 Rubino S. – 237
 Russo C. – 175
 Russo G. – 195
 Russo M.L. – 24, 36
 Russo V. – 250
- Sabbatini F. – 162
 Saccani M. – 182
 Saccani S. – 172
 Sacchetti G. – 24, 210
 Sacchi L. – 71, 164
 Saccucci P. – 246
 Sachy M. – 243
 Sagna J.D. – 168
 Salamone F. – 153, 167
 Salvatore M.A. – 255
 Salvatori L.M. – 80, 190, 191, 192, 244
 Salvia C. – 147, 229
 Salzano A. – 235
 Sammartano F. – 199
 Santangelo C. – 231
 Santucci B. – 214
 Sapienza S. – 82
- Scarpa A. – 240
 Scassellati Sforzolini G. – 209
 Scatà M. – 177
 Scelfo M. – 79, 173
 Schepisi C. – 250
 Schiavone G. – 155
 Schiavone M. – 189
 Schillirò C. – 220
 Sciacca A. – 231
 Sciacca F. – 202
 Scilipoti M. – 235
 Scolari C. – 223
 Scolari M.G. – 210
 Serra M.C. – 176, 178
 Sesti F. – 188
 Sgricia S. – 176, 178
 Sicuranza G. – 221
 Sicurezza E. – 231
 Signorelli F. – 162
 Simonazzi D. – 172, 201, 217
 Simonini F. – 186, 252
 Sinopoli M.T. – 176, 178
 Sodano C. – 168
 Sofia S. – 82
 Solipaca A. – 157
 Sparaco A. – 159
 Sparano M. – 172
 Spinelli S. – 218
 Spinicci M. – 68
 Stefanati A. – 216
 Strippoli E. – 118
- Tagliavini L. – 217, 257
 Taormina L. – 153, 167
 Tarallini S. – 226
 Testa J. – 214
 Tizzi G. – 57, 241
 Tolentino Diaz M.Y. – 184, 193
 Torre F. – 236
 Tosi M. – 220
 Tosti M.E. – 33, 230
 Trani F. – 178
 Trapelli P. – 223, 252
 Trevia M. – 257
 Trizzino M. – 170, 171
 Trovato G. – 58
 Trovato M. – 222
 Tsopbeng P. – 232
 Tubili C. – 166
 Tumiatì T. – 220
 Turrina C. – 252
 Turrini G. – 207

-
- Ubiali A. – 196
Uccellatore P. – 82
- Vagni S. – 186, 223, 252
Valenti A. – 121
Valentini C. – 243
Valentini P. – 97
Vecchi G. – 162
Vecchio O. – 82
Vegna V. – 212
Vella S. – 33
Veneruso G. – 97
Verrept H. – 154, 208
- Vezzoli A. – 187
Vicenzi A. – 197
Villari P. – 192
Visco G. – 198
Visco-Comandini F. – 250
Vola M. – 164
Volpe A. – 189
- Wamba Dontsop G.J. – 224
- Zacchè I. – 189
Zaddach I.M. – 248
Zaffaroni M. – 83, 97
- Zamatto F. – 218, 226
Zammarchi L. – 68
Zampa A. – 195
Zanini L. – 251
Zanotti C. – 216
Zappalà G. – 150, 237
Zerosi C. – 258
Zimotti M. – 216
Zingales I. – 231
Zucchelli L. – 245

INDICE PER TEMATICHE

Vengono di seguito indicati i contributi relativi a tematiche cui non sono già state intitolate, nel presente volume, delle parti specifiche

Diabete	33, 58, 68, 79, 81, 83, 124, 161, 162, 166, 167, 179, 206
Empowerment	45, 82, 119, 130, 179, 188, 217, 233, 235, 243, 248
Formazione	24, 40, 45, 81, 104, 118, 121, 122, 130, 138, 154, 157, 159, 160, 163, 178, 179, 186, 193, 194, 209, 211, 217, 222, 224, 233, 238, 241, 243, 245, 248, 250, 252, 257, 259
Mediazione linguistico-culturale	81, 130, 138, 154, 158, 161, 180, 186, 194, 210, 222, 233, 240, 248, 249
Narrazione, approccio qualitativo	57, 68, 155, 206, 241, 243, 245, 247, 249, 250, 251
Pronto Soccorso/Emergenza	158, 162, 187, 191, 192, 195, 196, 197, 212, 244
Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)	149, 204, 207, 212, 220, 250, 252, 256
Rete/Network	33, 40, 53, 71, 78, 82, 89, 130, 138, 148, 154, 155, 177, 178, 180, 186, 188, 204, 219, 224, 229, 245, 252, 256, 257, 258, 259, 262
Rom, sinti e caminanti	122, 138, 142, 148, 195
Screening	33, 68, 71, 80, 122, 130, 164, 168, 169, 172, 173, 179, 181, 186, 187, 188, 198, 214, 216, 222, 2223, 224, 229, 230, 241, 252, 257

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Presidente 2016 - 2020: Maurizio Marceca (Roma)

Segretario - Tesoriere: Emanuela Forcella (Roma)

Vice Presidente: Manila Bonciani (Firenze)

Consiglieri:
Chiara Bodini (Bologna) Emilio Di Maria (Genova)
Marco Mazzetti (Milano) Luisa Mondo (Torino)
Alessandro Rinaldi (Roma) Maria Laura Russo (Trapani)

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

Past President:
Enrico Nunzi (Genova) 1990 – 1993
Serafino Mansuetot (Palermo) 1993 – 1996
Luigi Frighi (Roma) 1996 – 2000
Salvatore Geraci (Roma) 2000 – 2009
Mario Affronti (Palermo) 2009 - 2016

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

Comitato tecnico per la formazione: Maria Laura Russo (Referente nazionale); Emma Pizzini (Segreteria); Betty Cescatti, Claudia Gandolfi, Cinzia Gradellini, Michele T. Loiudice, Marco Mazzetti, Alessandro Rinaldi, Graziella Sacchetti

Gruppo di Coordinamento Nazionale e referenti GrIS:

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

GrIS Lazio: Chiara Simonelli (Roma)

GrIS Trentino: Gianpaolo Rama (Trento)

GrIS Lombardia: Cristina Tandardini (Lodi)

GrIS Sicilia: Giuppa Cassarà (Palermo)

GrIS Friuli Venezia Giulia: Claudia Gandolfi (Udine)

GrIS Veneto: Chiara Postiglione (Verona)

GrIS Piemonte: Silvia Giorgis (Torino)

GrIS Emilia-Romagna: Marisa Calacoci (Ferrara)

GrIS Toscana: Gavino Maciocco (Firenze)

GrIS Campania: Luciano Gualdieri (Napoli)

GrIS Calabria: Lorenzo Surace (Lamezia Terme)

GrIS Puglia: Francesco Niglio (Foggia)

GrIS Liguria: Emilio Di Maria (Genova)

GrIS Marche: Margherita Angeletti (Senigallia)

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

Socio di riferimento per l'Alto Adige: Max Benedict (Bolzano)

Collana
Salute senza esclusioni

*Libri per conoscere e condividere esperienze di impegno per una salute globale
e per un servizio sanitario equo e transculturale*

La collana valuta proposte di edizione di materiali originali o ristampe

Per contatti:

*Salvatore Geraci: s.geraci@areasanitaria.it
Edizioni Pendragon: info@pendragon.it 051267869*

Volumi pubblicati

- Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese* (226 pagine, 2010).
- Le parole della salute. Glossario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese* (292 pagine, 2010).
- Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie* (262 pagine, 2011).
- In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza* (96 pagine, 2012 - due edizioni).
- La Salute per i rom. Tra mediazione e partecipazione* (112 pagine, 2012).
- Salute della popolazione immigrata: strategie per l'offerta attiva* (96 pagine, 2012).
- Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni* (272 pagine, 2012).
- Percorsi assistenziali per cittadini stranieri. Elementi teorici e metodologici di salute interculturale* (96 pagine, 2012).
- saluteRom. Itinerari possibili* (200 pagine, 2014).
- Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere* (232 pagine, 2014).
- Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura* (144 pagine, 2014).
- I servizi sanitari del Lazio e la popolazione romani: strategie contro le diseguaglianze* (128 pagine, 2015).
- Quale sguardo sui migranti forzati? L'esperienza dell'ambulatorio del Policlinico di Palermo* (128 pagine, 2015).
- Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute* (240 pagine, 2016).

Finito di stampare nell'aprile 2018 dalla tipografia MIG - Bologna