



Cofinanziato dal Fondo Asilo
 Migrazione e Integrazione
 dell'Unione Europea



Modello di presa in carico sanitaria e socio-sanitaria nei ghetti

Realizzazione a cura di



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia



INDICE

LISTA ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	02
INTRODUZIONE: IL FENOMENO MIGRATORIO E LA SUA INFLUENZA SULLE POLITICHE SOCIALI E SANITARIE	03
CAPITOLO 1. GLI INSEDIAMENTI INFORMALI	06
1.1 UNO SGUARDO AI NUMERI	06
1.2 I MAGGIORI INSEDIAMENTI INFORMALI IN PUGLIA	07
CAPITOLO 2. UNA PROPOSTA DI UN MODELLO DI PRESA IN CARICO PSICO-SOCIO-SANITARIA	10
2.1 CRITICITÀ E BUONE PRASSI	20
2.2. LINEE GUIDA E MODELLO DI PRESA IN CARICO	24
CONCLUSIONI	28
BIBLIOGRAFIA	29
SITOGRAFIA	30
RIFERIMENTI NORMATIVI	31
APPROFONDIMENTI	33
1 - L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI	33
2 - LA PRESA UN CARICO SOCIALE DEI MIGRANTI	40
3 - LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA	43
4 - LA DIMISSIONE PROTETTA	46
APPENDICI	47
1 - MODELLO DI PRESA IN CARICO NELLA PSICOLOGIA TRANSCULTURALE	47
2 - LE BUONE PRASSI PER IL MEDICO	47
3 - L'IMPORTANZA DEI VACCINI	49
4 - SCREENING PER LA MATERNITÀ	50

LISTA DEGLI ACRONIMI E DELLE ABBREVIAZIONI

- AIDS	Sindrome da Immunodeficienza Acquisita
- ASL	Azienda Sanitaria Locale
- BCG	Vaccino Antitubercolare
- CARA	Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo
- CF	Codice Fiscale
- CIR	Consiglio Italiano Per i Rifugiati
- COM. ROM	Programma Operativo Nazionale “Sicurezza per lo Sviluppo”
- CP	Capo Sala
- CPBA	Centri Psicologia Infanzia e Adolescenti
- CPI	Centro per l’impiego
- CSM	Centro Salute Mentale
- DGR	Decreto Giunta Regionale
- DL	Decreto Legislativo
- DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
- DP	Decreto del Presidente della Repubblica
- ECDC	Centro Europeo per la Prevenzione e Controllo delle Malattie
- ENI	Europeo Non Iscritto
- EV	Endovena
- FAMI	Fondo Asilo Migrazione e Integrazione
- FC	Frequenza Cardiaca
- GU	Gazzetta Ufficiale
- HIV	Virus dell’immunodeficienza Umana
- IM	Intramuscolo
- INMP	Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti
- IST	Istiocitosi
- MLC	Mediatore Linguistico Culturale
- MMG	Medico di Medicina Generale
- MsF	Medici Senza Frontiere
- MSNA	Minori stranieri non accompagnati
- OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
- ORL	Otorino Laringoiatria
- PA	Pressione Arteriosa
- PDS	Permesso di Soggiorno
- PLS	Pediatra di Libera Scelta
- PON	Programma Operativo Nazionale
- PUA	Porta Unica di Accesso
- RSA	Residenza Assistenziale Sanitaria
- RSSA	Residenza Socio Sanitaria Assistenziale
- SAT%	Saturazione Ossigeno
- SERD	Servizio per le Dipendenze
- SSN	Sistema Sanitario Nazionale
- SSR	Sistema Sanitario Regionale
- STP	Straniero Temporaneamente Presente
- SVaMA	Scheda Valutazione Multidimensionale
- T° C	Temperatura Corporea
- TB	Tubercolosi
- TEAM	Tessera Europea di Assicurazione di Malattia
- TU	Testo Unico
- UE	Unione Europea
- UO	Unità Operativa
- UONPIA	Unità di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza

INTRODUZIONE - IL FENOMENO MIGRATORIO E LA SUA INFLUENZA SULLE POLITICHE SOCIALI E SANITARIE

Il fenomeno migratorio che ha interessato l'Italia dalla fine degli anni '80 fino ad oggi ha ridisegnato la realtà in cui viviamo, attualmente sempre più caratterizzata dal multiculturalismo e da un processo di de-territorializzazione di un numero crescente di uomini e di donne, che porta a dei mutamenti non solo dal punto di vista strutturale e istituzionale ma soprattutto nella dimensione soggettiva e culturale.

Che il fenomeno dell'immigrazione riguardi diversi ambiti di *policy* quali lavoro, casa, integrazione sociale, educazione e formazione, famiglia, supporto al reddito e sanità, implica una forte necessità di coordinamento fra diversi attori per cui la frammentazione, la settorializzazione e la rigidità delle politiche pubbliche per comparti rappresentano una forte criticità.

Come negli altri ambiti di *policy*, anche per le politiche migratorie la dimensione locale assume un ruolo di primissimo piano: se le politiche di immigrazione, infatti, restano competenza statale (e oggetto di attenzione e coordinamento a livello europeo) le politiche per gli immigrati hanno una gestione articolata dal punto di vista territoriale.¹

Guardando all'Italia, è importante tenere presente che secondo la Costituzione Italiana (artt. 2 e 10) alcuni diritti e doveri spettano anche agli stranieri e agli apolidi che risiedono sul territorio della Repubblica, questo significa che tutti godono sicuramente anche di una serie di diritti civili. Se si considera la Legge n.40 del 1998 che, seppur modificata, resta il testo di riferimento per quanto riguarda le politiche migratorie, è possibile notare come il suo impianto si basi su un modello organizzativo di *governance* e sussidiarietà simile a quello che verrà definito due anni dopo nella Legge n. 328/2000, prevedendo un ruolo attivo delle Regioni, delle Province e dei Comuni e di altri Enti Locali per favorire l'integrazione e l'inserimento degli stranieri nel tessuto sociale. Questo modello di politiche, in cui gli attori principali sono gli Enti Locali, ha portato a sperimentazioni locali di eccellenza capaci di mettere in campo politiche innovative, ma ha anche portato alla luce situazioni problematiche, che in genere evidenziano uno scarso coordinamento fra attori e la difficoltà a mettere insieme e a valore comune risorse e visioni condivise sul fenomeno migratorio e su come governarlo.

Se ci si sofferma a considerare la regione Puglia, a fronte di una normativa avanzatissima e ampiamente tutelante quale la Legge Regionale n. 32/2009, si riscontra nei fatti una difficoltà oggettiva nell'organizzazione dei Servizi, soprattutto in relazione a quelli di carattere sanitario e socio-sanitario, oggetto di queste linee guida che hanno come main focus la tutela dei migranti che vivono negli insediamenti informali.

Con la finalità di superare la criticità appena evidenziata, il Progetto "Su.Pr. Eme Italia" (FAMI- EMAS 2014/2020), in realizzazione nelle cinque Regioni del Sud Itali Obiettivo Convergenza e che mira a implementare un **Piano Straordinario Integrato di Interventi** finalizzati al contrasto e al superamento di tutte le forme di grave sfruttamento lavorativo e di grave marginalità e vulnerabilità dei lavoratori migranti, ha offerto la possibilità di sviluppare il presente documento e di potenziare i Servizi sanitari dedicati ai lavoratori migranti, sostenendo l'innovazione della *governance* regionale e interregionale, per favorire modelli efficaci di intervento della Pubblica Amministrazione, adeguati alla gestione della complessità sociale e della multi problematicità del fenomeno.²

L'obiettivo del presente documento è quello di fornire ai soggetti destinatari di responsabilità a vario titolo nella presa in carico dei migranti che vivono negli insediamenti informali, ad elevata vulnerabilità e marginalità sociale, procedure chiare e applicabili, coerenti con la normativa vigente e con la condivisione e/o la creazione di buone prassi applicabili.

Il presente documento, elaborato dall'Agenzia strategica Regionale per la Salute ed il Sociale della Puglia - A.Re.S.S. Puglia, è elaborato sulla base dell'esperienza realizzata nel coordinamento delle

¹ E. Barberis "La dimensione territoriale delle politiche per gli immigrati" pag 227.

² <http://www.integrazionemigranti.gov.it/Progetti-e-azioni/Pagine/SuPreMe-Italia.aspx>

attività di medicina di prossimità previste dalla S.A. 3.1 del Progetto “Su.Pr.Eme Italia”, che vede impegnata l’Agenzia, per la Regione Puglia, nella realizzazione di interventi a carattere sanitario e sociosanitario a contrasto delle disuguaglianze di salute, in favore dei migranti presenti all’interno degli insediamenti informali pugliesi, a partire da marzo 2020.

Le attività sono svolte in favore di persone provenienti da Paesi terzi e impiegate come lavoratori agricoli stagionali nelle campagne, di frequente vittime di caporalato e di sfruttamento lavorativo, fenomeni criminali che l’intero progetto si prefigge di contrastare e che già di per loro rappresentano determinanti negative di salute.

La coincidenza dell’avvio delle attività progettuali con la prima fase espansiva della curva dei contagi da epidemia da coronavirus SARS- CoV-2 ha dato un forte impulso alle attività progettuali di tipo sanitario e socio-sanitario, attesa l’utilità da queste assunta anche in ottica di prevenzione della popolazione residente dal forte rischio di contagio a cui era esposta a causa delle gravi condizioni igienico sanitarie, di assoluta deprivazione, promiscuità e sovraffollamento che caratterizzano le abitazioni di fortuna all’interno dei ghetti della Capitanata. Le stesse attività sono state svolte, in collaborazione con la ASL di Lecce, anche in favore dei migranti presenti nell’agro di Nardò (Le) nel corso dell’estate 2020, popolatosi, come ogni anno, in occasione della campagna di raccolta delle angurie.

Le disuguaglianze di salute, che già interessavano la popolazione di migranti residenti nei ghetti e dovute alla loro condizione socio-economica, giuridica e connessa alla scarsa consapevolezza in tema di funzionamento del Sistema sanitario e del proprio diritto di accesso alle prestazioni, si sono infatti ancor più amplificate con l’epidemia da Covid-19. L’avanzata del virus ha portato il sistema sanitario a concentrare maggiormente i propri sforzi per far fronte alle crescenti acuzie e, mentre l’operatività delle strutture e la loro funzionalità erano evidentemente compromesse dalla riorganizzazione dovuta alla progressiva saturazione che l’epidemia stessa causava, il progetto “Su.Pr.Eme Italia” ha consentito una rapida e tempestiva riorganizzazione dei servizi in favore del potenziamento della medicina del territorio in una contingente situazione di “emergenza nell’emergenza”.

In questo contesto, gli interventi realizzati dall’A.Re.S.S. in Puglia si sono concentrati sulla tutela e l’effettiva realizzazione del diritto alla salute di soggetti fragili in quanto vittime di forte esclusione sociale (c.d. hard to reach), attraverso, in primis, la realizzazione di un servizio di salute di prossimità (e di equità): l’attivazione, sotto il coordinamento dell’A.Re.S.S. e della ASL FG, di Unità Ambulatoriali Mobili che pongono quotidianamente in essere interventi di prevenzione, monitoraggio dello stato di salute e presa in carico dei migranti in contesti di massima marginalità sociale e quindi più difficili da raggiungere da parte del sistema sanitario. Trattasi dei ghetti della Capitanata, da quello dell’ex-pista aeroportuale di Borgo Mezzanone, il più noto in quanto il più grande sul territorio nazionale, in cui la popolazione è in gran numero concentrata (fino c.ca 2.500 presenze), ai più esigui gruppi di migranti che occupano casolari sparsi e in stato di abbandono dell’agro foggiano. Le quattro Unità Mobili Ambulatoriali attivate tramite specifiche convenzioni con la ASL di Foggia e con gli Enti del Terzo Settore “InterSOS” e “CUAMM - Medici con l’Africa”, nei primi tempi anche con “Solidaunia”, operano ormai da un anno, secondo una programmazione settimanale comunemente stabilita e una concordata localizzazione degli interventi all’interno del territorio rurale, adoperandosi, attraverso altrettante équipe multidisciplinari, composte da personale sanitario e socio-sanitario, per la presa in carico dei principali bisogni di salute rilevati in loco, nonché in costante raccordo con il Servizio Sanitario locale.

L’operatività delle Unità Mobili si sta rendendo utile anche per accrescere la consapevolezza degli assistiti sul funzionamento del Sistema Sanitario Regionale attraverso sessioni informative e focus group. Realizzando tali attività sono emersi, quali ostacoli nevralgici da superare, oltre alle scarse competenze culturali degli abitanti dei ghetti, la complessità delle pratiche amministrative per l’accesso ai Servizi: le équipe hanno quindi promosso e orientato gli abitanti dei ghetti all’iscrizione all’anagrafe sanitaria, per l’assegnazione del Medico di Medicina Generale.

Nella direzione della promozione della salute è infatti anche il compito assegnato all'A.Re.S.S. di empowerment dei migranti soggiornanti negli insediamenti, che sono oggetto di quotidiane azioni di alfabetizzazione sociale e sanitaria (c.d. azioni di health literacy) da parte dei mediatori linguistici che affiancano il personale sanitario delle Unità Mobili e che si adoperano affinché siano dai migranti acquisite le competenze necessarie per muoversi autonomamente lungo il percorso, non semplice da assimilare, di presa in carico dei propri bisogni di salute.

Le attività hanno rappresentato anche un'importante occasione per la divulgazione delle più diffuse buone pratiche igienico-sanitarie utili ad arginare il diffondersi dell'epidemia da Covid-19 in un contesto in cui era, in pratica, impossibile che si realizzasse un lockdown totale, mentre, contestualmente, la Regione Puglia avviava interventi igienico-sanitari per l'approvvigionamento idrico all'interno degli insediamenti e distribuzioni di massa di kit igienico-sanitari appositamente acquistati.

Si evidenzia che questa attività ha assunto una valenza ancor maggiore se si considera che, forse anche a causa dell'assenza di sintomi tra i contagiati per via del buono stato di salute generale della popolazione (in buona parte costituita da soggetti "forti" tra quelli scelti nei Paesi di provenienza per il compimento del progetto migratorio), vi era poca percezione della pandemia in corso e grande difficoltà di intendere l'attività di prevenzione da COVID-19 come prioritaria, a fronte di ben altri bisogni essenziali e urgenti (procurarsi da vivere o una degna sistemazione alloggiativa). Ancora nell'ottica di colmare il gap di conoscenze utile a rendere i migranti autonomi nel percorso di accesso al Sistema Sanitario, si è provveduto a redigere, produrre e distribuire, in 20.000 copie, per gli insediamenti di tutte le regioni del Mezzogiorno d'Italia partner di progetto, una brochure multilingue, in quattro tra le lingue più in uso nei ghetti, riportante ogni semplice indicazione utile ad acquisire il sapere basilare di orientamento ai servizi pubblici. La versione digitale della stessa è stata invece diffusa e messa a disposizione dei Servizi, pubblici e non, della rete di Servizi Sanitari e Socio-Sanitari locali. Anche questo strumento ci si auspica sia utile ad incoraggiare l'utilizzo appropriato dei Servizi anche come modo per accrescere le proprie capacità di autointegrazione e la propria situazione di auto-sufficienza, permettendo di stabilire relazioni con l'ambiente istituzionale circostante.

L'A.Re.S.S., per la Regione Puglia, redige il presente documento con il fine esplicito di rendere il più possibile stabili e uniformi nel territorio regionale le migliori esperienze fin oggi sviluppate, per valorizzare l'esperienza pilota di assistenza e cura integrata e di prossimità posta in essere con il Progetto "Su.Pr.Eme Italia" qui brevemente descritta e rivelatasi particolarmente efficace, anche al fine di replicarla all'interno di altri contesti di marginalità sociale e vulnerabilità, difficilmente raggiungibili dalle istituzioni sanitarie.

Il progetto "Su.Pr.Eme Italia" ha in tal senso consentito alla regione Puglia di dotarsi e sperimentare un toolbox ricco di "attrezzi" utili ed efficaci per la promozione e la tutela della salute con un'esplicita attenzione al contrasto delle sue disuguaglianze.

Le azioni pratiche di medicina di prossimità a tutela della salute dei migranti e dei soggetti più vulnerabili in genere, sono atti doverosi che le politiche pubbliche devono sforzarsi di compiere a contrasto delle più gravi disuguaglianze di accesso alle cure che subiscono le popolazioni di emarginati del nostro Paese, tanto sia al fini di garantire pari opportunità di esercizio del diritto alla salute in quanto costituzionalmente garantito, ma anche in quanto si tratta di realizzare politiche di salute pubblica a protezione della nostra Comunità tutta.

Ai link di seguito è possibile consultare e scaricare le brochure in **italiano, inglese, francese e arabo**.

CAPITOLO 1 - GLI INSEDIAMENTI INFORMALI

1.1 UNO SGUARDO AI NUMERI

Secondo le stime dell'Osservatorio Placido Rizzotto³, nei ghetti pugliesi vivrebbero tra i 2.500 e i 3.500 braccianti stranieri, altre stime portano questa cifra ad una forbice compresa tra le 4.000 e 5.000 unità.⁴ Gli insediamenti informali, meglio conosciuti come "ghetti", sono "luoghi" che sorgono prevalentemente nelle campagne, più o meno vicini ai luoghi di raccolta dei prodotti e, in molti casi, in zone limitrofe ai luoghi di accoglienza gestiti dalle istituzioni, come, ad esempio la "pista" di Borgo Mezzanone, dove accanto al Cara di Foggia ci sono molti ghetti agricoli aggregati intorno a una ex-pista aeroportuale. Le loro dimensioni sono variabili a seconda della zona geografica e del periodo dell'anno, con picchi di presenze durante i mesi estivi, da giugno a settembre, ma popolati anche durante i mesi autunnali e invernali, così chi vi abita può partecipare alla preparazione e alla raccolta di prodotti che giungono a maturazione in quei periodi (olive e alcuni ortaggi). Alcuni migranti si fermano in quei luoghi tutto l'anno, perchè non hanno possibilità abitative alternative.

La quasi totalità dei ghetti sono abitati da braccianti uomini, mentre le donne che vi vivono sono spesso costrette alla prostituzione nei bordelli improvvisati nelle campagne e spesso gestiti dagli stessi che controllano l'intermediazione della domanda e offerta di lavoro (i cosiddetti caporali), in una condizione non diversa da quella della riduzione in schiavitù, o impiegate in attività di servizio, in particolare nella gestione delle cucine e degli spacci che sorgo nei ghetti, anche in questo caso, quasi sempre controllati dai caporali. Rappresenta un'eccezione il caso degli insediamenti di braccianti bulgari nella Capitanata che, il più delle volte, vedono la presenza di un numero significativo di donne che lavorano assieme ai mariti come braccianti.

Le maggiori concentrazioni di manodopera straniera stagionale si registrano in provincia di Foggia, territorio che riveste una grande importanza per la produzione agricola nazionale, in particolare per la produzione di pomodoro: il 40% della produzione italiana del pomodoro da trasformazione è infatti concentrato in questa zona, dove sono presenti circa 3.500 aziende che coltivano mediamente una superficie di 26 mila ettari, per una produzione di 22 milioni di quintali e un valore pari a quasi 175.000.000 euro. L'Italia, secondo produttore al mondo di pomodoro da trasformazione, concentra il 14% della produzione mondiale.⁵ Oltre al foggiano, territori che richiamano la presenza di braccianti stagionali sono il nord- barese, la provincia di Lecce, in particolare l'agro di Nardò e, in minor misura, l'agro della provincia brindisina e tarantina, dove una quota significativa di braccianti stagionali è rappresentata da migranti inseriti all'interno del sistema di prima e seconda accoglienza.⁶

Anche dai rapporti ufficiali risulta che per poter effettuare le varie fasi colturali sono necessarie ingenti quantità di manodopera, soprattutto stagionale, costituita in buona parte da lavoratori stranieri, diventati oramai parte integrante del sistema produttivo.⁷

La necessità di impiegare grandi quantità di lavoratori in brevi periodi di tempo fa sì che la manodopera straniera diventi per gli imprenditori una risorsa fondamentale, sebbene, almeno per quanto riguarda la componente extracomunitaria, l'ingaggio presenti ancora notevoli difficoltà connesse alle procedure necessarie per ottenere il permesso di soggiorno, particolarmente complesse per i piccoli produttori (che rappresentano la maggioranza).

Nonostante la consistente presenza nel settore agricolo dei lavoratori stranieri, la loro reale presenza nel settore è decisamente sottostimata dai rapporti statistici ufficiali a causa della mancanza di contratti di lavoro ovvero all'esiguo numero di giornate contributive loro versate. Nei dati a nostra disposizione si può notare come la provincia di Foggia catalizzi, con il 39,5% delle giornate straniere totali e il 39,6% delle giornate degli operai a tempo determinato, stranieri.⁸

³ Si vedano rapporto Medici Senza Frontiere "fuori campo" 2018; Osservatorio Placido Rizzotto/Flai-CGIL (2012). "Agromafie e caporalato".

⁴ La stima è fatta dal Prof Ciniero, docente di Sociologia delle Migrazioni nel 2018, durante la realizzazione di indagini etnografiche condotte sul tema dal lavoro agricolo stagionale sviluppate nell'ambito delle attività di ricerca dell'International Centre of Interdisciplinary Studies on Migrations (I.C.I.S.MI.) dell'Università del Salento.

⁵ Ismea, "I numeri della filiera del pomodoro da industria", Roma, 2017.

⁶ Antonio Ciniero, "Le migrazioni in Puglia. Presenze migranti, governance e pratiche innovative di inclusione e partecipazione sperimentate nel contesto regionale", Report di Ricerca, PROG-2328 "IMPACT: Integrazione dei Migranti con Politiche e Azioni Coprogettate sul Territorio", settembre 2020, pag. 71-73.

⁷ A cura di Domenico Casella "Gli operai agricoli in Puglia secondo i dati Inps anno 2019", gennaio 2021.

⁸ "Gli operai Agricoli in Puglia secondo i dati Inps anno 2019" pag. 15 op. cit.

Come evidenziato da numerosi rapporti pubblicati da enti/organizzazioni operanti sul campo, la popolazione bracciantile sub-sahariana - marginale nelle statistiche ufficiali - costituisce il principale gruppo di abitanti degli insediamenti abitativi informali presenti in alcune aree agricole. Questi rapporti, insieme alle poche analisi qualitative realizzate sul fenomeno, forniscono l'unica fotografia di tali luoghi e suggeriscono l'esistenza di una popolazione che, seguendo la stagionalità delle raccolte, si sposta per l'intero anno tra i diversi insediamenti informali italiani. Tale migrazione interna è caratterizzata da traiettorie diverse, il cui elemento comune è l'approdo in rifugi improvvisati costruiti o ritrovati, di anno in anno, lungo il tragitto e trasformati, in aggregati umani - mono - nazionali o misti.⁹

1.2. I MAGGIORI INSEDIAMENTI INFORMALI IN PUGLIA¹⁰

“GHETTO DI RIGNANO GARGANICO” O “GRAN GHETTO”

È stato per lungo tempo la più grande baraccopoli presente in Italia, sgomberata nel marzo del 2017, già dall'anno successivo ha iniziato a ricrearsi nelle immediate vicinanze, dove sono state ricostruite baracche e installate roulotte. È una baraccopoli situata ad una ventina di chilometri dal centro abitato di Foggia, nell'agro di San Severo, in piena campagna tra i Comuni di San Severo, Foggia e Rignano Garganico. Si stima una presenza di 2.000-2.500 braccianti, presenti in numero anche superiore durante l'estate e provenienti prevalentemente da Mali, Senegal, Gambia e Guinea, impiegati nelle campagne di San Severo, Manfredonia, Lesina e Lucera.

Attualmente l'insediamento prevede una zona formale ed una molto più espansa informale. La prima accoglie c.ca 106 container della Protezione Civile, a scopo abitativo, ognuno occupato da c.ca 4 migranti, più altri 8 container con destinazione di servizi (bagni e docce), 1 container attualmente utilizzato come ufficio/ambulatorio dall'équipe del progetto “Su.Pr.Eme. Italia”, ed 1 un altro occupato dal personale di una Associazione di Volontariato, con mansioni di supervisione. La zona informale è caratterizzata dalla dislocazione di roulotte e baracche che accolgono un numero variabile di persone, adibite ad abitazioni, spacci e botteghe.

“GHETTO PISTA” O “GHETTO DI BORGO MEZZANONE”

È situato alle spalle dell'ex Cara di Borgo Mezzanone ed è il più noto in quanto trattasi del più grande ghetto di braccianti presente in Italia. Si tratta di una ex pista militare in disuso, lungo la quale sono disposti container che un tempo appartenevano al Cara e, in seguito, perchè malandati, sono stati portati fuori e occupati dai braccianti. Molti di questi braccianti, prima di vivere all'interno della pista, risiedevano all'interno del Cara di Borgo Mezzanone. Provengono soprattutto da Somalia, Sudan, Eritrea, Nigeria, Senegal, Ghana. La pista, abitata durante i periodi di picco anche da più di duemila persone, è stata nel corso degli anni più volte oggetto di interventi di sgomberi, che non hanno però mai portato allo svuotamento della baraccopoli ed è stata anche teatro di diversi incendi, alcuni dei quali hanno anche registrato delle vittime. L'ultimo incendio è divampato il 31 maggio 2020, fortunatamente non ha registrato vittime o feriti come invece era avvenuto nell'aprile 2019 quando in un incendio ha perso la vita Samaro Saho, un giovane Gambiano di appena 26 anni.

“GHETTO TRE TITOLI”

Situato nell'agro di Cerignola, in zona Borgo Libertà, a c.ca 10 km da Stornarella, comprende casolari abbandonati (circa una ventina): all'interno di ogni casolare vivono da poche a oltre 50 persone. Oltre ai corpi principali in muratura, i nuclei abitativi si espandono per posizionamento di tende da campo, roulotte e baracche. Si riscontra la presenza di migranti che utilizzano rottami di automobili come abitazioni. È abitato soprattutto da ghanesi (circa 800 persone), burkinabè, tunisini e sudanesi (circa 100 persone in tutto). Il numero dei residenti si triplica all'incirca, nel periodo estivo, per la richiesta

⁹ Si vedano rapporto Medici Senza Frontiere “fuori campo” 2018; Osservatorio Placido Rizzotto/Flai-CGIL (2012). “Agromafie e caporalato”.

¹⁰ Antonio Ciniero, “Le migrazioni in Puglia. Presenze migranti, governance e pratiche innovative di inclusione e partecipazione sperimentate nel contesto regionale”, Report di Ricerca, PROG-2328 “IMPACT: Integrazione dei Migranti con Politiche e Azioni Coprogettate sul Territorio”, settembre 2020, pag. 73-76.

di mano d'opera legata alla campagna del pomodoro.

All'interno del ghetto si trova "Casa Bakhita", struttura della Diocesi di Cerignola dove i migranti si riuniscono per la preghiera settimanale. Nella stessa struttura due medici volontari svolgono attività ambulatoriale per circa due volte a settimana.

"GHETTO CICERONE"

Si trova in agro di San Marco in Lamis. Si tratta di una serie di palazzi abbandonati occupati da circa 300 braccianti prevalentemente originari del Mali e del Senegal.

"GHETTO DEI BULGARI"

In questa baraccopoli si passa dalle 300/400 presenze stimate nel 2013 alle circa 800/1.000 presenze stimate nel 2016. Anche in questa baraccopoli sono divampati diversi incendi, il più grave dei quali, nel dicembre del 2016, costò la vita ad un ragazzo di appena vent'anni. Questa baraccopoli è stata sgomberata nel 2017. A differenziare questo ghetto dagli altri era soprattutto la presenza di numerose donne (circa il 45% dei presenti) e di bambini, alcuni di pochi anni, gli abitanti di questa baraccopoli erano infatti, nella maggior parte dei casi componenti di nuclei famigliari, nello specifico si tratta di nuclei di origine rom provenienti per lo più dalla cittadina di Sliven. Lo sgombero del 2017 ha avuto, tra gli altri, l'effetto di rafforzare l'invisibilità dei braccianti bulgari perchè sono stati costretti a cercare posti più nascosti dove poter vivere e dove, di conseguenza, è più difficile essere raggiunti anche dai volontari e dagli attivisti che cercano di portare loro delle forme di sostegno. In questa situazione, aumenta ancora di più la condizione di vulnerabilità sociale, soprattutto dei soggetti più deboli. Nei ghetti più nascosti, infatti, il peso del controllo dei caporali o di altri esponenti della criminalità organizzata (sia foggiana che bulgara) sulla vita dei braccianti è decisamente maggiore.

"GHETTO DI NARDÒ"

Sorgeva alla periferia di Nardò, in provincia di Lecce, a 4 Km dal centro, in contrada "Arene Serrazze", contiguo alla tendopoli attrezzata dalle istituzioni locali per l'accoglienza, su un terreno dove sorgeva una ex falegnameria, nei cui dintorni i braccianti avevano installato tende e costruito baracche di legno e plastica. Ospitava dalle 300 alle 400 persone. Questo ghetto è stato sgomberato nel 2015. Da allora i braccianti si sono accampati nei pressi di casolari abbandonati e all'interno dell'area attrezzata dalle istituzioni per garantire accoglienza. Nell'agosto del 2018 la Regione Puglia ha inaugurato una foresteria, realizzata con container, destinata all'accoglienza dei braccianti che sorge su un terreno attiguo a Masseria "Boncuri". Nella Foresteria può accedere solo chi è in possesso di regolare permesso di soggiorno o /e di contratto di lavoro o iscrizione nelle liste di collocamento. Gli altri continuano ad accamparsi in zona per poter accedere a volte all'uso del bagno e di alcuni servizi presenti nella foresteria anche grazie ad attività progettuali quali il FAMI "Puglia Integra" (2018), poi il FAMI "Puglia Impact" (2019-2020) e successivi. Nell'estate 2020 anche il Progetto FAMI- EMAS "Su.Pr.Eme Italia" ha previsto un'équipe multidisciplinare di assistenza ai braccianti del territorio.

"GHETTO DI ANDRIA" E INSEDIAMENTI SPARSI NEL NORD- BARESE

Si trova all'uscita di Andria in direzione Foggia. È costruito sotto gli olivi e comprende, oltre alle baracche di plastica e legno, oltre a una palazzina abbandonata. È abitato da circa 400 braccianti sudanesi e tunisini che dopo la raccolta dei pomodori e delle angurie a Nardò vi si recano durante l'autunno-inverno per la campagna di raccolta delle olive.

Nel territorio del nord-barese molti altri comuni oltre ad Andria sono interessati dalla presenza di stranieri che, per lo più dimoranti presso abitazioni di fortuna nelle campagne sparse, o in vecchi opifici in disuso, vengono impiegati come braccianti agricoli stagionali nelle campagne di raccolta delle olive.

L'ESPERIENZA DI "CASA SANKARA"

Come è possibile evincere dalla lettura dell'ultimo Piano triennale per le Politiche Migratorie della Regione Puglia, nel 2016 l'Ente Regionale, con la Deliberazione di Giunta n. 596 del 26 aprile 2016, ha affidato temporaneamente la gestione dell'Azienda agricola di proprietà "Fortore" all'Associazione "Ghetto Out" - Casa Sankara, al fine di sperimentare nuove pratiche di inclusione socio-lavorativa e per far fronte all'emergenza abitativa dei lavoratori migranti della Capitanata. L'anno successivo, con la Deliberazione di Giunta n. 1446 del 14 settembre 2017, la Regione ha poi proceduto alla stipula di una nuova Convenzione per affidare all'Associazione "Ghetto out" Casa Sankara la gestione dell'accoglienza temporanea in una foresteria di lavoratori migranti ancora residenti nei terreni adiacenti il luogo ove sorgeva il cosiddetto "Gran ghetto" (ubicato tra i Comuni di San Severo e Rignano Garganico). Con questi due atti si sancisce una formale collaborazione tra l'Ente Regionale e l'associazionismo del territorio per sperimentare attività e iniziative finalizzate al contrasto dello sfruttamento lavorativo e del caporalato, nonché la realizzazione di soluzioni abitative dignitose.



CAPITOLO 2. UN MODELLO DI PRESA IN CARICO PSICO-SOCIO-SANITARIA DELLE POLOLAZIONI DEI “GHETTI”

2.1. LE CRITICITÀ

Il modello risponde alle criticità trasversali ai diversi ambiti socio- psico-sanitario riscontrate sul campo, che possiamo individuare e sintetizzare come:

- Criticità esterne al modello;
- Criticità interne al modello.

Le CRITICITÀ ESTERNE al modello sono:

1.Scarsa conoscenza e monitoraggio della popolazione degli insediamenti informali

Vi è, di fatto, una scarsa conoscenza e il bisogno di un capillare monitoraggio della popolazione degli insediamenti informali in quanto si tratta di una popolazione che non vive stabilmente in un posto nè all'interno di contesti strutturati e gestiti, ma che liberamente si sposta seguendo per lo più la stagionalità dei raccolti, per cui a volte anche solo censire, conoscere, interloquire diventa un'ardua impresa. Inoltre, non poter entrare in contatto in maniera semplice e veloce con i migranti, non consente di individuare precocemente eventuali sintomi patologici o disagi che tenderanno quindi a cronicizzarsi, sfociando in vere e proprie malattie o problematiche, il cui processo di cura e risoluzione è decisamente più difficile alla luce del gap culturale.

2. La precaria condizione igienico-sanitaria

Gli insediamenti nascono come luoghi di vita legati alle povertà, alle marginalità e spesso all'irregolarità sul territorio. Nascono su terreni demaniali come agglomerati di baracche il cui pavimento è la terra, luoghi in cui mancano tutti i servizi. Si tratta di zone in cui la mobilità è intensa, tanti infatti i migranti che si trasferiscono verso altri insediamenti attratti da migliori condizioni lavorative o per periodi legati al lavoro stagionale.

I passati Governi hanno proposto, ed in alcuni casi attuato, lo smantellamento dei ghetti, ma finchè non si creeranno condizioni di vita più favorevoli per questa gente, gli insediamenti informali continueranno ad essere ricostruiti. Questi sono considerati da chi ci abita come l'unica forma di vita comune, socialità e collaborazione per loro possibile.

Ogni baracca funge da riparo per molte più persone di quante possa realmente accoglierne. I servizi sono esterni, spazi comuni, non sempre ben illuminati, che con il buio risultano pericolosi da raggiungere, soprattutto per le donne. Le riserve di acqua non sono sempre sufficienti e adeguate al numero dei residenti e manca qualsiasi presidio di sicurezza e qualsiasi tipo di decoroso servizio.

Buone prassi

Finchè non vengono individuate zone adeguate per il possibile trasferimento degli insediamenti bisogna prevedere che essi siano riorganizzati come di seguito proposto:

- le baracche andrebbero abbattute e sostituite (sul modello della foresteria) da costruzioni e/o soluzioni abitative mobili più decorose, con un numero limitato di occupanti, dotate di servizi igienici, acqua ed elettricità;
- per fronteggiare le necessità connesse all'aumento vertiginoso delle presenze nel periodo primavera-estate, bisognerebbe allestire anche dei dormitori per numeri di punta delle presenze, predisponendo servizi, anche comuni, per attingimento di acqua potabile, servizi igienici, cucine da adoperarsi a turno e dispenser di gel disinfettante oltre ad allestimento postazioni, con lavatrici, anche a gettone,

per il lavaggio della biancheria;

- distribuire in tutto l'insediamento cassonetti per la raccolta della spazzatura, rimuovendo i "cassoni," attualmente presenti, poco pratici, organizzando servizi di raccolta giornalieri, soprattutto nel periodo estivo.

3. Assenza di trasporti adeguati

Gli insediamenti informali sorgono al di fuori degli agglomerati urbani e non sono collegati con i centri cittadini. Questo è motivo di isolamento dalla vita sociale e spesso anche di esclusione da tutti i servizi e le possibilità che un territorio offre. All'isolamento si aggiunge la difficoltà di fruizione dei servizi socio-sanitari e il considerevole numero di incidenti causati sulle vie provinciali da pedoni e biciclette di migranti che si spostano dagli insediamenti.

È quindi importante prevedere linee di collegamento, con mezzi di trasporto pubblici, tra gli insediamenti e le zone a maggiore richiesta di lavoratori. Questo eviterebbe anche che i lavoratori paghino i caporali per arrivare sul luogo di lavoro.

Buone prassi

Nell'estate del 2019 la Regione Puglia ha previsto un bus che permetteva di collegare la Foresteria "Boncuri" alla città di Nardò e alla sua ferrovia. L'innovazione è stata utilizzata positivamente per recarsi in città e soprattutto presso i servizi socio-sanitari locali. Tale tipologia di trasporto prevista per il contrasto al caporalato, attraverso un impiego costante ed istituzionalizzato, porterebbe sicuramente al miglioramento delle condizioni di vita e ad una più reale inclusione per gli abitanti degli insediamenti informali.

4. Impedimenti connessi con la residenza anagrafica

Come si evince dal Rapporto "Fuori Campo" di Medici Senza Frontiere, pubblicato a febbraio 2018, la residenza anagrafica continua a costituire la barriera amministrativa più rilevante per l'accesso ai servizi della popolazione migrante.¹¹

Buone prassi

L'iscrizione anagrafica può avvenire attraverso registrazione della persona immigrata, che vive negli insediamenti informali, nel relativo Registro Nazionale per persone senza fissa dimora, istituito presso ogni Comune. Infatti, i presupposti oggettivi per l'iscrizione sono il domicilio nel territorio del comune, inteso in senso ampio come luogo in cui la persona concentra la generalità dei propri interessi e un regolare permesso di soggiorno. L'art. 2, comma 3 della Legge anagrafica n. 1228/54, modificato dalla L. n. 94/2009, prevede che "[...] la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel comune dove ha stabilito il proprio domicilio [...]". Per garantire l'applicazione delle disposizioni appena richiamate, nel Comune di Nardò i migranti senza fissa dimora sono iscritti come residenti in "Piazza Grande", a San Severo "via dell'Angelo Custode" e a Foggia "via della Casa Comunale".

5. Assenza di servizi alloggiativi

Uno degli interventi prioritari in questo campo dovrebbe prevedere un'analisi basata sui fabbisogni di manodopera delle aziende e che le veda possibilmente coinvolte anche nello sviluppo di soluzioni alloggiative dignitose fondate su:

- l'accoglienza in strutture dedicate, anche organizzata dai datori di lavoro (previa valutazione iniziale e monitoraggio) per l'alloggio del lavoratore per un periodo limitato;

¹¹ Rapporto Medici senza Frontiere "Fuori Campo" 2018.

- l'auspicabile recupero del patrimonio immobiliare pubblico, anche attraverso l'utilizzo dei beni confiscati alla criminalità, che si adatta ottimamente a situazioni di co-presenza tra lavoratori stagionali e stanziali;
- l'auspicabile riqualificazione dei Borghi rurali, adatti ai lavoratori stanziali, che può anche prevedere la partecipazione degli stessi lavoratori alla ristrutturazione e cura dei luoghi.¹²

Buone prassi

Modello di accoglienza sperimentato a livello locale con "Casa Sankara" nella Capitanata, a Rignano con la Foresteria "Torretta Antonacci" e, per il periodo estivo, a Nardò con la "Foresteria Boncuri".

6. Il mancato utilizzo del Centro per l'Impiego

Altrettanto importante, al fine di contrastare il fenomeno del caporalato e l'intermediazione illegale, è la centralità del ricorso ai Centri per l'Impiego quale attore principale per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, nonché la necessità di un lavoro sinergico tra le istituzioni, lavoratori e associazioni datoriali.

Al fine di agevolare l'iscrizione al CPI dei migranti presenti negli insediamenti informali, sarebbe utile prevedere l'istituzionalizzazione di un Servizio di Collocamento "di prossimità" che servirebbe a censire anche la popolazione residente e a creare un'opportunità di incontro tra domanda e offerta di lavoro favorendo la legalità. Le stime della Coldiretti hanno denunciato infatti una carenza di lavoratori in numero di 200 mila unità e le domande di regolarizzazione inoltrate con la c.d. Legge Bellanova (D.L. n. 34/2020 convertito con Legge n. 77/2020), hanno inciso in modo molto limitato sulla soluzione del problema, in quanto ad oggi solo lo 0.71% delle domande ha avuto esito positivo.¹³ A fronte di più di 200 mila domande di regolarizzazione solo circa 1.500 soggetti hanno potuto avere il permesso di soggiorno e, quindi, un contratto di lavoro. Attraverso i CPI di ogni migrante verrebbero registrati dati anagrafici, sito di dimora e numero telefonico ed è a questo Ufficio ai quali potrebbero rivolgersi gli imprenditori agricoli per la richiesta di mano d'opera giornaliera. Tutto ciò rappresenterebbe un ulteriore contributo alla lotta al caporalato.

Inoltre, bisognerebbe maggiormente vigilare, specie nel corso della stagione estiva, sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, facilitando l'adempimento degli obblighi relativi alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori agricoli occasionali o stagionali.

Buone prassi:

- Al fine di agevolare l'iscrizione al CPI dei migranti presenti negli insediamenti informali, sarebbe utile prevedere l'istituzionalizzazione di un Servizio di Collocamento "di prossimità" che servirebbe a censire anche la popolazione residente e a creare un'opportunità di incontro tra domanda e offerta di lavoro favorendo la legalità;
- nella Foresteria "Boncuri", a Nardò, nel periodo estivo, un'équipe di operatori del CPI si reca in loco per facilitare l'iscrizione all'Elenco Lavoratori Agricoli e, su richiesta, verificare la regolarità e la registrazione di alcuni contratti;
- sarebbe utile stipulare una convenzione tra le ASL e le organizzazioni sindacali e datoriali del settore agricolo per effettuare la visita medica pre- assuntiva direttamente dai medici delle ASL che svolgono (o possono svolgere) funzioni di medico competente all'interno delle ASL, ovvero mediante convenzioni con medici competenti, in caso di esposizione a rischi specifici.¹⁴

¹² Ministero dell'Interno "Piano Triennale 2020-2022 Lotta allo sfruttamento in agricoltura e caporalato", pag.19.

¹³ www.ilsole24.com, 4 marzo 2021.

¹⁴ Il Decreto Interministeriale Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero della Salute e del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali del 27 marzo 2013 "Semplificazione in materia di informazione, formazione e sorveglianza sanitaria dei lavoratori stagionali nel settore agricolo", stabilisce "che gli enti bilaterali e gli organismi paritetici del settore agricolo e della cooperazione di livello nazionale o territoriale possono adottare iniziative, utilizzando lo strumento della convenzione, finalizzate a favorire l'assolvimento degli obblighi in materia di sorveglianza sanitaria, mediante convenzioni con le Asl per effettuare la visita medica preventiva pre-assuntiva ovvero mediante convenzione con medici competenti in caso di esposizione a rischi specifici". La visita medica preventiva ha validità biennale e consente al lavoratore di prestare la propria attività stagionale nel limite delle 50 giornate all'anno.

La stipula della predetta convenzione permetterebbe di facilitare gli obblighi a carico dei datori di lavoro in tema di sorveglianza sanitaria a vantaggio sia dei singoli lavoratori che delle stesse imprese agricole.

7. Mancanza di corsi di lingua italiana

Dalla conoscenza della cultura di un paese e della sua lingua passa l'integrazione in un territorio. Troppo spesso gli abitanti degli insediamenti sono emarginati anche per scarsa o nulla conoscenza della Lingua Italiana.

Buone prassi

Organizzazione e realizzazione di corsi di lingua italiana negli spazi comuni degli insediamenti, da tenersi in fasce orarie serali per facilitarne la frequenza, fornire certificati finali validi per rinnovo/richiesta del permesso di soggiorno, in modo da diventare utili e premiali anche a livello burocratico.

Le **CRITICITÀ INTERNE** al modello sono:

1. Mancanza di procedure uniformi di presa in carico tra Distretti Socio- Sanitari

La mancanza di linee guida e protocolli di intervento e presa in carico uniformemente applicati, unitamente alla scarsità di risorse, sia umane che economiche, ha prodotto l'applicazione di procedure non uniformi per la presa in carico dei migranti e una differente interpretazione della disciplina sull'accesso ai Servizi nei territori, che spesso genera confusione anche nell'utenza, tramutandosi in una vera e propria barriera all'accesso ai Servizi.

2. Scarsa fruibilità dei servizi sanitari e socio- sanitari

Sarebbe auspicabile rendere più facilmente fruibili i Servizi di assistenza ed orientamento in tutte le ASL, rendendoli facilmente riconoscibili, anche attraverso l'apposizione di targhe multilingue stabili, nonché conoscibili attraverso la produzione di materiale informativo multilingue di semplice comprensione e divulgazione, anche in formato elettronico.

Gli uffici pubblici sono aperti in genere di mattina e un paio di pomeriggi a settimana, giorni in cui si concentra il maggior numero di popolazione straniera che cerca con grande difficoltà di accedere ai servizi alla fine della propria giornata lavorativa.

Si segnala inoltre che l'istituzione degli "Sportelli per l'integrazione socio-sanitaria e culturale per gli immigrati", pur previsti dall'art. 108 del Regolamento Regionale n.04/2007, in applicazione della L. n. 19/2006, non è diffusa in tutto il territorio regionale e, piuttosto, è realizzata sporadicamente solo in alcuni Ambiti Territoriali Sociali, con aperture al pubblico per altro molto limitate a soli pochi giorni della settimana. Il funzionamento uniforme e a regime di tale Servizio, con una diffusione capillare in quanto dovrebbe essere istituito in ogni Ambito Territoriale e, dunque, in ogni Distretto Socio- Sanitario, auspicabilmente in prossimità alle Porte Uniche di Accesso, agevolerebbe di molto l'accesso dei migranti ai Servizi Socio- Sanitari locali. Tanto anche in ragione della previsione dello stesso art. 108 del R.R. n. 04/2007, di un mediatore culturale quale figura professionale operativa all'interno del citato Servizio che ha il fine istituzionale di svolgere attività di informazione sui diritti, nonché di affiancamento degli operatori sociali, di primo orientamento e di accompagnamento dei cittadini stranieri immigrati e loro nuclei nell'accesso alla rete dei servizi sociali, sanitari, dell'istruzione, nonché di consulenza tecnica specialistica per supportare i servizi nella costruzione e nella gestione dei progetti personalizzati di intervento. Lo Sportello per l'integrazione socio- sanitaria e culturale per gli immigrati è stato poco implementato e in molti casi è rimasto sconosciuto alla platea dei possibili beneficiari, malgrado sia anche individuato quale Obiettivo di Servizio dal vigente Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Buone prassi

- Predisporre l'uso di "targhe porta" stabili e multilingua, nonché indicazioni con immagini comuni

in tutte le sedi;

- Predisporre periodicamente materiale informativo multilingue aggiornato;
- Rendere compatibili gli orari di funzionamento dei Servizi alle esigenze lavorative;
- Prevedere che nell'elenco dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta sia indicata la lingua straniera veicolare da loro eventualmente conosciuta per semplificarne la scelta da parte dei migranti;
- Rilanciare l'istituzione e la distribuzione capillare degli "Sportelli per l'integrazione socio-sanitaria degli immigrati" prevedendo, così come previsto anche nello stesso R.R. n. 04/2007, all'art. 108, l'organizzazione integrata con la PUA.

3. Mancanza di servizi stabilmente dedicati nelle aree a maggiore concentrazione di insediamenti informali

L'esigenza di istituire servizi dedicati nelle zone di maggiore concentrazione di insediamenti informali abitati da migranti, ha condotto alla realizzazione di diversi progetti, trasversali ed in multi-regia tra pubblico e privato, caratterizzati dalla multidisciplinarietà degli interventi.

Spesso però, la presa in carico dei migranti, soprattutto negli insediamenti informali, avviene nell'ambito di progettualità che sono a tempo determinato, terminate le quali, ogni miglioramento apportato al Sistema di presa in carico, è sospeso. Accade, quindi, che l'utenza viene supportata e poi improvvisamente lasciata sola perchè il singolo progetto volge al termine.

Buone prassi

Il progetto "Su.Pr.Eme. Italia" ha attivato presso gli insediamenti informali della Capitanata interventi di medicina di prossimità attraverso Unità Mobili Ambulatoriali che sarebbe necessario fossero rese operative stabilmente nel tempo, nonché implementate, allo scopo di:

- fornire assistenza sanitaria e socio-sanitaria di prossimità con continuità in un contesto di forte esclusione sociale e marginalità come quello interessato;
- costruire percorsi di promozione della salute e formazione di "promotori della salute" tra la popolazione delle comunità/referenti sanitari competenti direttamente all'interno delle comunità;
- rafforzare la collaborazione istituzionale con il servizio sanitario pubblico, sviluppando interventi di medicina di prossimità nei contesti più difficilmente raggiungibili dalle istituzioni sanitarie locali;
- individuare, sulla base dell'innovazione sviluppata dall'ETS "InterSOS" negli insediamenti informali, un Community mobilizer, in funzione di caregiver di Comunità, ovvero l'identificazione in ciascun insediamento di figure di riferimento interne alla comunità con il compito di diffondere le informazioni chiave in modo capillare tra la popolazione e cogliere eventuali problematiche che emergono dalla comunità;
- attivare, sulla scorta dell'esperienza della Regione Piemonte i "Nodi Territoriali contro la Discriminazione"¹⁵ al fine di contrastare ogni forma di esclusione dai diritti che la popolazione migrante potrebbe subire anche nell'accesso ai Servizi Sanitari e Socio-Sanitari territoriali e ridurre la "discriminazione istituzionale".

All'interno del territorio nazionale, con il costante evolversi della domanda sanitaria della popolazione

¹⁵ <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/diritti-politiche-sociali/diritti/antidiscriminazioni/rete-regionale-contro-discriminazioni>

e il consolidamento della realtà multietnica, si sono sviluppate pratiche che sono assolutamente replicabili nella nostra Regione e, in particolare nel territorio della ASL FG, laddove insistono i più numerosi insediamenti informali di Puglia: sull'esempio della ASL di Brescia, si ritiene il caso di sperimentare l'istituzione di una U.O. di Medicina Transculturale, con implementazione di un Servizio territoriale mediante unità mobile, anche dedicata alla formazione degli operatori sanitari e alla ricerca scientifica epidemiologica. Esperienza simile di U.O. di Medicina Transculturale sono state rese stabilmente operative e si sono replicate anche nelle ASL di Roma.

Sulla base di quanto previsto in tema di istituzione di Centri dedicati alla medicina dell'immigrazione, quali quelli previsti dall'art.14 del decreto Legge 158/2012, che riconosce l'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti (INMP) come Ente pubblico e gli attribuisce anche la funzione di Centro Nazionale per la mediazione transculturale, si potrebbe anche prevedere una sede territoriale di tale Istituzione nella zona della Capitanata.

Occorre dunque che si profili un modello di struttura sanitaria ad hoc per situazioni multiproblematiche quali quelle dei c.d. ghetti, che sia in grado non solo di prestare assistenza sanitaria, ma di essere centro di orientamento socio-sanitario e motore di integrazione nel tessuto sociale, capace di raggiungere tutte le forme sommerse di esclusione sociale, per garantire:

1. La medicina essenziale, accessibile e di bassa soglia;
2. La *governance* di una rete sanitaria e socio-sanitaria territoriale;
3. L'azione di filtro e di orientamento sanitario;
4. La prima presa in carico multidisciplinare da parte di una propria équipe;
5. La formazione e l'aggiornamento professionale del personale sanitario e socio-sanitario, nonchè azioni di capacity building per le PP.AA..

Sarebbe inoltre auspicabile, nei territori a maggiore concentrazione di insediamenti informali, poter prevedere anche servizi più facilmente accessibili per soggetti più vulnerabili quali i pazienti psichiatrici e le donne. Nello specifico, per quanto riguarda i vulnerabili psichici, la loro presa in carico da parte dei servizi di competenza (quali per esempio C.S.M. e SER.D.) di frequente si traduce nella mera prescrizione di una terapia farmacologica che, se da una parte potrebbe essere comunque necessaria per gli scompensi psichici, dall'altra parte però quasi sempre non è accompagnata da una diagnosi precisa e puntuale del disturbo presentato e soprattutto, non costituisce l'unica soluzione in quanto andrebbe sempre affiancata ad un percorso di supporto psicologico nel senso più stretto del termine. Si rileva come sia il processo diagnostico che quello di supporto psicologico, purtroppo, non sempre sembrano essere garantiti all'interno dei servizi pubblici soprattutto a causa della mancanza di risorse e personale che abbiano una competenza specifica ed una formazione relativa all'etno-psichiatria (studio e classificazione dei disturbi e delle sindromi psichiatriche che tiene conto sia dello specifico contesto culturale in cui si manifestano, sia del gruppo etnico di provenienza o di appartenenza del paziente) e alla psicologia trans-culturale (studio del distacco dalla propria cultura come un vero e proprio trauma che deve essere elaborato): presupposti teorici da cui non si può prescindere per una presa in carico efficace.

Buone prassi

Un'esperienza interessante per la presa in carico dei soggetti vulnerabili è quella posta in essere dalla Cooperativa "Crinali," in Lombardia, nel territorio Milanese, che per far fronte alle carenze di servizi e di percorsi "preferenziali," per i soggetti vulnerabili, hanno realizzato i seguenti interventi:

- formazione di mediatrici linguistico culturali (MLC) da impiegare nei consultori familiari e nei reparti di ostetricia e ginecologia;
- impiego di mediatrici linguistico culturali nei consultori familiari di Milano (12 su 19) e in alcuni della provincia;

- apertura di Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini negli ospedali milanesi San Paolo e San Carlo Borromeo con una équipe multi professionale dedicata;
- apertura di un Servizio sperimentale di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie;
- sperimentazione di nuove modalità di assessment con presenza fissa di mediatrici linguistico culturali in alcune UONPIA (Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e CPBA (Centri di psicologia dell'infanzia e dell'adolescenza) di Milano allo scopo di tenere in conto le differenze culturali e linguistiche per evitare il rischio di utilizzare come strumenti universalmente validi gli strumenti di valutazione e di diagnosi che abitualmente vengono usati nei nostri servizi per i bambini e gli adolescenti.¹⁶

Un'altra esperienza degna di nota è quella portata avanti dal centro "Frantz Fanon" di Torino che nasce come un Servizio di *Counselling*, psicoterapia e supporto psicosociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura. La sua attivazione è stata possibile grazie agli accordi stipulati negli anni passati dall'Associazione "Frantz Fanon" con i Dipartimenti di Salute Mentale del Servizio Sanitario Nazionale. Le modalità di lavoro presso il Centro prevedono spesso situazioni in cui i pazienti vengono inviati da parte di altri servizi, più di rado per auto-invio. Le loro condizioni di incertezza e di disagio, quando non di confusione, impongono che vengano accolti con estrema sensibilità, soprattutto allorquando abbiano subito esperienze violente, ciò che costituisce per molti utenti stranieri la regola (pazienti che hanno subito tortura, richiedenti asilo, donne straniere coinvolte nel circuito della tratta e dello sfruttamento sessuale, minori non accompagnati, ecc.). L'accoglienza e il trattamento psicoterapeutico vengono realizzati da personale medico-psichiatrico e psicologico che conosce, oltre all'italiano, almeno due delle maggiori lingue veicolari (inglese, francese), e in alcuni casi lo spagnolo o altre lingue (farsi, serbo-croato, ecc.) alla presenza di mediatori di madre lingua. I mediatori linguistico-culturali individuati hanno costruito una specifica competenza nell'area dell'assistenza psicologica e psichiatrica, sviluppato tecniche di comunicazione sensibili alle specificità di questa utenza, appreso a raccogliere con discrezione dati e informazioni, anche semplicemente quelli anagrafici: che spesso sono stati modificati o manipolati dall'utente per sfuggire a situazioni di minaccia e di pericolo.

16

4. Lo scarso impiego della mediazione interculturale nei servizi

I mediatori culturali sono stati istituzionalizzati dalla Legge sull'immigrazione del 1998 (Legge n. 40/1998 e T.U., art.38), che li cita per la prima volta come elemento di facilitazione per il rapporto tra le istituzioni scolastiche, la famiglia e l'alunno straniero.

In Italia non vi sono grosse novità legislative da allora ma in Puglia la figura professionale del Mediatore Interculturale è stata fortemente voluta dalla Regione, per meglio rispondere alle esigenze dei tanti stranieri che vi giungevano.

La Legge Regionale Pugliese n.32 del 2009 "Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia" espressamente all'art.10 (Assistenza Sanitaria) afferma: "La Regione promuove la presenza di mediatori linguistico-culturali nelle strutture sanitarie che registrano un maggiore accesso di stranieri, in particolare nelle sedi dei distretti, negli ospedali, nei consultori familiari e negli ambulatori di cui al comma 8. I servizi di mediazione linguistico-culturale sono attivati anche attraverso le programmazioni annuali di ambito concertate con le ASL e gli enti locali, ai sensi della l.r. 19/2006".

Pur in presenza di tale riferimento normativo, il lavoro dei Mediatori non è stato mai o quasi mai istituzionalizzato e reso stabile, bensì è adoperato solo saltuariamente, spesso grazie alle opportunità connesse a progetti a valere su risorse FAMI o PON. Non avere quindi dei riferimenti stabili per la popolazione migrante e per gli operatori del settore socio-sanitario è sicuramente una grande criticità, costituita anche dall'esigenza di meglio normare il percorso di studi che lo svolgimento di tale professione deve prevedere.

¹⁶ R. Garofalo, "Migrazioni e accoglienza: le necessità di un approccio di genere - Buone pratiche e nuove progettualità", 2017.

L'impiego del mediatore è di fondamentale importanza per la presa in carico dei migranti in quanto, ha la funzione di:

- contribuire a superare gli ostacoli all'accesso che impediscono alla popolazione immigrata una piena e reale fruizione dei servizi e l'effettivo godimento dei diritti ad essa riconosciuti;
- rimuovere tutte le condizioni di disegualianza economiche, sociali, ma anche di genere;
- permettere ai cittadini e alle cittadine straniere la conoscenza dei propri diritti, una perfetta interazione con il personale medico e paramedico e un'efficace trasmissione dei messaggi di prevenzione ed educazione sanitaria;
- affiancamento e sostegno sia per gli utenti che gli operatori dei Servizi pubblici.

Nei più recenti progetti, si è inoltre sperimentato l'impiego della figura del Mediatore Omo-culturale, una figura di "pari", anch'egli migrante, che conosce bene i bisogni e le difficoltà del percorso migratorio e dell'inclusione e che quindi può ben comprendere e avvicinare le persone che abitano negli insediamenti.

Buone prassi

Nella Regione Toscana la presenza dei Mediatori è istituzionalizzata e normata dal 1997 in quanto il passaggio dalla temporaneità dei progetti migratori di singole persone alla stanzialità di intere famiglie sul territorio ha avuto un forte impatto in tutti i settori e soprattutto sulla salute. In questo contesto, la Regione Toscana ha avviato un intervento complessivo che ha lo scopo di "mettere in forma" strategie e percorsi volti ad orientare i servizi verso la Mediazione Culturale, agendo sulle modalità con cui esse sono programmati e gestiti".

17

5. Le costanti necessità di formazione e aggiornamento degli operatori

Formare gli operatori socio-sanitari impiegati nei Servizi Sanitari e Socio- Sanitari degli Enti Pubblici che per la loro localizzazione e funzione hanno maggiore afflusso di popolazione straniera, è sicuramente un'esigenza da considerare per colmare il gap in termini di know how che tali operatori accumulano e che spesso si tramuta in ostacoli all'accesso ai Servizi da parte degli immigrati. È allo stesso modo importante anche che la formazione sia rinnovata e cadenzata nel tempo, perchè la normativa può modificarsi prevedendo eventuali necessità di aggiornamento.

Ciò avrebbe anche il significativo obiettivo di uniformare le prassi di molti servizi che appaiono diversificate a seconda del territorio, pur sviluppate sulla stessa normativa nazionale e regionale. Fondamentale è inoltre porre, nella formazione per gli operatori, particolare attenzione al supporto psicologico e alla tutela della donna migrante. Spesso la formazione collettiva è stata legata a progetti e quindi limitata nel tempo e ridimensionata nella sua funzione, ma si è visto anche il potenziale a livello di creazione di reti di servizi che questo tipo di formazione può sviluppare. Tutti gli operatori del settore non possono prescindere inoltre da una formazione trans culturale che li aiuti a leggere il disagio manifestato come la risultante di una serie di fattori, tra i quali il distacco dalla propria cultura.

Buone prassi

La formazione cooperativa e partecipata è una modalità già largamente sperimentata in Puglia, che andrebbe ulteriormente implementata anche per consentire che gli operatori degli Enti Pubblici e quelli del Privato Sociale abbiano la possibilità di formarsi reciprocamente, co-progettare strategie e servizi necessari per il territorio. Il *cooperative learning* attiva anche percorsi di *capacity building* con l'obiettivo di realizzare una formazione di prospettiva multidisciplinare e *multistakeholders*;

6. L'assenza di un database integrato

Una ulteriore miglioria da apportare al sistema di presa in carico è rappresentato dalla registrazione dei dati sanitari in rete, monitorando nel tempo l'evoluzione dei sintomi e la risposta alla terapia. Creare un Fascicolo sanitario significa prendere nota degli esami di *screening* eseguiti e, se il sintomo si ripete in un breve lasso di tempo, si potrebbero utilizzare i dati già acquisiti invece di ripetere la procedura per poter giungere ad una diagnosi più rapidamente. Inoltre la popolazione migrante spesso si sposta sul territorio e non porta con sé le analisi già fatte, che sarebbero quindi reperibili in rete.

Buone prassi:

L'adozione del data base integrato per tutta la popolazione, migrante e non, è stato già previsto dall'Agenda Digitale a livello europeo, nell'ambito della più ampia strategia Europa 2020. L'obiettivo principale dell'Agenda Digitale Europea è la valorizzazione delle tecnologie digitali e l'adeguamento tecnologico della Pubblica Amministrazione.¹⁷ Si auspica che tutta la popolazione possa a breve avere un fascicolo elettronico con la sua storia sanitaria conservata e registrata e protetta da privacy.

7. Assenza di procedure di dimissioni protette

Per ciò che concerne le dimissioni protette,¹⁸ per migranti che vivono negli insediamenti informali e in generale per le persone senza fissa dimora, manca una struttura di accoglienza ove collocare i pazienti. Per poter accedere in queste strutture viene richiesta una residenza valida e il pagamento della retta. In mancanza di una struttura adeguata, i pazienti sono altresì obbligati a rimanere in ospedale, con costi molto più onerosi del ricovero in strutture protette, con evidenti ricadute negative anche legate alla riduzione delle disponibilità di posti letto negli ospedali.

In questa sede è opportuno tuttavia specificare che la Regione Puglia, attraverso la Legge Regionale n. 19/2006 all'art.4 stabilisce che "per i soggetti di cui al comma 3 (cittadini extracomunitari) e per tutti gli interventi indifferibili, il Comune tenuto a garantire i servizi socio-assistenziali è identificato nel Comune nel cui territorio si è manifestata la necessità dell'intervento, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del Comune di residenza del cittadino destinatario dell'intervento e per i cittadini stranieri in base agli accordi internazionali". Nel caso quindi delle dimissioni protette, qualora necessarie e indispensabili, il Comune è tenuto a garantirne comunque l'accesso.

Buone prassi:

La Regione Toscana ha formulato accordi con enti privati finanziati dalla Regione su bandi ASL, per tentare la risoluzione di tale problematica. La soluzione ideale potrebbe essere quella di identificare tre strutture per il Nord, Centro e Sud della Puglia, con una capienza di minimo 10 posti letto ognuna.¹⁹

¹⁷ Agenda Digitale Italiana. obiettivi e ambiti di intervento (osservatori.net).

¹⁸ Vedasi Approfondimento 4.

¹⁹ Documento Proposte Intersos 2021, pag. 6.

Quadro sinottico criticità/buone prassi, ove praticate sul territorio, e modello di presa in carico socio-psico-sanitaria

1. Criticità/buone prassi

CRITICITÀ ESTERNE

Mancata conoscenza e monitoraggio della popolazione degli insediamenti

BUONE PRASSI

Monitoraggio della popolazione da parte dei progetti sul campo negli insediamenti.

CRITICITÀ ESTERNE

Precaria condizione igienico sanitaria

BUONE PRASSI

- Sostituzione baracche con abitazioni;
 - Allestimento dormitori;
 - Servizio acqua potabile;
 - Postazioni lavanderia;
 - Cucine comuni;
 - Cassonetti raccolta differenziata.
-

CRITICITÀ ESTERNE

Assenza di trasporti adeguati

BUONE PRASSI

- Potenziamento del trasporto pubblico dagli insediamenti ai luoghi di lavoro e verso i centri abitati vicini;
 - 2019 Regione Puglia prevede temporaneamente un bus per Foresteria Boncuri e viceversa.
-

CRITICITÀ ESTERNE

Facilitare la residenza

BUONE PRASSI

Iscrizione nel registro nazionale senza fissa dimora attraverso “via fittizia”

Es:

- Foggia, Via delle casa Comunale;
 - San Severo, Via dell’Angelo custode;
 - Nardò, Piazza Grande.
-

CRITICITÀ ESTERNE

Assenza di servizi alloggiativi

BUONE PRASSI

- Foresteria a Rignano “Torretta Antonacci”;
 - Modello Casa Sankara in Capitanata;
 - Foresteria Boncuri a Nardò, ma solo estiva;
 - riqualificazione borghi rurali.
-

CRITICITÀ ESTERNE

Mancato utilizzo centro impiego

BUONE PRASSI

- convenzioni tra Asl, organizzazioni sindacali e datoriali del settore agricolo per la visita pre-assuntiva;
 - Servizio di collocamento di “prossimità” come sperimentato a Nardò.
-

CRITICITÀ ESTERNE

Mancanza di corsi di lingua italiana

BUONE PRASSI

Organizzazioni di corsi in fascia oraria serale con certificazione valida.

CRITICITÀ INTERNE

Mancanza di procedure uniformi nei servizi

BUONE PRASSI

- Uniformare le procedure;
 - Diffusione linee guida e circolari esplicative;
 - Formazione degli operatori.
-

CRITICITÀ INTERNE

Mancanza di servizi stabili nel tempo

BUONE PRASSI

- Stabilizzare l'unità operativa multidisciplinare;
 - Stabilizzare l'unità mobile.
-

CRITICITÀ INTERNE

Mancanza fruibilità dei servizi

BUONE PRASSI

- Uso "targhe Porta";
- Orari di apertura più compatibili con esigenze lavorative;
Elenco lingue parlate dai medici di medicina generale.
Implementare sportelli108 attraverso integrazione con PUA e rete sportelli 108.
-

CRITICITÀ INTERNE

Mancanza di servizi dedicati

BUONE PRASSI

- Progetto SUPREME unità mobili;
 - INTERSOS "community mobilizer";
 - Costituzione di centri dedicati secondo normativa D.L. 158/2012 art.14, costruzione di struttura sanitaria come centro di orientamento socio-sanitario come INMP;
 - Nodo anti-discriminazione.
 - Attenzione particolare ai soggetti vulnerabili (psichici e donne);
 - Esperienza della cooperativa Crinali di Milano;
 - Centro Frantz Fanon di Torino
 - Giornate di formazione tematiche organizzate dall'Associazione Italiana di Psicoterapia Transculturale - A.I.PSI.T.
-

CRITICITÀ INTERNE

Scarso utilizzo della mediazione culturale

BUONE PRASSI

- LR 32 del 2009;
 - Presenza in tutti i servizi pubblici;
 - Regione Toscana istituzionalizza la presenza dei mediatori con norme regionali;
 - Mediatore Omoculturale.
-

CRITICITÀ INTERNE

Bisogno formazione operatori

BUONE PRASSI

- Organizzazione di meeting cooperativi partecipati;
 - Brochure multilingua.
-

CRITICITÀ INTERNE

Assenza di database integrato

BUONE PRASSI

Adozione della strategia europea "Strategia Europa 2020" in particolare "Agenda Digitale Europea".

CRITICITÀ INTERNE

Assenza di procedure di dimissioni protette

BUONE PRASSI

- Regione Toscana: accordi con enti privati e Regione su bando ASL;
 - 10 posti letto per 3 centri (Nord-Centro-Sud Puglia)
-

2. MODELLO DI PRESA IN CARICO

I PILASTRI DEL MODELLO DI PRESA IN CARICO

FRUIBILITÀ DELL'ACCESSO AL SSR

- Utilizzo della dichiarazione di domicilio per l'iscrizione al SSR;
- Iscrizione con cedolino questura; modello C3; ricevuta posta del kit per il rinnovo del permesso di soggiorno;
- Rilascio STP verificando solo la non regolarità sul territorio;
- Rinnovo STP in caso di necessità cure urgenti o essenziali;
- Equiparazione stato di inoccupazione con stato di disoccupazione per esenzione del ticket.

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

- Presenza di assistente sociale, psicologo, operatore legale, medico, mediatore culturale;
- Formazione ai diritti umani e approccio transculturale.

UNITÀ MOBILE

Servizio per avvicinare la popolazione target con equipe multidisciplinare e ambulatorio medico in grado di:

- Prestare primo soccorso;
- Presenza di infermiere;
- Programmazione di controlli dermatologici, ortopedici, oculistici, ginecologici;
- Screening vaccinazione.

GOVERNANCE

Coordinamento di una governance territoriale fra istituzioni nazionali, Enti locali e privato sociale che opera a favore della popolazione target.

INIZIATIVE DI ALFABETTIZZAZIONE

Iniziative da svolgere a cadenza mensile per permettere alla popolazione degli insediamenti di conoscere i servizi del territorio.

CARTELLA SOCIO-SANITARIA VIRTUALE

Cartella con analisi multidisciplinare con piano di azione individualizzato, analisi dei bisogni primari e secondari dove registrare ogni intervento socio-psico-sanitario.

MEDIATORE LINGUISTICO-CULTURALE

- Figura di raccordo fondamentale per facilitare i processi comunicativi;
- Implementazione della figura del mediatore *omoculturale*.

2.2 LINEE GUIDA E MODELLO DI PRESA IN CARICO²⁰

Nel lavoro sul campo svolto in attuazione del Progetto “Su.Pr.Eme Italia” (FAMI 2014-2020 - EMAS) si è avuta la possibilità di sperimentare alcune buone pratiche e una serie di strumenti fondamentali nel processo di presa in carico della popolazione migrante negli insediamenti, che ci si propone diventino buone prassi da implementare stabilmente soprattutto sul territorio interessato da una elevata concentrazione di migranti nei “ghetti”.

Per quanto riguarda le buone pratiche si segnalano quelle relative alla fruibilità rispetto all’accesso al Servizio Sanitario Regionale:

- iscrizione al SSR dei migranti presenti negli insediamenti informali attraverso l’utilizzo della dichiarazione di domicilio (prassi già applicata dalla ASL Foggia e dalla ASL Roma 2);
- iscrizione al SSR dei migranti con residenza o domicilio in altri distretti ASL attuata attraverso l’utilizzo del domicilio senza ulteriore documentazione e contestuale verifica ed eventuale cancellazione del precedente MMG, effettuata direttamente dalla ASL (Anagrafe Sanitaria) a cui si richiede la nuova iscrizione;
- iscrizione dei richiedenti asilo nelle more del primo rilascio del permesso di soggiorno o nelle more del rinnovo attraverso l’esibizione del modello C3 (che costituisce permesso provvisorio), ricevuta postale e/o cedolino della questura;
- rilascio del codice STP con validità di sei mesi previa unica verifica della condizione di non regolarità in relazione alla normativa relativa al soggiorno (a nulla rilevando il possesso di un documento di identità o di una tessera sanitaria in corso di validità da parte del migrante);
- rinnovo del codice STP in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale e di necessità di cure urgenti o essenziali;
- equiparazione tra stato di inoccupazione e disoccupazione ai fini dell’attribuzione dell’esenzione ticket, come previsto dell’art. 19, comma7 del D.lgs. n. 150/2015, al fine di agevolare l’effettivo accesso alle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda gli strumenti sperimentati, segnaliamo in questo documento quelli che occorrerebbe facciano stabilmente parte del modello di presa in carico da attuarsi nella nostra Regione, in special modo nelle aree interessate da vasti insediamenti informali come nel territorio della Capitanata.

1. Equipe multidisciplinari e approccio multidimensionale

La costituzione di un’équipe di professionisti adeguatamente formata in tema di diritti umani, ad un approccio trans-culturale e multidisciplinare che deve afferire all’ambito sanitario, sociale, psicologico, legale e della mediazione linguistico- culturale.

Una siffatta equipe dovrebbe essere presente in maniera stabile tanto negli insediamenti informali, quanto nei vari distretti socio-sanitari per garantire quella continuità di interventi e di assistenza necessaria per un’efficace presa in carico, almeno nei territori a più alta concentrazione di insediamenti informali di migranti.

2. Unità Mobile Ambulatoriale

Tale servizio è utile ad avvicinare la popolazione migrante ai Servizi Sanitari e Socio- Sanitari e ridurne le disuguaglianze di salute assicurando prestazioni di medicina di prossimità realizzati da équipe multidisciplinari su Unità Mobili, che praticino misure di assistenza integrata, cura e trattamento al fine di salvaguardare la salute e promuovere l’inclusione sociale dei migranti che vivono in condizioni di grave vulnerabilità nei ghetti, nonchè lanciando iniziative integrate e multilivello che supportino

²⁰ Appendice 1.

il sistema di autorità regionali e locali per promuovere lo sviluppo socio- economico e culturale locale e la transizione degli insediamenti in luoghi di ospitalità conformi ad accettabili standard di vita. Si registra l'assoluta carenza di Servizi di prossimità dedicati alla presa in carico dei bisogni di tutela della salute dei migranti che vivono nei ghetti, popolazione difficile da raggiungere dai canonici servizi del sistema sanitario (hard to reach). A causa delle proprie condizioni di deprivazione e delle scarse risorse a cui hanno accesso, del proprio status, nonché della irraggiungibilità dei Servizi Sanitari locali, il proprio diritto alla salute è quasi del tutto negato.

Tale Servizio porrebbe rimedio alle difficoltà alla presa in carico dei primari bisogni di salute e di accesso alle cure da parte del Servizio Sanitario locale, di popolazioni in condizione di marginalità, che a fronte di bisogni di salute complessi hanno minore accesso a risorse e servizi, minori tutele e, di conseguenza, maggiore esposizione ai fattori di rischio per la salute, in un'amplificazione delle disuguaglianze sociali e di salute, anche dovute alle proprie condizioni di sfruttamento lavorativo o riduzione in schiavitù. Si prevede che nel tempo, con la diffusione della conoscenza dei servizi del territorio e delle pratiche di accesso agli stessi da parte dei migranti, questo strumento venga utilizzato solo per le emergenze. Nell'unità mobile è previsto un ambulatorio medico strutturato in modo tale da:

- prestare il primo soccorso ai migranti in caso di infortunio o sintomi acuti, orientandoli successivamente all'iscrizione al SSN. L'ambulatorio dovrebbe svolgere un ruolo chiave di interfaccia con i Medici curanti, facilitandoli nel limite rappresentato dalla scarsa conoscenza della lingua; impostando una raccolta di dati di ogni singolo migrante, da utilizzare per la tracciabilità diagnostica e terapeutica successiva;²¹
- assicurare la presenza quotidiana di infermieri, per poter gestire e/o assicurare la continuità terapeutica giornaliera a chi ne necessita, soprattutto se iniettiva (im e/o ev) e, inoltre, per poter monitorare l'effetto terapeutico dei farmaci soprattutto se appena prescritti (controllo pressorio in corso di terapia antiipertensiva o valutazione dei parametri ai fini della diagnosi e prescrizione);
- programmare a cadenza stabilita dei controlli ai residenti per valutare eventuali focolai di scabbia o pediculosi. Tutte queste parassitosi sono facilitate nella diffusione dal sovraffollamento e dalle scarse condizioni igienico sanitarie in cui si vive negli insediamenti e bisognerebbe poter pianificare specifici programmi di sanificazione;
- istruire i migranti riguardo l'importanza della prevenzione, con periodiche visite di screening e valutazione del loro stato vaccinale, "agganciandoli", se necessario, agli Uffici Igiene e Profilassi competenti per le vaccinazioni, seguendo i calendari vaccinali nazionali e regionali. L'OMS e l'ECDC hanno sottolineato l'importanza di garantire ai migranti, ai rifugiati e ai richiedenti asilo un adeguato accesso alle vaccinazioni da parte dei Paesi ospitanti, come atto doveroso ai fini dell'uguaglianza e della promozione della salute globale.²² Prevedere la gestione di moduli per la quarantena, dotati di servizi igienici indipendenti, in modo da poter assistere soggetti positivi a qualsiasi malattia infettiva, in fase acuta e contenere il rischio di diffusione del contagio;
- gestire team multidisciplinari e coinvolgere, a cadenza programmata, altri specialisti in branche differenti (ortopedico, dentista, dermatologo, ginecologo, oculista) per visite mensili. In particolare, la collaborazione con dei ginecologi potrebbe portare all'organizzazione di giornate formative per le donne in gravidanza che vivono negli insediamenti in condizione del tutto inadeguata al proprio stato, fornendo loro tutte le informazioni sui propri diritti, nonché il calendario cadenzato, per settimane, dei controlli ematochimici e strumentali.²³

²¹ Appendice 2.

²² Appendice 3.

²³ Appendice 4.

3. La governance multilivello

Nell'ottica della migliore organizzazione dei servizi, che possa mettere a frutto il capitale sociale creato dalle interazioni degli attori istituzionali e non, che operano sul territorio nel campo dei servizi all'immigrazione e specificamente per gli immigrati che vivono negli insediamenti informali, sarebbe auspicabile l'implementazione di una *governance* territoriale multilivello più forte tra istituzioni nazionali, enti locali e privato sociale.

Gli strumenti proposti infatti, tenderebbero a migliorare e rafforzare il Sistema dei Servizi di Salute delle aree agricole e ad alta intensità di popolazione straniera in cui si manifestano fenomeni di grave sfruttamento lavorativo e inadeguate condizioni di vita, attraverso la realizzazione di interventi di medicina di prossimità e di equità che ne tutelino e ne realizzino effettivamente il diritto alla salute, sostenendo l'innovazione della *governance* regionale per favorire modelli efficaci di intervento della PA caratterizzati da elevata complessità.

L'utilizzo di questa pratica porterebbe non solo alla migliore erogazione del servizio ma anche al coinvolgimento della popolazione target in un processo di cambiamento e di *empowerment* che va oltre la sola risposta al bisogno sanitario e sociale rilevato.²⁴

4. Iniziative di alfabetizzazione sanitaria e socio- sanitaria (health literacy)

L'Unità Mobile dovrebbe svolgere a cadenza mensile iniziative che permettano ai migranti, che vivono negli insediamenti informali, di conoscere i servizi del territorio, il loro funzionamento e i documenti necessari per l'accesso/disbrigo delle pratiche, promuovendo la partecipazione dei migranti nelle Comunità, incoraggiando l'uso dei Servizi come modo per accrescere le proprie capacità di auto-integrazione e la propria situazione di auto-sufficienza, stabilendo relazioni con l'ambiente istituzionale circostante.

Nella direzione della promozione della salute è infatti anche il compito di *empowerment* dei migranti soggiornanti negli insediamenti, che sono oggetto di periodiche azioni di alfabetizzazione sociale e sanitaria da parte dei mediatori linguistici che affiancano il personale sanitario delle Unità Mobili e che si adoperano affinché siano dai migranti acquisite le competenze necessarie per muoversi autonomamente lungo il percorso, non semplice da assimilare, di presa in carico dei propri bisogni di salute.

5. La definizione di una cartella socio-sanitaria virtuale

La cartella dovrebbe contenere un'analisi multidisciplinare dei bisogni della persona che si rivolge al Servizio e la possibilità di registrare tutti gli interventi sia di ambito sanitario che socio-psicologico di cui il migrante necessita. Inoltre dovrebbe segnalare i servizi a cui ha diritto, quelli a cui ha avuto accesso e l'esito degli interventi.

Tale cartella dovrebbe essere impostata come piano di assistenza individualizzato che tenga conto dei bisogni espressi, cercando risposte non standardizzate che fuoriescano dalla mera ottica prestazionale per una risposta quanto più possibile personalizzata, efficace e olistica. Tale piano dovrebbe prevedere il coinvolgimento dei servizi pubblici e della rete di associazioni presenti sul territorio.

6. La presenza del Mediatore Linguistico-culturale

La presenza di questa figura è fondamentale importanza nei processi di presa in carico, a qualsiasi livello, in quanto funge da raccordo necessario, non solo dal punto di vista linguistico, ma anche e soprattutto culturale, fondamentale anche solo per facilitare i processi comunicativi specie quando trattasi di mediatori linguistici.

7. La formazione e l'aggiornamento degli operatori del Sistema di Presa in Carico

È di fondamentale importanza accrescere le competenze del personale delle ASL e, in particolare dei Servizi che insistono nelle aree e nei comuni di presenza dei ghetti, in tema di transculturalità e normativa di riferimento sul tema dell'immigrazione, dell'accesso dei migranti ai Servizi della Salute

²⁴ P. Donati, "L'approccio teorico e operativo dell'Intelligenza Territoriale (IT) come risposta alle sfide della globalizzazione", p. 124.

e delle cure specifiche di cui necessita la popolazione migrante che vive in condizioni di assoluta vulnerabilità nei ghetti.

Il modello di formazione più indicato è quello del *cooperative learning*: una specifica metodologia di insegnamento attraverso la quale gli studenti apprendono in piccoli gruppi, aiutandosi reciprocamente e sentendosi corresponsabili del reciproco percorso che si sta svolgendo in merito all'argomento che si sta trattando. L'insegnante assume un ruolo di facilitatore ed organizzatore delle attività, strutturando "ambienti di apprendimento" in cui gli studenti, favoriti da un clima relazionale positivo, trasformano ogni attività di apprendimento in un processo di "problem solving di gruppo", conseguendo obiettivi la cui realizzazione richiede il contributo personale di tutti.



CONCLUSIONI

A conclusione di questo lavoro con il quale si è voluto proporre un modello unitario e multidimensionale di presa in carico della popolazione che vive negli insediamenti informali si è voluta segnalare la positiva sperimentazione che la Regione Puglia ha implementato con alcuni Progetti finanziati a valere sulle risorse FAMI e, in particolare, far emergere le buone prassi e il know how acquisito grazie all'esperienza del Progetto "Su.Pr.Eme. Italia" (FAMI - EMAS 20142020).

Questo ultimo progetto, contraddistinto dalla collaborazione fra istituzioni pubbliche (Regione Puglia, A.Re.S.S. Puglia, ASL Foggia e ASL Lecce) e terzo settore ("InterSOS", "CUAMM" e "Solidaunia", nonché Consorzio "NOVA" quale partner tecnico di Progetto) ha permesso la progettazione e l'attuazione di nuovi modelli di politiche e servizi dedicati alla salute della popolazione, che vive negli insediamenti informali, in un'ottica di prossimità.

La progettualità di "Su.Pr.Eme. Italia" (Sud Protagonista nel superamento delle Emergenze in ambito di grave sfruttamento e di gravi marginalità degli stranieri regolarmente presenti nelle cinque regioni meno sviluppate), con l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari dedicati ai lavoratori migranti ed estendere il sistema informativo sull'accesso ai servizi territoriali, ha posto grande attenzione alla predisposizione di servizi integrati e di medicina di prossimità oltre che di equità, prevedendo risposte ai bisogni di assistenza sanitaria e socio- sanitaria a garanzia di soddisfazione di bisogni essenziali, compresi quelli dell'assistenza legale della popolazione che vive negli insediamenti informali perchè ne sia riconosciuto e praticato il proprio diritto di accesso ai Servizi di Salute. L'attenzione posta inoltre sullo sviluppo di un percorso di formazione comune a tutti gli operatori, con moduli specifici riguardanti la tematica della presa in carico di questa popolazione, come pure il coordinamento e i partenariati tra i diversi attori responsabili degli interventi di protezione e prima assistenza di queste persone, mostrano ad oggi l'importanza di rendere tali esperienze non più progettuali ed eterogenee sul territorio, ma programmate e stabili al fine di rispondere in maniera efficace e compiuta ai bisogni non solo della popolazione che vive negli insediamenti ma dell'intera Comunità, coniugando sapientemente integrazione e sicurezza, accoglienza e legalità.



BIBLIOGRAFIA

- Accorinti M., Spinelli E. “Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni”, Università degli Studi di Torino, 2014.
- Aragona M. et al., “The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service”, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47: 207-213, 2011.
- Aragona M., “Esperienze traumatiche, difficoltà vitali post-migratorie e sofferenza psicopatologica” In: Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (a cura di): “Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura.” Pendragon, Bologna: 83-92, 2014.
- Barberis E., “Il ruolo degli operatori sociali dell’immigrazione nel welfare locale”, 2010.
- Barberis E., “La dimensione territoriale delle politiche per gli immigrati”, 2009.
- Berkman L., “From social integration to health: Durkheim in the new millennium”, 2000.
- Camparini A. (a cura di), “Nuovo dizionario di servizio sociale”, Carrocci Editore 2013.
- Caritas diocesana di Roma, “La tutela della salute degli immigrati nelle politiche sociali”, 2010.
- Carrer S., Meuti V., Catino E., Pucci D., Lafuente M., Colosimo F., Aragona M., Mazzetti M., Maisano B., Ceraci S., “Immigrazione, traumi, difficoltà vitali e psicopatologia: uno studio preliminare in un setting di medicina generale”. *Rivista di Psichiatria*, n. 46, pag. 129 - 139, 2011.
- Casella D. (a cura di), “Gli operai agricoli in Puglia secondo i dati Inps anno 2019”, 2021.
- Ciniero A., “Le migrazioni in Puglia. Presenze migranti, governance e pratiche innovative di inclusione e partecipazione sperimentate nel contesto regionale”, Report di Ricerca, PROG-2328 “IMPACT: Integrazione dei Migranti con Politiche e Azioni Coprogettate sul Territorio”, settembre 2020.
- Ciniero A., “Puglia Rapporto immigrazione”, 2019.
- Danon M., Miltenburg A., “Rifugiati politici e salute mentale” (intervento tratto dagli Atti della Conferenza Internazionale Una città interculturale da inventare Esperienze europee a confronto - Padova, Sala dei Giganti, 14-16 Giugno 2001).
- Documento operativo per operatori sanitari dei centri di accoglienza immigrati. 2011.
- Donati P., “L’approccio teorico e operativo dell’Intelligenza Territoriale (IT) come risposta alle sfide della globalizzazione”, 2016.
- Freedly J.R., Magruder K.M., Zoller J.S., Hueston W.J., Carek P.J., Brock C.D., “Traumatic events and mental health in civilian primary care: implications for training and practice”, *Fam Med*, n. 42, pag. 185-192, 2010.
- Garofalo R., “Migrazioni e accoglienza la necessità di un approccio di genere - Buone pratiche nuove progettualità”, 2017.
- Ghini G., “Nuove concezioni di assistenza e modelli di intervento nelle politiche sociali” 2000 in “La Professione sociale” n. 19, 1991.
- Guiglia G., “Il diritto all’assistenza sociale nella prospettiva multilivello”, Padova, 2005.
- Harris N., “I Nuovi intoccabili. Perché abbiamo bisogno degli immigrati”, Milano, Il Saggiatore, 2000.
- Ismea, “I numeri della filiera del pomodoro da industria”, Roma, 2017.
- Istat “Vita e percorsi degli immigrati in Italia”, 2018.
- Kennedy S., McDonald J.T., Biddle N., “The healthy immigrant effect and immigrant. Selection: evidence from four countries”, *Journal of Economic Literature*, 2006.
- L’accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. Seconda edizione. La pandemia diseguale. Gli interventi di medicina di prossimità di Intersos negli insediamenti informali italiani durante l’emergenza covid -19 Febbraio 2021.
- Larchanchè S., Inagible obstacles: “Health implication of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France”, 2012.

Mazzetti M., “Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d’aiuto”, Carocci, Roma, 2003.

Medici senza frontiere “Rapporto Fuori campo”, 2018.

Medici Senza Frontiere “Rapporto Fuoricampo”, 2016.

Monografia “Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitan”, Rivista Epidemiologia e Prevenzione n. 5-6 settembre - dicembre 2019.

Osservatorio Placido Rizzotto/Flai-CGIL, “Agromafie e caporalato”, 2012.

Osservatorio Placido Rizzotto/Flai-CGIL, “Agromafie e caporalato”, 2017.

Pironi S., “Si va perdendo la ricchezza del sapere relazionale”, in “Animazione Sociale” n. 240, 2010.

Priebe S., Giacco D., El-Nagib R., “Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. Health Evidence Network Synthesis” Report, No. 47. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

Sayad A., “La doppia assenza. Dalle illusioni dell’emigrato alle sofferenze dell’immigrato”, Milano, Raffaele Cortina editore, 2002.

Vecchiato T., “Dall’assistenza ai servizi alle persone”, in “Politiche e servizi alle persone” n.6, 2000.

WHO. “Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region”, 2016.

Zanfrini L., “Sociologia della convivenza interetnica”, Roma/Bari, Laterza editore, 2004.

SITOGRAFIA

Agenda Digitale Italiana: obiettivi e ambiti di intervento (osservatori.net)

home> Notizie> Covid19 e tutela della salute dei migranti. Regione Puglia

http://www.cestim.it/argomenti/31italia/rapportipapers/dossier_migrazioni/parte_3/salute.htm

http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en

<https://altreconomia.it/buona-accoglienza-migranti-vulnerabili/>

<https://mediciperidiritiumani.org/studio-salute-mentale-rifugiati/>

<https://www.ausl.pr.it>

<https://www.ballafon.it/convegno/wp-content/uploads/2019/03/Slides-Convegno-Ballafon.pdf>

https://www.caritas.it/materiali/Area_Riservata/immigrazione/cni_feb2012/Geraci.pdf

https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione_della_Repubblica_italiana.pdf

<https://www.iprs.it/la-presenza-in-carico-psicosociale-dei-richiedenti-e-titolari-di-protezioni-internazionali>

<https://www.retesai.it/le-dimensioni-del-disagio-mentale-nei-richiedenti-asilo-e-rifugiati-problemi-aperti-e-strategie-di-intervento/>

<https://www.siproimi.it/wpcontent/uploads/2017/02/Ricerca-Le-dimensioni-del-disagio-mentale-Cittalia-2010.pdf>

<https://www.stateofmind.it/2018/01/richiedenti-asilo-salute-mentale/>

Mediazione culturale - Regione Toscana

skuola.net/temi-saggi-svolti/temi/vivere-morire-baraccopoli.html

www.epicentro.iss.it/problemi/polio/polio.asp

www.ilsole24ore.it

Division of Global Migration and Quarantine del National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID)/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nel 2012.

European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe 2017.

Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2017. Stockholm: ECDC.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Costituzione Italiana art. 10 comma 2 e art. 32 comma 1.

Legge n. 1228/1954 art. 2 e L. 94/2009 art. 3 commi 38 e 39.

Legge n. 176/1991 “Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo” e art. 35 co. 3 lett. b) T.U. 286/98.

Legge n. 40/ 1998 e T.U., art.38 “Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”.

D.P.R. 31 agosto 1999 “Regolamento recante le norme d’attuazione del Testo Unico ...”; Articoli sanitari: 42, 43 e 44.

Circolare Ministro Sanità n° 5 del 24 marzo 2000 “Indicazioni applicative del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286”.

D. L. 158/2000 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”.

L. R. Puglia 19/2006 “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”.

Regolamento Regione Puglia n.4 del 2007

Circolare Ministero della Salute n. DGRUERI/VI/ 11494 del 19.07.2007 “Iscrizione al Servizio Sanitario nazionale di studenti non appartenenti all’Unione europea”.

D.G.R. Puglia n.405/2009 “Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese e Direttive regionali”.

Legge Regionale Pugliese n.32 del 2009 “Norme per l’accoglienza, la convivenza civile e l’integrazione degli immigrati in Puglia”.

Circolare del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali n. 8489 del 19.04.2009 “Assistenza sanitaria in Italia ai titolari di permesso di soggiorno che svolgono regolare attività lavorativa”.

“Piano per l’integrazione nella sicurezza” del 2010.

D.G.R. Puglia n.912/2012 “Programma per la mediazione culturale nei consultori familiari. Approvazione Linee Guida alle ASL e Schema avviso pubblico di selezione”.

Accordo Stato - Regioni e P.A. n° 255 del 20 dicembre 2012: Gazzetta Ufficiale S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013 “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome” G.U. Serie Generale, n. 32 del 07 febbraio 2013. Deliberazione della Giunta Regionale del 21 maggio 2013.

“Linee Guida Dimissioni Protette-Percorsi assistenziali integrati Ospedale-Territorio Assistenza domiciliare e residenziale (appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse)” per la ASL BARI. Del. 21 ott. 2013.

“Linee guida per l’accoglienza e l’integrazione degli alunni stranieri del MIUR” del 2014.

D.lgs. 150/2015 Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell’articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183.

Circolare del Ministero del lavoro n.5090 del 4/4/2016 “Rifugiati - Esenzione ticket - Condizioni di non occupazione ex art. 19, comma 7 D.Lgs. 150/2015 - chiarimenti”.

Circolare del Ministero del lavoro n.5090 del 4/4/2016 “Rifugiati - Esenzione ticket - Condizioni di non occupazione ex art. 19, comma 7 D.Lgs. 150/2015 - chiarimenti”.

Circolare Ministero della Salute, 7 marzo 2017 - (cod. A6273) “Funzioni statali in materia di assistenza sanitaria in ambito internazionale. Stranieri richiedenti protezione internazionale. Assistenza sanitaria nelle more del riconoscimento di protezione internazionale.”

DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, definizione nuovi LEA.

Linee Guida Salute Migranti: I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012. Data di pubblicazione 2017, dall'*Australasian Society for Infectious Diseases (ASID)* e dal *RefugeeHealth Network of Australia (RHeaNA)*

L. 47/2017 Misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati.

Circolare Ministero della Salute DGPROGS 0021901-P del 24 luglio 2019 “chiarimento sulla L. 123/2018”.
Ministero del lavoro e politiche sociali “Piano triennale di contrasto allo sfruttamento lavorativo in agricoltura e al caporalato 2020 - 2022”.

Ministero dell'Interno, Circolare 1 aprile 2020 - Dipartimento per le Libertà Civili e l'immigrazione.

D.L. n. 34/2020 convertito con legge n. 77/2020.

Circolare Ministero della Salute del 14.07.2020 “Decreto legge 34/2020 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 pubblicato nella GU n.128 del 19/05/2020 - Suppl. Ordinario n.21”.

APPROFONDIMENTI

Approfondimento n. 1 - L'accesso ai servizi sanitari.

L'Accordo Stato Regioni del 20.12.2012 contenente «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome»²⁵ rappresenta il punto di partenza per il corretto accesso ai servizi sanitari della popolazione straniera, con il fine di favorire una maggiore uniformità nei percorsi di accesso al SSR ed alle cure da parte dei migranti e facilitare il lavoro degli operatori sanitari.

L'accordo prevede che sono obbligatoriamente iscritti al SSR ex art. 34 co. 1 D.Lgs. n. 286/1998 e ss.mm.ii., tutti i cittadini stranieri presenti in Italia in possesso di un permesso di soggiorno per i seguenti motivi:

- lavoro subordinato, anche stagionale;
- lavoro autonomo;
- motivi familiari (salvo che si tratti del permesso rilasciato ai genitori ultrasessantacinquenni a carico entrati in Italia per ricongiungimento familiare con istanza presentata dopo il 5 novembre 2008: cfr. art. 29, comma 3, lett. bbis) T.U.);
- asilo politico/rifugiato;
- asilo umanitario/motivi umanitari /protezione sussidiaria/casi speciali/ protezione speciale/ protezione sociale;
- richiesta di protezione internazionale;
- richiesta di asilo;
- attesa adozione;
- affidamento ivi compresi minori non accompagnati;
- richiesta di cittadinanza;
- possessori di carta di soggiorno e soggiornanti di lungo periodo;
- familiari non comunitari di cittadini comunitario iscritto al SSR;
- attesa di occupazione;
- attesa di regolarizzazione (iscrizione temporanea in attesa di definizione della pratica);²⁶
- minori stranieri presenti sul territorio a prescindere da possesso di permesso di soggiorno;²⁷
- genitore che svolge attività lavorativa con permesso di soggiorno per assistenza minore;²⁸
- donna in permesso di soggiorno per cure, in stato di gravidanza fino a sei mesi dalla nascita del figlio cui provvede (il padre del bambino è equiparato alla madre);
- motivi di studio per maggiorenni precedentemente iscritti a titolo obbligatorio;²⁹
- detenuti negli istituti penitenziari per adulti e minori e internati negli ospedali psichiatrici giudiziari; in semilibertà; sottoposti a misure alternative alla pena, con o senza permesso di soggiorno;
- permessi per motivi di giustizia;
- motivi religiosi per religiosi che svolgono attività lavorativa;
- apolide;
- motivi di studio studenti per studenti che svolgono attività lavorativa;
- residenza elettiva con titolarità di pensione contributiva italiana;
- motivi di salute/umanitari (esclusi i soggiornanti ex art. 36 T.U. 286/98 cure mediche).

²⁵ G.U. Serie Generale, n. 32 del 07 febbraio 2013. Deliberazione della Giunta Regionale del 21 maggio 2013.

²⁶ Circolare Ministero della Salute del 14.07.2020 "...si chiarisce che ai cittadini stranieri in emersione deve essere riconosciuto il diritto all'assistenza sanitaria a titolo obbligatorio in coerenza con i principi di tutela della persona e della dignità del lavoratore contenuti nell'art. 34 del T.U. n. 286/98. L'iscrizione a titolo obbligatorio al SSN avrà decorrenza dalla data di presentazione della domanda di emersione o del permesso temporaneo, ed avrà carattere provvisorio fino al perfezionamento della procedura di emersione. Si evidenzia inoltre che in entrambi i casi al cittadino straniero dovrà essere rilasciata la tessera sanitaria ma non la TEAM, che potrà essere rilasciata, verificati i requisiti, solo al momento in cui al cittadino straniero sarà rilasciato regolare permesso di soggiorno per lavoro."

²⁷ L. n. 176/1991 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo" e art. 35 co. 3 lett. b) T.U. 286/98.

²⁸ Circolare del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali n. 8489 del 19.04.2009.

²⁹ Circolare Ministero della Salute n.DGRUERI/VI/ 11494 del 19.07.2007.

Attesa primo rilascio permesso di soggiorno

In tutti i casi in cui il cittadino straniero sia in attesa di primo rilascio di permesso di soggiorno per uno dei motivi che determinano il diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR, si procede all'iscrizione temporanea sulla base della documentazione attestante l'avvenuta richiesta del permesso di soggiorno (ricevuta postale/modello c3), ivi compresi coloro che hanno fatto domanda di regolarizzazione o emersione dal lavoro nero.

Si specifica che sul modello C3 - ricevuta attestante la presentazione della richiesta di protezione internazionale viene riportato il codice fiscale provvisorio che consente l'iscrizione al SSR.³⁰

Verifica requisiti per l'iscrizione al SSR

In tutti i casi in cui il cittadino straniero è in possesso di un titolo di soggiorno per cui è prevista l'iscrizione obbligatoria, la ASL deve procedere all'iscrizione al SSR, senza la verifica di ulteriori requisiti. Pertanto, l'esibizione della certificazione attestante lo svolgimento di attività lavorativa si rende necessaria soltanto nei casi in cui il cittadino straniero svolga attività lavorativa pur non essendo in possesso di titolo di soggiorno per cui è prevista l'iscrizione obbligatoria al SSR (permesso per assistenza minore/motivi di studio/motivi religiosi).

Durata dell'iscrizione sanitaria

L'iscrizione al SSR è valida dalla data di ingresso fino alla scadenza del permesso di soggiorno e non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno stesso.

Ai fini del mantenimento dell'iscrizione in fase di rinnovo del permesso è prevista l'esibizione di copia della richiesta di rinnovo (ricevuta postale / cedolino questura).

L'iscrizione cessa per mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno ovvero per espulsione, salvo che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la pendenza del ricorso contro i suddetti provvedimenti.

Iscrizione d'ufficio

Nel caso in cui, al momento della richiesta d'assistenza, lo straniero non comunitario regolarmente presente sul territorio nazionale non abbia ancora provveduto all'iscrizione formale al SSR, le strutture sanitarie devono comunque provvedere all'erogazione dell'assistenza e alla contestuale iscrizione d'ufficio al SSR. Infatti, il possesso del permesso di soggiorno fa retroagire il diritto all'assistenza sanitaria dello straniero, in quanto regolarmente soggiornante, alla data di ingresso in Italia.³¹

Pertanto, l'iscrizione al SSR ha carattere meramente dichiarativo, ovvero ricognitivo del diritto alle prestazioni e non costitutivo del diritto!

MINORI

La tutela della salute dei minori stranieri in Italia trova il suo fondamento nella Convenzioni Internazionali, fra tutte prima la Convenzione di New York del 1989 sui diritti del fanciullo, e negli articoli 10 e 32 della Carta Costituzionale. In particolare, la Convenzione di New York impone agli Stati di garantire ai fanciulli i diritti essenziali, tra i quali l'assistenza sanitaria, in condizioni di assoluta parità. Con il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 è stato sancito che per **tutti i minori stranieri** presenti sul territorio (sia se presenti con i genitori, che nel caso di minori non accompagnati-MSNA) ed **indipendentemente dalla regolarità del soggiorno**, è prevista l'iscrizione obbligatoria al SSR.³²

Nel contempo, la L.47/2017 ha previsto l'iscrizione obbligatoria e gratuita al S.S.N. dei minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale.

³⁰ Circolare Ministero della Salute, 7 marzo 2017 - (cod. A6273) Nella fattispecie, con riferimento al decreto legislativo 142/2015 ex art. 1 (le misure sull'accoglienza si applicano dal momento della manifestazione della volontà di chiedere la protezione internazionale), al fine di ottimizzare la procedura d'iscrizione all'SSN, l'Agenzia delle Entrate, di concerto con il Ministero dell'Interno, ha attivato apposita procedura telematica per l'attribuzione del codice fiscale numerico provvisorio, contestualmente alla verbalizzazione della domanda. Tale procedura prevede il rilascio del codice fiscale provvisorio numerico da parte della questura e della polizia di frontiera, consentendo l'iscrizione al SSN. Sulla base di quanto stabilito nella medesima circolare, pertanto, il codice fiscale provvisorio verrà riportato sulla ricevuta attestante la presentazione della richiesta di protezione internazionale sopradescritta.

³¹ Circolare Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000.

³² D.P.C.M. 12.01.2017 articolo 63, comma 4, "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".

L'iscrizione dei MSNA al SSR viene richiesta dall' esercente, anche in via temporanea, della responsabilità genitoriale (tutore) o dal responsabile della struttura di prima accoglienza.

Familiari a carico

L'assistenza copre anche i familiari regolarmente soggiornanti in Italia a carico dello straniero iscritto obbligatoriamente.

Per la determinazione dei familiari a carico, ai fini dell'assistenza sanitaria, valgono le disposizioni di cui al D.P.R. n. 797/1955 (figli, coniuge, genitori a carico; figli legittimati, figli adottivi, affiliati, figli naturali legalmente riconosciuti, e, in certi casi, fratelli, sorelle, nipoti e minori regolarmente affidati; in certi casi, ascendenti in linea diretta, a carico).

Agli stranieri regolarmente soggiornanti obbligatoriamente iscritti al SSR viene rilasciata la **tessera europea di assicurazione malattia (TEAM)** al pari dei cittadini italiani.

Dichiarazioni sostitutive

I cittadini di stati non appartenenti all'UE regolarmente soggiornanti in Italia, possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive di certificazione e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani.

Residenza/effettiva dimora

Lo straniero è iscritto negli elenchi degli assistibili dell'ASL nel suo territorio di residenza o dove ha effettiva dimora, ovvero quello indicato nel permesso di soggiorno. Se non c'è fissa dimora, si considera residente nel comune dove ha domicilio.³³ Se è un richiedente di protezione internazionale si fa riferimento all'autocertificazione di effettiva dimora o alla dichiarazione di ospitalità.

Una delle maggiori criticità dei migranti che vivono negli insediamenti informali è mobilità sul territorio nazionale conseguenza della precarietà dei lavori e della stagionalità dei lavori agricoli.

Buona prassi ASL Foggia: iscrizione con presentazione di dichiarazione sostitutiva di certificazione di domicilio negli insediamenti informali. Cancellazione e/o sospensione d'ufficio dell'iscrizione nella Asl di provenienza.

35

Esenzione

Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia titolari di permesso di soggiorno che comporta l'obbligo di iscrizione al SSR hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene l'obbligo contributivo.³⁴

Si segnala come una delle barriere alla piena accessibilità dei servizi sanitari da parte dei migranti in condizione di vulnerabilità presenti negli insediamenti informali è rappresentato dalla difficoltà nel pagamento del ticket sanitario.

L'art. 19, co.7 Dlgs 150/2015 stabilisce che: (...) le norme nazionali o regionali ed i regolamenti comunali che condizionano prestazioni di carattere sociale allo stato di disoccupazione si intendono riferite alla condizione di inoccupazione. Circolare del Ministero del lavoro n.5090 del 4/4/2016, la quale ribadisce che per la fruizione di prestazioni di carattere sociale rileva esclusivamente la **condizione di non occupazione.**

³³ L. 1228/1954 art. 2 e L. 94/2009 art. 3 commi 38 e 39.

³⁴ L'art. 19, co.7 Dlgs 150/2015 stabilisce che: (...) le norme nazionali o regionali ed i regolamenti comunali che condizionano prestazioni di carattere sociale allo stato di disoccupazione si intendono riferite alla condizione di inoccupazione. Il giudice stabilisce che: (...) Ciò che rileva, pertanto, è lo stato di non occupazione, non rilevando più invece le circostanze che l'interessato abbia in precedenza svolto attività lavorativa. Al fine del godimento di prestazioni di carattere sociale non sussiste più pertanto la precedente distinzione tra disoccupato (soggetto che in precedenza svolgeva attività lavorativa) ed inoccupato (soggetto che non ha mai svolto attività lavorativa), rilevando invece la sola condizione della non occupazione. D'altra parte, ciò è quanto si ricava dalla lettura della circolare del Ministero del lavoro n.5090 del 4/4/2016, la quale ribadisce che per la fruizione di prestazioni di carattere sociale rileva esclusivamente la condizione di non occupazione.

Documenti necessari per l'iscrizione al SSR degli stranieri non appartenenti all'U.E.

STRANIERI IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER

- Lavoro subordinato (anche stagionale) o autonomo
- Motivi familiari

DOCUMENTI NECESSARI:

- Passaporto o documento equipollente;
- Permesso di soggiorno;
- Codice fiscale;
- Autocertificazione di residenza o effettiva dimora.

STRANIERI IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER

- Attesa occupazione

DOCUMENTI NECESSARI:

- Passaporto o documento equipollente;
- Permesso di soggiorno;
- Codice fiscale;
- Autocertificazione di residenza o effettiva dimora;
- Iscrizione al CPI.

36

STRANIERI IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER

- Asilo politico/Rifugiati
- Asilo umanitario
- motivi umanitari
- protezione sussidiaria
- casi speciali
- protezione speciale
- protezione sociale
- Richiesta protezione internazionale
- Richiesta di Asilo
- Status di apolide
- Richiesta cittadinanza
- Familiare non comunitario di cittadino comunitario iscritto al SSR
- Minori anni 18 non accompagnati
- Studio
- Giustizia/Giudiziari superiori a 3 mesi

DOCUMENTI NECESSARI:

- Permesso di soggiorno;
- Codice fiscale;
- Autocertificazione di residenza o effettiva dimora;
- Documento identità ove in possesso.

I richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale possono essere identificati sulla base dei dati riportati sul titolo di soggiorno che riveste, ai sensi dell'art. 1 lett. c) del D.P.R. 445/2000, natura di documento di riconoscimento in quanto munito di fotografia del titolare e rilasciato, su supporto cartaceo, magnetico o informatico, da una pubblica amministrazione italiana).

STRANIERI IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER

- Attesa adozione
- Affidamento

DOCUMENTI NECESSARI:

- Documento d'identità del genitore;
- Codice Fiscale del minore;
- Stato di famiglia (Autocertificazione);
- Documentazione attestante affido o adozione.

STRANIERI IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER

- Assistenza minore con svolgimento di regolare attività lavorativa
- Motivi religiosi con svolgimento di regolare attività lavorativa
- Motivi di studio con svolgimento di regolare attività lavorativa
- Residenza elettiva con titolarità di pensione contributiva italiana

DOCUMENTI NECESSARI:

- Permesso di soggiorno;
- Codice fiscale;
- Autocertificazione di residenza o effettiva dimora;
- Documento identità;
- Documenti comprovante lo svolgimento dell'attività lavorativa (mod. unilav o C2 storico).

STRANIERI IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER

- Carta di soggiorno o soggiornanti di lungo periodo
- Carta di soggiorno permanente per familiare di cittadino europeo

DOCUMENTI NECESSARI:

- Carta di soggiorno;
- Codice fiscale;
- Autocertificazione di residenza o effettiva dimora.

STRANIERI:

- detenuti negli istituti penitenziari per adulti e minori e internati negli ospedali psichiatrici giudiziari; in semilibertà, sottoposti a misure alternative alla pena, con o senza permesso di soggiorno

DOCUMENTI NECESSARI:

- Attestazione dell' istituto penitenziario o Provv. autorità giudiziaria;
- Codice Fiscale.

STRANIERI IN POSSESSO DI PDS PER MOTIVI DI:

- Motivi di salute donna, in stato di gravidanza e padre del minore, fino ai sei mesi successivi alla nascita del figlio cui provvedono; in caso di scadenza di precedente PdS e sopraggiunta malattia o infortunio che non permettano di lasciare il territorio nazionale)

DOCUMENTI NECESSARI:

- Permesso di soggiorno;
- Documento d'identità;
- Codice Fiscale;
- Residenza o dichiarazione di effettiva dimora.

NELLE MORE DEL **PRIMO RILASCIO**
O NELLE MORE DEL **RINNOVO** DEL
PREMESSO DI SOGGIORNO



DOCUMENTI NECESSARI:

- Ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo PdS (anche ricevuta postale/ricevuta-cedolino questura - mod. c3);
- Documento d'identità;
- Codice Fiscale;
- Residenza o dichiarazione di effettiva dimora.

Per i richiedenti **protezione internazionale** la ricevuta rilasciata dalla Questura al momento della verbalizzazione della domanda di protezione internazionale (**modello C3**) costituisce permesso di soggiorno provvisorio con conseguente diritto all'iscrizione S.S.R.

STRANIERI SENZA PERMESSO DI SOGGIORNO (STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI - STP)

Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere **URGENTI** o comunque **ESSENZIALI**, ancorchè continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.³⁵

Definizioni

CURE URGENTI: cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.

CURE ESSENZIALI: Prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)³⁶

Sono in particolare garantiti:

- a) la tutela sociale della **gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane**, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
- b) la tutela della salute del **minore** in esecuzione della Convenzione sui Diritti del fanciullo del 20 novembre 1989;³⁷
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

È stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

Ai fini dei trapianti, compreso il trapianto di midollo osseo, considerati terapie essenziali, lo straniero STP è trattato al pari del cittadino italiano.

³⁵ T.U. n. 286/98 art. 35 comma 3.

³⁶ Circolare Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000 "l'accertamento dell'essenzialità della prestazione, come per l'urgenza, rientra nell'ambito della responsabilità del medico."

³⁷ L. n. 176/1991 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo".

Codice STP (Straniero Temporaneamente Presente)

L'assistenza sanitaria nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno viene erogata attraverso il rilascio di un tesserino con codice regionale individuale STP (Straniero Temporaneamente Presente) che identifica l'assistito per tutte le prestazioni erogabili con finalità prescrittive e di rendicontazione. Esso viene attribuito in occasione della prima erogazione delle prestazioni o può essere rilasciato preventivamente, al fine di facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione.

Documenti richiesti per il rilascio del codice STP

Le informazioni richieste dalla ASL struttura sanitaria per il rilascio del codice STP sono:

- nome, cognome, sesso, data di nascita, nazionalità.

Qualora non fosse possibile esibire un documento di identità è sufficiente la registrazione delle generalità fornite dall'assistito.³⁸

VALIDITÀ E DURATA DEL CODICE STP

Ha **durata di 6 mesi** ed è **rinnovabile** in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale. Ha validità su tutto il territorio nazionale.

ESENZIONE

Qualora il cittadino straniero privo di permesso di soggiorno ed in possesso del codice STP, non avesse risorse sufficienti per il pagamento del ticket, è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione (dichiarazione di indigenza), il codice di esenzione X01 per le prestazioni specialistiche che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata e TOT10 per i farmaci.

CODICE ENI (EUROPEO NON ISCRITTO)

I cittadini dell'Unione Europea presenti sul territorio nazionale, nel caso in cui non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza, sono tenuti a pagare la prestazione che viene loro erogata.

Tuttavia, se impossibilitati a pagare la prestazione perchè **indigenti**, previa autocertificazione alla ASL dell'assenza dei requisiti assistenziali e l'autodichiarazione della propria condizione di indigenza, verrà rilasciato un tesserino "codice ENI" con validità sul territorio regionale attraverso cui saranno assicurate le seguenti prestazioni:

- 1) le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia ed infortunio,
 - 2) i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.
- Ai fini del rilascio del Codice ENI è necessario esibire i seguenti documenti:

- Documento di identità;
- Dichiarazione di effettiva dimora;
- Dichiarazione di non essere iscritto all'anagrafe dei residenti, di essere presente stabilmente da più di tre mesi sul territorio italiano, di non beneficiare di assistenza sanitaria a carico di istituzioni estere e di non avere polizze assicurative;
- Dichiarazione di indigenza.

Anche nel caso di utilizzo del codice ENI, è possibile applicare, a seguito di una dichiarazione (dichiarazione di indigenza), il **codice di esenzione X01** per le prestazioni specialistiche che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata e TOT10 per i farmaci.

³⁸ Circolare Ministero della Salute n. 5 del 24.03.2000 "la struttura sanitaria deve in ogni caso provvedere anche in assenza di documenti di identità alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito, non solo perchè il beneficiario delle prestazioni non può, in linea di principio, rimanere anonimo, ma anche ai fini degli adempimenti dell'art. 4 DPR 394/99 e della rilevazione di casi di malattie infettive e diffusive soggette a notifica obbligatoria."

Approfondimento n. 2 - La presa in carico sociale dei migranti

LA PRESA IN CARICO DEI MIGRANTI CHE VIVONO NEGLI INSEDIAMENTI INFORMALI

Nonostante, sulla base delle leggi in vigore gli immigrati regolari siano equiparati ai cittadini italiani e gli irregolari mantengano alcuni diritti, tra cui quello alla assistenza sanitaria, il tema dei diritti sociali resta molto problematico.

Per ciò che riguarda l'intervento sociale dell'assistente sociale nell'ambito dell'immigrazione, esso dovrebbe essere volto a favorire e implementare la capacità delle persone straniere, che vivono nel nostro paese, ad utilizzare i servizi esistenti sul territorio cercando di superare le barriere culturali, legali e burocratiche amministrative che rendono problematico l'accesso al sistema di welfare.

All'assistente sociale è richiesta l'abilità di pensare in modo flessibile e di riconoscere che i propri riferimenti, culturali, religiosi, sociali non sono gli unici possibili, si dovrebbe perciò ripensare non solo le proprie categorie mentali, ma anche le strumentazioni analitiche basate sul sentire e su un'interpretazione del mondo etnocentrica.³⁹

È quindi necessario, nella presa in carico e nell'ascolto dei bisogni della persona migrante, operare un decentramento culturale, vale a dire una sospensione del giudizio intorno agli elementi culturali che emergono aprendo uno spazio per la narrazione e l'espressione dei riferimenti culturali altrui tenendo inoltre presente la non staticità della cultura e del legame che essa ha con l'evoluzione dei rapporti sociali.⁴⁰

I FATTORI CHE INFLUENZANO LA PRESA IN CARICO, LA CAPACITÀ DI ASCOLTO E L'APPROCCIO TRANSCULTURALE

Per quanto riguarda la specificità relative all'incontro, al colloquio con il migrante per poter inquadrare i bisogni dello stesso bisogna considerare alcuni fattori che in maniera particolare possono influire sulle problematiche di tipo sociale, psicologico e medico le quali derivano da un mix di fattori. Quando parliamo di presa in carico sono molteplici i fattori da considerare: il genere, l'appartenenza etnica, lo status economico, l'orientamento sessuale sono ad esempio fattori che incidono e generano differenze nell'esposizione al rischio e alle situazioni di vulnerabilità.

Nello specifico, nella popolazione che stiamo considerando, tali aspetti influenzano la persona che vogliamo prendere in carico, in tutti i passaggi del suo percorso di migrazione, dal paese di origine fino all'arrivo nel paese di accoglienza.

Tra i fattori elencati quello di genere, in particolare, differenzia anche bisogni e competenze delle persone che stiamo prendendo in carico per cui occorre rispondere con diversificate metodologie di ascolto e accoglienza dei bisogni.

Prendendo in considerazione il fattore di genere è possibile affermare che le donne che hanno intrapreso un percorso migratorio hanno vissuto già nei Paesi di origine uno stato di necessità dovuto proprio ad una discriminazione di genere, scarso reddito, mancato o scarso accesso all'istruzione e ai servizi sanitari, assenza di tutele giuridiche, esposizione a violenze e sfruttamento. Ad esempio diverse ricerche condotte sul campo dalle Agenzie internazionali evidenziano come nei campi di prima accoglienza la violenza di genere in ogni sua forma, domestica, sessuale, matrimoni forzati, prostituzione forzata e traffico di esseri umani, cresca esponenzialmente.

Le donne costrette ad emigrare subiscono, quindi, per il loro genere una oppressione multidimensionale: in quanto soggetti in fuga da un paese che le persegue o che ne mette a repentaglio l'esistenza, in quanto straniere in paesi di arrivo sempre più intolleranti verso la diversità e in quanto donne in società, sia quelle di origine che di arrivo, nelle quali il principio della parità di genere e la lotta alla violenza sulle donne sono lontani dall'essere pienamente realizzati.⁴¹

Altro fattore importante da considerare, nel processo di analisi dei bisogni che mettiamo in atto con la presa in carico sono le condizioni socioeconomiche del migrante.

³⁹ A Merler voce "Migrazioni" in "Nuovo dizionario di servizio sociale" p. 370.

⁴⁰ E. Spinelli voce "Servizio sociale e (im)migrazione" in "Nuovo Dizionario di servizio sociale" p. 615.

⁴¹ R. Garofalo, Migrazioni e accoglienza la necessità di un approccio di genere - Buone pratiche nuove progettualità - Marzo 201, pag 4.

Molteplici ricerche hanno reso noto che le condizioni socio-economiche, insieme ad altri fattori più strettamente legati alla sfera sociale degli individui, hanno un forte impatto sulla salute, sia fisica che mentale. Per cui condizioni di svantaggio economico, sociale e/o deprivazione materiale, reti di relazioni sociali poco estese, bassi livelli di supporto sociale percepito e scarsa partecipazione sociale sono spesso associati a precarie condizioni di salute fisica e a sintomi depressivi.⁴² Il migrante che vive negli “insediamenti informali” presenta una particolare fragilità dovuta alla situazione abitativa.

Un problema nella presa in carico sicuramente è rappresentato dalla lingua. Che cosa accade là dove la barriera linguistica/culturale può non solo impedire la comprensione ma anche l'avvio di quel processo che dovrebbe rafforzare l'autonomia delle persone e le loro capacità di gestire la loro vita? Si amplifica nell'incontro con la persona immigrata il rischio di una distinzione fra i bisogni definiti dall'operatore e i bisogni percepiti dai diretti interessati che peraltro possono avere difficoltà di vario tipo ad esprimerli, in primis linguistica, “Accostarsi al disagio significa accostarsi a dei parlanti, istituire nell'altro la capacità di parlare. E la sua capacità è istituita dalla nostra capacità di considerarlo un interlocutore e non solo di essere un recipiente. Istituire nell'altro la capacità di parlare significa istituire la sua possibilità di essere, indipendentemente dalla congruenza della nostra domanda.”⁴³

Nell'attivazione del processo di presa in carico è fondamentale l'ascolto “attivo” che si basa sull'empatia e sull'accettazione, sulla creazione di un rapporto positivo e di un clima non giudicante. L'ascolto attivo indica un atteggiamento caratterizzato da uno sforzo di comprensione dell'altro, dei suoi sentimenti e vissuti personali. Diviene fondamentale fare attenzione a cosa si ascolta: all'ascolto dei contenuti, di ciò che l'altro dice con le parole (verbale) e di ciò che non dice; all'ascolto e osservazione delle tonalità, di come lo dice (para verbale); all'ascolto e osservazione degli sguardi e della gestualità (non verbale), di come l'altro si presenta e si muove; all'ascolto del contesto in cui la persona vive: familiare, sociale, lavorativo, scolastico; dei vissuti, degli schemi di riferimento culturali, dei valori, della sua narrazione. L'ascolto “vigile” significa, dunque, porre attenzione ai significati di ciò che si dice e di ciò che fa la persona, aver la capacità di distinguere ciò che viene detto da ciò che si vorrebbe realmente dire e portare la persona ad abbandonare atteggiamenti difensivi per indirizzarlo a comprendere il problema e ad individuare soluzioni allo stesso. L'ascolto attivo nel nostro caso, permette che possano emergere oltre all'evidente questione della condizione abitativa, eventuali bisogni di cura (presenza di patologie fisiche, problemi psicologici, eventuali oneri di cura), la situazione economica (spese per il cibo, eventuali spese mediche), la situazione lavorativa e il livello di istruzione, quali tipo di reti familiari e sociali sono a disposizione della persona immigrata.

Diventa fondamentale utilizzare un approccio transculturale, “La transnazionalità è la condizione del migrante che viene da noi ma resta legato al proprio paese e alla sua famiglia di origine, lavora e agisce sui territori di destinazione ma intrattiene relazioni sociali, economiche e politiche con la sua comunità nei contesti da cui è partito, attraverso i confini nazionali il lavoro che il migrante svolge è spesso destinato ad aiutare la propria famiglia lasciata indietro, contribuendo così alla crescita economica e sociale”.⁴⁴

Nella presa in carico della persona migrante, nell'incontro con l'assistente sociale, a partire dal problema che l'interessato pone e da come lo pone, in un momento di difficoltà e di sconforto, legato spesso anche alla disoccupazione, uno spazio di condivisione del senso di “doppia assenza” (Sayad), ricordandosi che ogni immigrato è anche un emigrato può facilitare la comprensione indispensabile per il processo d'aiuto. La storia dell'immigrato ha un “prima dell'Italia”, la verbalizzazione di un tempo precedente, di un arrivo, di un primo appunto è uno degli elementi fondamentali nel riconoscimento della differenza. Domande quali: «da dove viene, da quanto tempo è qui, cosa fa qui, cosa faceva lì, chi sta ancora lì, che risposta aveva a questi problemi lì...» diventano indispensabili per una capacità di ascolto anche emotiva dell'uomo straniero o della donna straniera che si ha di fronte, ma anche per il progetto di intervento.

Lo strumento dell'advocacy

Per quanto riguarda la presa in carico dei migranti che vivono in insediamenti informali diventa fondamentale

⁴² Berkman L. “From social integration to health: Durkheim in the new millenium”, 2000

⁴³ Pironi Salvatore “Si va perdendo la ricchezza del sapere relazionale”, in “Animazione Sociale” n. 240, 2010.

⁴⁴ Turco Livia, “Alleanza come chiave di uno sviluppo sociale efficace condiviso”, in Piperno F., Tognetti Borgogna M., (a cura di), “Welfare transnazionale”, Roma, Ediesse, 2012.

per gli assistenti sociali l'azione di "advocacy", vale a dire di supporto attivo dei bisogni di queste persone al fine di renderne effettivi i diritti.

Un problema che può verificarsi nella presa in carico dei migranti può riguardare anche alcuni pregiudizi più o meno fondati sulla normativa esistente che possono produrre svantaggi rispetto allo stesso obiettivo solidaristico degli operatori.

Alcune ricerche hanno osservato un orientamento in cui gli operatori agiscono talora con la sicurezza che una normativa applicabile per raggiungere l'obiettivo della presa in carico di un determinato bisogno non ci sia. Talvolta questo può significare che non si fa uso di diritti protetti e disponibili, con l'indirizzamento dei soggetti verso le reti del privato sociale e un potenziale indebolimento della forza di diritto della presa in carico, diviene perciò fondamentale la conoscenza approfondita della normativa relativa ai diritti dei migranti regolarmente residenti in Italia per poter effettuare una presa in carico⁴⁵ quanto più efficace possibile.

Nel caso specifico della popolazione migrante che accede ai servizi sociali, l'azione degli assistenti sociali dovrebbe contrastare le forme di "discriminazione istituzionale", cioè quella forma di esclusione dai diritti di cui gli operatori non si sentono responsabili in quanto "non dipende da loro". In un contesto legislativo per l'immigrazione quale quello attuale italiano nell'intervento di *advocacy* diventa importante non solo intervenire perchè circolino le giuste informazioni sui diritti esigibili e sulle risorse, ma anche produrre e diffondere conoscenze sulle criticità dell'accesso per una eventuale prassi di contrasto ad un sistema di ingiustizia sociale.

All'interno dei servizi socio-sanitari l'approccio prevalente, non solo per gli immigrati, è quello prestazionale per cui alla fine i diritti nonostante siano sanciti da leggi risultano poco evidenti poichè associati al controllo della prestazione, per questo motivo un immigrato nella situazione di non essere in regola con il permesso di soggiorno perchè scaduto o per altre motivazioni potrebbe non avere accesso alla prestazione prevista in risposta al suo bisogno.

42

Nel quotidiano lavoro con gli immigrati nei servizi sociali e sociosanitari iniziare il colloquio con domande relative al permesso di soggiorno, se l'immigrato ne è in possesso, di quale permesso si tratta, quando scade, seppure importante dovrebbe essere successivo all'ascolto della domanda di aiuto di cui l'immigrato/a è portatore.

Sarebbe molto importante che il cambio di paradigma in atto nella programmazione dei servizi sociosanitari in termini di sussidiarietà e rete con le associazioni e il privato sociale portasse alla realizzazione e l'implementazione di una risposta al bisogno che possa coinvolgere la rete dei servizi di comunità fuoriuscendo dalla logica prestazionale che tutt'oggi permane nei servizi socio-sanitari nonostante gli sforzi di programmazione attuati attraverso i piani di zona.

⁴⁵ "Il ruolo degli operatori sociali dell'immigrazione nel welfare locale", pag 58.

Approfondimento n. 3. Presa in carico psicologica

LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA

La presa in carico psicologica dei migranti è sicuramente da anni una delle più grandi sfide per il sistema sanitario, rispetto alla quale costantemente ci si interroga. La situazione sul territorio nazionale è variegata e ci sono sicuramente prassi virtuose: una di questa è rappresentata dal Centro di Salute per migranti forzati “SaMiFo” nato nel 2006 dalla collaborazione tra il Centro Astalli (il servizio dei gesuiti per i rifugiati). Il Centro offre assistenza medica con una particolare attenzione ai bisogni di salute mentale delle vittime di violenza intenzionale e di tortura e vanta un'équipe medico-sanitaria affiancata da un team di mediatori linguistici e culturali altamente qualificati per garantire una presa in carico efficace fin dal primo contatto con il paziente. Fatta eccezione, però, per realtà come queste, il sistema pubblico in generale tende ad arrancare poiché non è attrezzato sia dal punto di vista della capacità di accoglienza, sia per la tipologia di risposta.⁴⁶

La situazione, già di per sé complessa, si complica notevolmente quando prendiamo in considerazione la popolazione degli insediamenti informali, popolazione che per definizione è “aleatoria”, che per lo più segue la rotta delle raccolte stagionali e che a volte diventa difficile anche solo quantificare. Sicuramente nel processo di accoglienza e permanenza di queste persone in Italia ci sono tanti altri aspetti, a volte anche più importanti, che necessitano interventi prioritari, tuttavia la salute mentale e il benessere psicologico non possono essere né trascurati né messi in secondo piano poiché sono di fondamentale importanza per una buona integrazione dei migranti nel tessuto sociale e culturale di accoglienza.

L'ASSETTO PSICOLOGICO DEI MIGRANTI

Diversi studi e numerose indagini statistiche hanno ampiamente dimostrato come la maggior parte di coloro che giungono in Italia attraverso le rotte migratorie più note gode di buona salute fisica. Questo aspetto sembra essere giustificato da quello che in letteratura è noto come “effetto migrante sano”⁴⁷ per cui solo i soggetti più forti e sani tendono a optare per il difficile percorso migratorio, auto-selezionandosi quindi già nei Paesi di origine. Purtroppo, però, la situazione dal punto di vista psicologico non è sovrapponibile a quella succitata e se è possibile affermare, da un lato, che i migranti, in linea di massima, godono di buona salute fisica quando arrivano nel nostro paese, non è però possibile affermare la stessa cosa quando si fa riferimento alla salute psicologica.

La loro esperienza migratoria, infatti, è costellata da vissuti psicologici di precarietà e minaccia legati ad episodi al limite della sopravvivenza, di cui le persone possono essere state protagoniste sia nel paese di origine, che durante la migrazione. Non bisogna dimenticare che nella maggior parte dei casi si tratta di persone costrette ad abbandonare il proprio paese per sottrarsi a persecuzioni, a contesti di violenza, guerra e conflitti civili e che vanno incontro ad un percorso migratorio che spesso li vede costretti a situazioni di sfruttamento, violenza fisica e psicologica, umiliazioni, aggressioni, malnutrizione, detenzione e respingimenti. Tali vissuti possono, per ovvie ragioni, attivare un funzionamento psichico di tipo post-traumatico che spesso sfocia in psicopatologia vera e propria con la comparsa del Disturbo da stress post-traumatico (PTSD- *Post-Traumatic Stress Disorder*) o di sintomi che, seppur non consentano di fare una vera e propria diagnosi, possono comunque essere inquadrati e associati al PTSD.

Il disturbo da stress post-traumatico, detto anche PTSD⁴⁸, generalmente si manifesta a seguito di un evento particolarmente traumatico che interrompe il flusso continuo della vita naturale di un soggetto con una sintomatologia ansioso-depressiva. Nello specifico i sintomi associabili al PTSD possono essere fisici e psicologici/emotivi e solitamente i primi non sono altro che una manifestazione esplicita dei secondi, convogliando tutti in una sintomatologia prettamente psico-somatica. Tra i sintomi fisici più frequentemente riscontrabili è possibile annoverare tachicardia, dolore al torace, emicranie, cefalee, problemi gastrointestinali; mentre tra quelli psicologici/emotivi troviamo difficoltà nel controllo delle emozioni, irritabilità, confusione emotiva, ansia, depressione, insonnia.

⁴⁶ <https://www.aslroma1.it/migranti>

⁴⁷ Kennedy S., McDonald J.T., Biddle N. (2006), The healthy immigrant effect and immigrant. Selection: evidence from four countries, *Journal of Economic Literature*.

⁴⁸ American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Il disagio psicologico che caratterizza lo stato mentale dei migranti e che può sfociare in psicopatologia vera e propria, è associabile, quindi, alle esperienze traumatiche che possono presentarsi durante il percorso e al viaggio migratorio; ma un altro aspetto che sottende tale disagio, altrettanto rilevante, fa riferimento alla condizione di incertezza che caratterizza il futuro di chi decide di abbandonare la propria terra per costruirsi una nuova vita in terra straniera. Una prospettiva teorica interessante in tal senso è quella della psicologia trans-culturale all'interno della quale il distacco dalla propria terra d'origine e dalla propria cultura viene inquadrato come un vero e proprio trauma che in quanto tale necessita di essere elaborato. In letteratura si parla sempre più di “*post-migration living difficulties*”⁴⁹: l'arrivo in terra straniera, infatti, conduce alla messa in crisi dell'identità personale, culturale e sociale dell'individuo costringendolo ad adottare una serie di strategie di adattamento e mediazione verso le nuove norme culturali, che costituiscono la base per il processo di integrazione della persona all'interno del nuovo contesto di accoglienza. Inoltre, spesso accade anche che tutte le aspettative che l'individuo ha costruito circa il suo percorso migratorio e post-migratorio vengano poi disattese da una realtà che è molto diversa da quella che ci aspettava, con pesanti ripercussioni sul benessere psicologico delle persone.

Alla luce di questo quadro psicologico così complesso, viene spontaneo allora chiedersi su cosa possa essere importante “lavorare” per far sì che tali difficoltà vengano superate e non si cronicizzino trasformandosi in psicopatologia vera e propria, considerata anche la tipologia particolare di popolazione degli insediamenti abusivi. La chiave di volta nel superamento di tali difficoltà e, quindi, nel raggiungimento del benessere psicologico risiede nella capacità di resilienza che ciascun individuo possiede. La resilienza è la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici e di saper cogliere gli aspetti positivi che una situazione negativa e/o problematica può nascondere; in psicologia trans-culturale ed in riferimento alla migrazione, può essere intesa come la capacità di sviluppare risorse utili a costruire in modo positivo e creativo la propria identità nella dinamica fra ambiente di appartenenza e ambiente di accoglienza. I fattori che possono contribuire ad una buona capacità di resilienza possono essere di diverso tipo; un riferimento teorico interessante è quello proposto da Mazzetti, Tarsitani e Geraci dell'Area Sanitaria Caritas di Roma (2004)⁵⁰ che individuano alla base della capacità di resilienza sia caratteristiche individuali proprie dell'individuo sia aspetti relativi al progetto migratorio (pre e post-migrazione). Tali fattori accompagnati da un valido, solido ed efficace supporto sociale costituiscono la base per una buona integrazione della persona all'interno del nuovo contesto culturale, che a sua volta, è uno degli aspetti primari per il benessere psicologico dell'individuo stesso.

SFIDE, CRITICITÀ E BUONE PRASSI

La presa in carico psicologica costituisce sicuramente una delle sfide più grandi per tutti coloro che sono direttamente impegnati in questo settore dal punto di vista lavorativo: dagli operatori che lavorano sul campo, agli enti del terzo settore, alla sanità pubblica.

Un modello di presa in carico auspicabile è stato già delineato nell'ambito delle “*Linee guida per l'assistenza ai rifugiati vittime di tortura, stupri o altre forme gravi di violenza*”⁵¹ elaborate dal Ministero della Salute (con l'istituzione di un apposito Tavolo tecnico, al fine di dare attuazione a quanto previsto all'articolo 27 comma 1 bis del Decreto legislativo n.251/2007, modificato dall'articolo 1 del Decreto legislativo n.18/2014). Tale modello, oltre al riferimento ad un approccio multidisciplinare, declina appunto la presa psicologica in carico in 3 livelli:

Primo livello: è necessario cogliere e riconoscere alcuni semplici indizi e segnali comportamentali, relazionali, di comunicazione verbale e non, riferibili a storie ed esperienze di vita segnate da traumi, violenze e/o sofferenza psichica e fisica conseguente ad essi. Un'attenzione particolare, a questo livello, dovrebbe essere rivolta alle donne migranti in quanto “soggetti ad alto rischio” pregresso e/o attuale perchè molto spesso vittime di tratta.

Secondo livello: uno psicologo dovrebbe cercare di inquadrare nel miglior modo possibile le problematiche psicologiche della persona, attraverso colloqui e con il supporto di strumenti specifici

⁴⁹ Aragona M., et al. (2011) The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47: 207-213.

⁵⁰ https://www.caritas.it/materiali/Area_Riservata/immigrazione/cni_feb2012/Geraci.pdf

⁵¹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

per l'individuazione precoce dei sintomi (questionari, interviste semi-strutturate). **Terzo livello:** individuate le problematiche, i migranti dovrebbero essere inviati presso i servizi sanitari pubblici per la presa in carico terapeutica adeguata e tempestiva.

Tale prospettiva seppur efficace e funzionale, lo è solo però dal punto di vista teorico, perchè confrontata con la realtà appare alquanto utopica e ancora molto lontana da quelle che sono le prassi quotidiane. Con il passare del tempo tanti sono stati i tentativi fatti per garantire anche una presa in carico psicologica, ma si tratta per lo più di esperienze progettuali della durata di qualche mese. Tra queste è possibile annoverare il lavoro svolto da "Medici senza Frontiere" nel 2016-2017 su territorio nazionale. A Como e Ventimiglia, per esempio, è stato realizzato un programma di primo soccorso psicologico per le popolazioni in transito, integrato a Ventimiglia da un intervento sulla salute della donna. A Roma è stata avviata un'attività di medicina generale e supporto psicologico all'interno di edifici abbandonati dove uomini, donne e bambini vivono in condizioni indegne. A Bari e Torino, MSF ha operato all'interno di edifici occupati, cercando di superare la marginalità dei residenti facilitando il loro accesso alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Questa attività ha visto il coinvolgimento, accanto a operatori professionisti, di volontari di MSF, con l'obiettivo di sensibilizzare la società civile sul tema dell'accesso alle cure mediche da parte di migranti e rifugiati in condizioni di marginalità e stimolarne l'impegno diretto.



Approfondimento n. 4 - La dimissione protetta

La dimissione protetta deve essere intesa come un sistema di comunicazione e di integrazione tra i diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere, Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento del MMG/PLS dell'assistito, al fine di garantire certezza, appropriatezza e continuità di cura, in grado di evitare un possibile vuoto assistenziale.

Le procedure di attivazione della dimissione protetta sono avviate dall'équipe medica del reparto di degenza del paziente fragile, almeno 7/5 giorni e non meno di 3 giorni lavorativi prima della prevista dimissione. Il medico Ospedaliero compila la proposta di dimissione protetta unitamente alla SVaMA sanitaria, in particolare dovrà evidenziare le situazioni o impossibilità della rete parentale e/o amicale circa l'assistenza a domicilio. La CPS del reparto di degenza completa la SVaMA cognitivo funzionale. Il Servizio Sociale ospedaliero contatta il Servizio Sociale del Comune di residenza, inoltra il tutto, vistato e protocollato della DMO, al Distretto per competenza territoriale che attiva il processo di valutazione multidimensionale PUA-IUV. Gli uffici distrettuali promuovono il coinvolgimento dei MMG/PLS e del Comune di residenza circa il percorso assistenziale. Salvo diversi accordi, la dimissione non può avvenire nei giorni festivi e prefestivi. La procedura va applicata nell'esclusivo interesse del paziente, quando il medico ospedaliero ravvisa la necessità di prosecuzione di cure ed assistenza dopo la dimissione che non possono essere assicurate nel "normale" contesto di vita del paziente.

TIPOLOGIE DI DIMISSIONI PROTETTE

- Rientro a domicilio con attivazione delle cure domiciliari attraverso il MMG/PLS;
- Ricovero in Strutture di Riabilitazione extra-ospedaliere ex art. 26 Legge 883/78;
- Ricovero in Residenza assistenziale sanitaria (RSA) o Socio sanitaria assistenziale (RSSA);
- Ricovero in strutture per cure palliative;
- Ricovero in strutture per cure e assistenza complessa.

Da Ospedale a domicilio con attivazione delle cure domiciliari. I casi eleggibili alla dimissione protetta ospedaliera verso le cure domiciliari sono pazienti stabilizzati ma in labile compenso che necessitano di monitoraggio clinico non continuativo nei primi giorni dopo la dimissione e quelli in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente in condizioni di adeguata situazione igienico sanitaria e con adeguata rete di sostegno. In mancanza di questi due requisiti la dimissione protetta verrà indirizzata verso una struttura residenziale, come nel caso di chi vive all'interno delle baracche degli insediamenti informali.

APPENDICI

APPENDICE n. 1. MODELLO PRESA IN CARICO PSICOLOGIA TRANSCULTURALE

Il modello di presa in carico proposto per la popolazione che vive negli insediamenti informali fonda le radici teoriche nella psicologia trans-culturale,⁵² che declina la presa in carico in 3 step:

- **ACCOGLIERE:** per poter accogliere è innanzitutto necessario poter conoscere e l'aspetto della conoscenza, quando ci riferiamo alla popolazione degli insediamenti abusivi, non è di poco conto. Una delle primissime difficoltà a cui si va incontro quando si lavora in questi contesti è proprio relativa alla conoscenza: a volte, diventa difficile, anche solo quantificare la popolazione di questi insediamenti ed una conoscenza un po' più approfondita diventa quasi impossibile. Inoltre la conoscenza deve essere reciproca, per cui se da una parte è necessario che l'operatore conosca il migrante, dall'altra parte è altrettanto necessario che il migrante conosca l'operatore affinché si possa poi instaurare quella relazione di fiducia che costituisce la base ed il punto di partenza per la richiesta d'aiuto.
- **INSERIRE/ORIENTARE:** una metafora che spiega molto bene quale dovrebbe essere il ruolo dell'operatore è quella che paragona lo stesso ad una "bretella dell'autostrada" per cui così come la bretella aiuta e consente alle auto in transito di porsi in carreggiata nel giusto senso di marcia, al pari l'operatore dovrebbe poter aiutare ed orientare il migrante ad affacciarsi al mondo esterno e alla società che li accoglie, aiutandolo cioè a conoscere meglio il territorio, i servizi a cui potersi rivolgere, le regole da rispettare, le usanze culturali, tutto quello che può facilitare il suo percorso di adattamento.
- **ACCOMPAGNARE:** una presa in carico efficace deve prevedere anche un lavoro continuo di orientamento e accompagnamento della persona, seppur minimo ed iniziale, nel processo di costruzione della propria identità e della propria autonomia nella società che li accoglie ed in continuo lavoro di orientamento, aspetti questi basilari per il benessere psicologico dell'individuo stesso.

47

APPENDICE N. 2 - LE BUONE PRASSI PER IL MEDICO

La presa in carico sanitaria dei migranti che vivono negli insediamenti rappresenta una nuova sfida per il SSN, necessitando di un raccordo tra i Servizi già esistenti e i nuovi, necessari, che prevedano maggiori aperture verso la popolazione target. Attualmente l'assenza di protocolli uniformi porta ad agire in modo non coordinato e soprattutto nell'ambito di progettualità a tempo determinato non adempiendo a tutti i traguardi di buona assistenza psico- socio-sanitaria prefissati. Tra gli obiettivi principali di questo lavoro: l'istituzionalizzazione di servizi di assistenza ed orientamento di prossimità nelle ASL e negli insediamenti.

Negli insediamenti l'Unità mobile dovrebbe intervenire per:

A) prestare il primo soccorso ai migranti e svolgere il ruolo chiave di orientamento ai servizi e soprattutto di interfaccia con i loro medici curanti.

- **1. I migranti con regolare PdS** vengono indirizzati all'iscrizione al SSN, si consegna loro un primo foglio che riporta il nome dell'Ufficio, l'indirizzo i giorni e gli orari di ricevimento, ed un secondo foglio che, ad iscrizione avvenuta, presenteranno al proprio Medico curante per facilitarli nel confronto a causa della scarsa conoscenza della lingua italiana, riportante i sintomi, terapia ed eventuale necessità di approfondimento diagnostico.

- **2. Per i migranti non in possesso di un PdS**, si emette una richiesta di **codice STP** (straniero temporaneamente presente) che dà diritto a cure mediche urgenti e non differibili e a prosecuzione

⁵² <https://www.ballafon.it/convegno/wp-content/uploads/2019/03/Slides-Convegno-Ballafon.pdf>

di terapie croniche; ha durata di 6 mesi ed è rinnovabile. È previsto l'esonero dalla partecipazione alla spesa sanitaria per tutte le prestazioni urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari, non in regola, privi di sufficienti risorse economiche, con codice X01, e vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata. Lo straniero può attestare la propria indigenza su apposito modulo e dichiarare il luogo in cui dimora. Anche a loro si consegna un primo foglio che riporta il nome dell'Ufficio, l'indirizzo i giorni e gli orari di ricevimento, ed un secondo foglio che, ad iscrizione avvenuta, presenteranno al proprio Medico curante per facilitarli nel confronto a causa della scarsa conoscenza della lingua italiana, riportante i sintomi, terapia ed eventuale necessità di approfondimento diagnostico. In più ricordiamo in questo caso ai medici curanti di riportare il codice sulle richieste X01 per esami strumentali e visite specialistiche, TOT10 per i farmaci, perchè venga riconosciuto loro lo stato di indigenza.

- 3. A tutti gli specialisti si sollecita a fine visita il rilascio, in presenza di specifica indicazione patologica, della certificazione per l'esenzione per patologia. Il diritto all'esenzione è riconosciuto dalla ASL di residenza sulla base della certificazione di malattia rilasciata dallo specialista su apposito modulo. Sulla base di tale certificazione, lo sportello del Distretto della ASL di residenza dell'assistito rilascia un attestato di esenzione che riporta la definizione di malattia /condizione con il relativo codice identificativo e le prestazioni fruibili in esenzione. L'esenzione viene registrata nel sistema informativo della ASL e inviata in automatico al medico di famiglia/pediatra della persona interessata. Per fruire di questa esenzione è necessario che nella ricetta di prescrizione di visite, esami o farmaci, il medico di famiglia/pediatra/specialista indichi nell'apposito campo dell'impegnativa il codice identificativo della patologia riconosciuta.

- 4. Per alcuni pazienti "fragili" al termine di una degenza ospedaliera può esservi ancora la necessità di assistenza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione di durata variabile, da erogare a domicilio o in una diversa struttura di degenza, mediante ricorso alle "Dimissioni Protette". Tale procedura rappresenta una forma di cure alternative/continuative al ricovero ospedaliero e deve essere intesa come un sistema di integrazione e comunicazione tra diversi servizi e operatori delle Strutture Ospedaliere, delle Strutture Territoriali e degli Enti Locali con il coinvolgimento diretto del MMG/PLS dell'assistito al fine di garantire certezza, appropriatezza e continuità delle cure.⁵³

B.) Impostare una raccolta dati di ogni singolo migrante da utilizzare nella tracciabilità diagnostica e terapeutica per migliorarne l'assistenza. Nel contesto della visita medica, particolare attenzione deve essere posta: all'anamnesi clinica personale (con particolare riferimento a pregresse diagnosi di epatite virale, HIV, malattie esantematiche, malaria, e alla storia vaccinale), anamnesi familiare e sociale; i farmaci assunti e le eventuali allergie; un approfondito esame obiettivo: la valutazione dello stato nutrizionale, T° C, Sat%, PA, FC, auscultazione toracica, palpazione addominale, condizioni della cute (inclusi capelli, unghie per l'identificazione di ectoparassitosi di frequente riscontro nei migranti e cicatrice da BCG), acuità visiva, esame ORL e del cavo orale, stato nutrizionale e sintomi di anemia, linfadenopatie cervicali, ascellari e inguinali (considerare TB e HIV), esame cardiorespiratorio (considerare TB, BPCO, malattie cardiovascolari), epato-splenomegalia (considerare malaria cronica, epatopatie, schistosomiasi, TB e HIV), evidenze di torture o traumi, nonché la rilevazione di segni o sintomi quali dolore alla minzione, secrezioni vaginali o peniene, dolori in sede addominale o pelvica, ulcere genitali, suggestivi di specifiche condizioni morbose, ai fini di un tempestivo accesso alle cure.

A tal proposito è fondamentale un'adeguata formazione del personale sanitario circa il quadro epidemiologico nei paesi di provenienza e in quelli di transito e che abbia un approccio transculturale. È importante che riceva adeguato supporto psicologico, nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il *burn-out*. È inoltre raccomandato l'impiego di Mediatori Culturali in possesso di specifiche competenze sanitarie, al fine di supportare la relazione medico-paziente.⁵⁴

⁵³ Adozione "Linee Guida Dimissioni Protette-Percorsi assistenziali integrati Ospedale-Territorio Assistenza domiciliare e residenziale (appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse)" per la ASL BARI. Del. 21 ott. 2013.

⁵⁴ Linee Guida Salute Migranti: I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012. Data di pubblicazione 2017 dall'Australasian Society for Infectious Diseases (ASID) e dal RefugeeHealth Network of Australia (RHeaNA).

APPENDICE N. 3 - L'IMPORTANZA DEI VACCINI

La vaccinazione dei migranti deve essere intesa come un'azione doverosa ai fini dell'uguaglianza nel rispetto del principio di equità del nostro SSN e ai fini della salute pubblica risulta fondamentale per arginare un eventuale rischio di epidemie.

In assenza di documentazione vaccinale, bisogna accertare lo stato immunitario per il **tetano** con la titolazione anticorpale. Lo stato immunitario per il tetano è da considerarsi indicativo dell'avvenuta immunizzazione anche per la difterite (le vaccinazioni in genere sono associate). Si raccomanda il ciclo completo di vaccinazioni antidifterite- tetano- pertosse a 4 dosi con richiamo ogni 10 anni. Per gli adulti, è indicata la sola profilassi antitetanica post-esposizione in presenza di lesioni a rischio di tetano, secondo le indicazioni nazionali vigenti (Circolare del Ministero della Sanità n.16/96). La vaccinazione **antipolio** dovrebbe essere considerata per bambini e adulti provenienti da Paesi noti per l'esportazione del polio virus (Afganistane Pakistan); da paesi endemici (Nigeria e Somalia); da paesi che rimangono vulnerabili alla diffusione internazionale (Camerun, Guinea Equatoriale, Etiopia, Iraq, Israele, Siria).

Nei Paesi in via di sviluppo ad alta prevalenza di infezione **tubercolare**, l'OMS consiglia una sola dose di vaccino BCG ai nuovi nati, pertanto la maggior parte dei bambini provenienti da tali zone risulta vaccinato. Data l'efficacia limitata alla prevenzione delle forme disseminate di tubercolosi, il vaccino antitubercolare BCG non è indicato nei Paesi industrializzati a bassa prevalenza della malattia, come l'Italia. La vaccinazione antitubercolare dovrà essere effettuata nei neonati e bambini di età inferiore a 5 anni, con test tubercolinico negativo, conviventi o aventi contatti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora sia impossibile adottare altre forme di prevenzione alla diffusione.⁵⁵

⁵⁵ Cfr Division of Global Migration and Quarantine del National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID)/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nel 2012 e European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe 2017. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2017. Stockholm: ECDC.

GRAVIDANZA

Screening iniziale 1ª visita ostetrica (preferibilmente entro la 13ª settimana)

- Emocromo
- Gruppo sanguigno+Rh
- Resistenza osmotica eritrocitaria: in caso di riduzione del volume cellulare medio ed alterazioni morfologiche degli eritrociti
- Hb ricerca emoglobine anomale
- GOT-GPT
- Virus rosolia anticorpi IgG IgM
- Toxoplasmosi anticorpi IgG IgM
- Toxoplasmosi anticorpi IgG avidity
- Treponema pallidum TPHA+VDRL
- HIV 1-2 anticorpi
- Glicemia
- Esame urine chimico fisico e microscopico
- Test di Coombs indiretto
- Ecografia ostetrica

Esami non esenti

- TSH
- Virus epatite HbsAg e Ab epatite C
- Urinocoltura+antibiogramma
- Citomegalovirus anticorpi IgG IgM

Settimane 14-18

- Virus rosolia anticorpi IgG IgM
- Toxoplasmosi anticorpi IgG avidity
- Toxoplasmosi anticorpi IgG IgM
- Test di Coombs indiretto
- Esame urine chimico fisico e microscopico
Urinocoltura+antibiogramma

Esami non esenti

- Citomegalovirus anticorpi IgG IgM

Settimane 19-23

- Esame urine chimico fisico e microscopico
Urinocoltura+antibiogramma
- Toxoplasmosi anticorpi IgG avidity
- Toxoplasmosi anticorpi IgG IgM
- Test di coombs indiretto
- Ecografia ostetrica

Esami non esenti

- Citomegalovirus anticorpi IgG IgM

Consigliata la vaccinazione influenzale.

Settimane 27-24

- Esame urine chimico fisico e microscopico
Urinocoltura+antibiogramma
- Glicemia
- Toxoplasmosi anticorpi IgG avidity
- Toxoplasmosi anticorpi IgG IgM
- Test di Coombs indiretto

Esami non esenti

- Curva glicemica (3 determinazioni a 0-1 e 2 ore dopo carico di 75 gr glucosio)
- Citomegalovirus anticorpi IgG IgM

Settimana 28-32

- Emocromo
- Ferritina
(in caso di riduzione volume globulare medio)
- Esame urine chimico fisico e microscopico
Urinocoltura+antibiogramma
- Toxoplasmosi anticorpi IgG avidity
- Toxoplasmosi anticorpi IgG IgM
- Test di Coombs indiretto
- Ecografia ostetrica

Esami non esenti

- Citomegalovirus anticorpi IgG IgM
Consigliata vaccinazione DT (difterite-tetano-pertosse)
(La vaccinazione dTp va ripetuta ad ogni gravidanza)

Settimane 33-37

- Emocromo
- Esame urine chimico fisico e microscopico
Urinocoltura+antibiogramma
- Toxoplasmosi anticorpi IgG avidity
- Toxoplasmosi anticorpi IgG IgM
- Test di Coombs indiretto
- Virus epatite HbsAg e Ab epatite C, Virus HIV 1-2 anticorpi, se alto rischio anamnestico

Esami non esenti

- Citomegalovirus anticorpi IgG IgM
- Tampone vagino rettale per la ricerca di Streptococco Beta emolitico

Settimana 38-40

- Esame urine chimico fisico e microscopico
- Urinocoltura+antibiogramma

Settimana 40->parto

- Ecografia ostetrica per valutazione liquido amniotico.



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

A.Re.S.S. Puglia | Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale
Lungomare Nazario Sauro 33
70121 | Bari (Ba) | Tel. 080 540 4242
direzione generale@aress.regione.puglia.it
www.sanita.puglia.it/web/aress