



CARE
Common Approach for Refugees
and other migrants' health



LA COLLABORAZIONE TRA PUBBLICO E PRIVATO NO-PROFIT NELLA RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE DEI MIGRANTI:

LE BUONE PRATICHE IN
QUATTRO REGIONI ITALIANE

INTRODUZIONE

Il presente documento costituisce un sintetico report di analisi sulle buone pratiche identificate in alcune regioni italiane e riguardanti l'assistenza sanitaria verso i migranti in Italia, che secondo i dati UNHCR è il paese che nel 2016 ha ricevuto il maggior numero di arrivi via mare dopo la Grecia. Esso mira a sottolineare la sinergia e collaborazione tra il settore pubblico e il privato no profit nell'erogazione di servizi specifici per questo target, con un focus specifico sui richiedenti asilo ma anche riferimenti al fenomeno dei migranti in transito.

Le regioni su cui si è concentrata l'analisi sono Sicilia, Lazio, Toscana e Friuli Venezia Giulia. La scelta di queste quattro regioni è dovuta in primo luogo a ragioni attinenti alla geografia dell'Italiana e alla volontà di scegliere delle realtà rappresentative sia nel Nord che del Centro che del Sud. La Sicilia è una scelta obbligata essendo l'area in cui nel Mediterraneo si verificano il maggior numero di sbarchi. Il Lazio è una delle regioni che più accoglie richiedenti asilo (terza dopo Lombardia e Sicilia) e caratterizzata da una forte sinergia delle autorità sanitarie pubbliche con le organizzazioni del settore privato. La Toscana è stata selezionata perché secondo le ultime verifiche effettuate dal Ministero della Salute risulta essere la prima regione in termini di livelli dell'assistenza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro, sul territorio e negli ospedali. Era quindi interessante capire come la regione che garantisce i migliori standard sanitari stia affrontando le sfide poste dai recenti flussi migratori. Tra le regioni del Nord, sebbene sia la Lombardia che accoglie il maggior numero di richiedenti protezione internazionale e rifugiati, ci sembrava più interessante analizzare il caso del Friuli Venezia Giulia, che presenta delle specificità importanti sia in termini di origine dei migranti, sia in termini di tipologia di percorsi di arrivo (via terra), che in termini di soluzioni per l'accoglienza.

Il presente studio che si è avvalso di una metodologia di tipo qualitativo. Questa impostazione è stata determinata sia dalla specificità dell'analisi, sia dagli obiettivi conoscitivi dell'indagine: indagare e comprendere le complessità del fenomeno e approfondire le pratiche condotte nei territori.

Dopo un'attenta analisi della normativa nazionale e regionale che regola il sistema di accoglienza e l'accesso dei migranti al servizio sanitario nazionale sono state realizzate 57 interviste semi-strutturate e visite sul campo. Le interviste hanno coinvolto i rappresentanti delle istituzioni chiave sia per il settore pubblico (sia a livello regionale che di aziende sanitarie locali) che per il privato no profit.

Toscana: Casa Stenone e la Rugginosa

di Sara Albiani e Giulia Borgioli

Casa Stenone: continuità delle cure ai più vulnerabili

Nel territorio della Regione Toscana, il progetto “Casa Stenone” rappresenta certamente una delle buone prassi di collaborazione tra il Servizio Sanitario pubblico e le organizzazioni del privato sociale, nel caso specifico tra l’Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) e l’Associazione Solidarietà Caritas Onlus.

Dalla sua nascita nel 2011, Casa Stenone ha l’obiettivo di garantire il diritto alla continuità delle cure – sancito dalla Costituzione con gli articoli 3 e 32¹ – a quei pazienti che, per storia, provenienza o condizione, non potrebbero usufruirne. In particolare, il servizio è rivolto a quelle persone, ricoverate presso i presidi Ospedalieri della Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) e dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi (AOUC) e dimissibili, ma con necessità improrogabile di continuità assistenziale. In particolare, si tratta di cittadini italiani privi di documenti, non residenti né domiciliati, senza dimora, che quindi non possono avere iscrizione sanitaria perché cancellati dall’anagrafe del Comune di ultima residenza; cittadini non comunitari irregolarmente presenti sul territorio e muniti di tessera STP; cittadini non comunitari con permesso di soggiorno, ma privi di residenza o di domicilio e senza dimora; cittadini comunitari ENI o sprovvisti di documenti.

Il progetto non ha quindi come destinatari esclusivi i cittadini migranti, ma nasce per rispondere ai bisogni di tutte quelle persone che, non in regola con l’iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e non residenti, ricoverate negli ospedali e bisognose di una continuità assistenziale una volta dimesse, non avrebbero alcuna altra possibilità di sistemazione in strutture adeguate, poiché si tratta di pazienti che non hanno i requisiti per essere sostenuti dai servizi sociali.

Il progetto “Casa Stenone” è nato in via sperimentale grazie ai finanziamenti della Regione Toscana, sostenuto dal Comune di Firenze, proposto e monitorato dall’Azienda Sanitaria e dalla Società della Salute di Firenze. La fase operativa del progetto si basa su una convenzione tra Società della Salute di Firenze e Associazione Solidarietà Caritas Onlus. Il contributo dell’8x1000 consente di coprire tutti quei servizi che non sono previsti dalla convenzione.

Casa Stenone è situata in località Antella, alla periferia dell’Area Metropolitana di Firenze, e può accogliere fino a 12 persone. La struttura, composta da camere doppie e triple, ospita sia uomini che donne ed è dotata di una cucina, una sala da pranzo e salotto, una piccola farmacia interna, un ufficio per gli operatori, servizi igienici e una lavanderia/guardaroba.

¹ Art. 3, Costituzione della Repubblica Italiana. Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese. Art. 32, Costituzione della Repubblica Italiana. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana

L'équipe di lavoro è composta da un medico di medicina generale (presente un giorno alla settimana e sempre reperibile telefonicamente), un educatore e 5 operatori socio-sanitari turnisti, un infermiere, un assistente sociale (responsabile della Casa). Alla luce della composizione multi-professionale dell'équipe, Casa Stenone opera con una metodologia longitudinale: infatti, l'équipe non si limita ad una puntuale presa in carico del problema clinico, ma organizza una presa in cura olistica, mettendo al centro la persona, con le sue risorse e la sua storia. L'obiettivo del progetto, quindi, non è solo quello di fornire assistenza sanitaria in caso di dimissioni complesse, ma di rispondere ai bisogni della persona considerata nella sua complessità. Le strategie di cura si avvalgono dell'attivazione delle risorse personali dell'ospite e, quando possibile, del suo *entourage*.

Il lavoro svolto all'interno della struttura e la sua programmazione è quindi basato sull'interazione multi- e inter-professionale tra sanitari e non sanitari, con obiettivi di cura individuali e personalizzati. Gli obiettivi e le strategie per raggiungerli vengono concordati con l'ospite all'ingresso e poi ridiscussi durante tutto il percorso di accoglienza, sia in seno all'équipe che con il paziente. All'ingresso viene anche avviato un percorso di osservazione e valutazione per lo studio del potenziale reinserimento nell'ambiente di appartenenza o, se necessario, per individuare la collocazione migliore e preferita dal paziente alla dimissione, in modo da promuovere l'*empowerment* del paziente e aiutarlo nella (ri)conquista dell'autonomia. Il campo di azione dell'équipe di lavoro è quindi estremamente differenziato e vasto, investendo completamente anche la dimensione sociale dell'ospite, e non ci si può limitare ad una settorializzazione delle attività di cura. Inoltre, essendo la popolazione assistita caratterizzata da un notevole grado di disagio socio-economico, risulta evidente come il progetto e il processo di cura non possano fare a meno di conoscenze e competenze extra-cliniche.

Per quanto riguarda l'accesso degli ospiti alla struttura, non esiste una specificità di condizione clinica che legittima o vincola l'accesso, se non quella della necessità di continuità delle cure per persone non solo non iscritte al SSN ma anche in condizioni di marginalità estrema, che non sarebbero in grado di continuare le cure post-ospedaliere con grave danno per la propria salute e per la salute pubblica. L'accesso a Casa Stenone ha come primo elemento l'identificazione dell'ospite da parte dell'équipe di lavoro o del reparto ospedaliero dove egli è ricoverato. Successivamente, si valutano i tempi di attesa per avere un posto letto disponibile (solitamente brevi, entro le 48 ore dalla segnalazione); viene poi illustrata al paziente la realtà in cui sarà accolto e, dopo aver concordato gli obiettivi, si acquisisce il consenso e si organizza il trasferimento presso la struttura.

Per agevolare la partecipazione degli ospiti al processo di cura, la struttura non ha regole interne particolari, se non quelle del rispetto reciproco, del consenso a essere accolti nella struttura e ad aderire alle cure. Se non ci sono controindicazioni sanitarie, gli ospiti hanno libertà di movimento e possono ricevere visite in qualsiasi momento. Oltre alle cure necessarie, agli ospiti viene fornito il vitto – considerando anche i bisogni clinici, sociali e culturali dei singoli – l'alloggio e il trasporto da/per strutture sanitarie o per strutture sociali per agevolare l'inclusione socio-lavorativa laddove possibile. Il gruppo di lavoro interno alla struttura, ove possibile, facilita la messa in contatto con familiari, amici o persone di fiducia, attivando, se necessario, sia canali informali che istituzionali, come Prefetture, Ambasciate e Comuni. Dalla nascita della struttura, si è creata anche una rete che coinvolge il territorio dell'Antella: il supermercato Coop fornisce gratuitamente gli alimenti in scadenza e la Misericordia partecipa con numerosi servizi gratuiti (ad esempio, mettendo a disposizione le ambulanze per i trasferimenti o gli accompagnamenti).

Concludendo, il progetto "Casa Stenone" rappresenta un *unicum* sul territorio italiano, e forse anche europeo, e la tipologia della struttura non trova riscontro nelle definizioni utilizzate per strutture analoghe (Ricoveri a media-bassa intensità per pazienti con patologie specifiche, Residenze Sanitarie Assistenziali, *Intermediate Care Facilities*, *Nursing homes*, Riabilitazioni, etc).

Per quanto riguarda le criticità emerse, una è senz'altro rappresentata dai finanziamenti. Il fatto che sia un progetto sperimentale, soggetto a finanziamento annuale e ai fondi dell'8x1000, comporta che alla scadenza, in attesa del rinnovo, vi sia un certo grado di preoccupazione negli operatori, legato alla incertezza di poter continuare a garantire nel tempo questo tipo di assistenza socio-sanitaria. Al tempo stesso, questa condizione di sperimentazione ha permesso anche un certo grado di libertà nell'ideare e progettare modalità operative che hanno dato frutti particolarmente interessanti.

La Società della Salute di Grosseto e l'esperienza di accoglienza socio-sanitaria

Nel 2008 la Regione Toscana, con la modifica della LR 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale), ha introdotto nel suo sistema sanitario regionale le Società della Salute (SdS). Esse rappresentano una soluzione organizzativa inedita dell'assistenza territoriale che promuove l'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale, persegue la salute e il benessere sociale garantendo la presa in carico integrata dei bisogni e la continuità del percorso assistenziale e favorisce la partecipazione dei cittadini prevedendo forme di partecipazione con rappresentanze istituzionali e associative.

Le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, per lo svolgimento associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate.

Sul territorio della Toscana, ci sono attualmente 21 Società della Salute. In queste organizzazioni, lavorano fianco a fianco professionisti e operatori sanitari e sociali, del terzo settore e del volontariato.

Le SdS, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni socio-sanitari e sociali e diventano l'unico interlocutore e porta di accesso ai servizi territoriali.

Sulla base di dati sullo stato di salute della popolazione locale, le SdS elaborano i Piani Integrati di Salute che descrivono gli obiettivi e programmano gli interventi socio-sanitari territoriali per raggiungerli, organizzano e gestiscono le attività socio-sanitarie delle persone non autosufficienti e disabili e le attività di assistenza sociale individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

La conoscenza del territorio e il coinvolgimento attivo delle persone sono fattori importanti per la promozione della salute del singolo e della comunità. Per questo le SdS favoriscono la partecipazione dei cittadini alle scelte sui servizi socio-sanitari.

Ciascuna Società della Salute prevede alcuni istituti di partecipazione:

- il Comitato di partecipazione coinvolge membri rappresentativi della comunità locale, rappresentanze dell'utenza dei servizi, dell'associazionismo, purché non siano erogatori di prestazioni.
- la Consulta del terzo settore raccoglie le organizzazioni del volontariato e del terzo settore erogatori di prestazioni.
- le Agorà della salute, due incontri all'anno, aperte alla popolazione per assicurare uno scambio diretto di esigenze, opinioni e critiche.

Le SdS, proprio per la loro funzione di luogo di integrazione tra aspetti sociali e sanitari e per l'attenzione che rivolgono al territorio e alle fasce di popolazione più vulnerabili, possono rappresentare un attore importante nel sistema di accoglienza dei migranti e richiedenti asilo.

Questo potenziale è stato pienamente colto da COeSO – Società della Salute dell'Area socio sanitaria grossetana, il consorzio sorto tra i sei comuni della Zona socio sanitaria grossetana (che comprende i Comuni di Grosseto, Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Roccastrada e Scansano, per un totale di circa 115.000 abitanti) e l'azienda sanitaria locale ASL n 9.

COeSO già nel 2004 aveva creato un rapporto e dialogo stabile con i migranti presenti nel territorio attraverso uno sportello dedicato che svolge la funzione di orientamento, tutoraggio e accompagnamento nei percorsi amministrativi che i migranti possono intraprendere per avere accesso ai servizi territoriali di vario genere. Questa esperienza ha favorito la consapevolezza e la conoscenza dei bisogni socio-sanitari dei migranti. Quando, quindi, è aumentato, il numero dei richiedenti asilo a seguito dell'emergenza migratoria degli ultimi anni COeSO ha iniziato a dialogare con i soggetti pubblici coinvolti in prima linea nell'emergenza. In primo luogo ha iniziato un processo di coordinamento con la Prefettura, che a differenza della cosiddetta emergenza Nord Africa, aveva iniziato a organizzare direttamente l'accoglienza selezionando gli enti gestori e i luoghi. In secondo luogo ha avviato un dialogo con la Questura che esigeva che i migranti, prima di avere accesso ai propri uffici per effettuare il riconoscimento e foto segnalamento fosse visitati e dichiarati esenti da ogni malattia diffusiva e infettiva.

La letteratura che l'esperienza diretta dimostrano che i problemi di salute che i migranti all'arrivo presentano non sono tanto di legati a malattie infettive quanto a situazioni cliniche legate al viaggio nei barconi e alle precarie condizioni igienico-sanitarie e di sicurezza (contusioni, ustioni, disidratazione etc.) e traumi legati alle violenze e privazioni subite durante il viaggio via terra e la permanenza in Libia.

Normalmente all'arrivo nel territorio toscano, i migranti vengono portati nelle strutture di accoglienza alle quali sono assegnati e lì, entro 72 ore, sono sottoposti a screening sanitari. Nel giugno del 2014 COeSO ha invece creato un punto di accesso in una struttura civile (una ex scuola) in Località Rugginosa. La proprietà è stata affidata a COeSo dal Comune di Grosseto in comodato ed è gestita dalla stessa SdS attraverso una convenzione con la Prefettura. Essa garantisce, oltre al posto letti, il vitto e le cure tutelari (docce biancheria intima e vestiti secondo le necessità). Queste attività più prettamente assistenziali sono state date in appalto da COeSO attraverso una gara pubblica ad una cooperativa sociale di tipo B.

Nel centro della Rugginosa, insieme a una prima attività socio-assistenziale svolta dalla cooperativa, COeSo attiva un'unità operativa del 118 adeguatamente selezionata, formata e attrezzata. La visita medica effettuata a ciascun ospite secondo una procedura elaborata dalla Direzione sanitaria, Dipartimento di prevenzione e Medicina Generale ha il doppio obiettivo di rilevare sintomi che possano far sospettare la presenza di malattie diffuse o infettive e allo stesso tempo verificare le condizioni di salute generale degli ospiti, includendo eventuali interventi clinici. La sintomatologia e la presenza di eventuali traumi fisici o psicologici porta, sulla base di un sistema di gravità, all'accesso a visite specialistiche al pronto soccorso concordate. L'accesso al pronto soccorso è facilitato dal fatto che l'intervento è svolto dagli equipaggi del 118, preallertati e organizzati. Alla conclusione di tutte le visite mediche (inclusi ulteriori screening, visite specialistiche, e quanto necessario caso per caso), il Servizio di Igiene del Territorio della ASL9 predispone una relazione sullo stato di salute dei migranti, eventuali ricoveri o accessi al pronto soccorso e il loro esito. Il Direttore del Distretto Sanitario (per legge anche Direttore della SdS) invia detta documentazione alla Prefettura e tramite questa alla Questura, in modo che quest'ultima, possa dar luogo ai foto riconoscimenti dei migranti, come de accordi intercorsi tra COeSo e Questura. La prefettura, successivamente al foto riconoscimento, assegna i migranti ai centri di accoglienza selezionati dalla Prefettura stessa².

² L'Azienda Unità Sanitaria Locale, COeSO e Prefettura, hanno inoltre condiviso uno strumento informatico gestionale, prodotto da COeSo, utile a registrare le azioni messe in atto da più soggetti istituzionali. Lo strumento è costituito da una scheda informatica per ogni richiedente asilo in cui registrare tutti i passaggi, dall'arrivo all'hub della Rugginosa fino al centro di accoglienza nella fase di valutazione della domande di protezione internazionale.

Durante il periodo di permanenza dei richiedenti asilo in questa struttura di primo accesso, vengono anche fornite delle informazioni agli ospiti sul percorso che li aspetta e orientati ai servizi socio-sanitari del territorio. In questo percorso gli operatori sono accompagnati dai mediatori linguistico-culturali, tutti volontari che spesso hanno avuto esperienza di mediazione presso lo sportello.

La Prefettura paga a COeSO, sulla base della convenzione, 32 euro ad ospite per ogni giorno passato in struttura (sino ad oggi hanno transitato nella struttura circa 1.600 persone). A sua volta COeSO, secondo le regole dell'appalto concesso alla cooperativa sociale, liquida i servizi assistenziali forniti. COeSO, inoltre, attraverso il proprio Budget copre eventuali costi aggiuntivi. Le prestazioni sanitarie sono invece a carico del servizio sanitario regionale. COeSo, oltre al coordinamento e alla gestione complessiva della struttura, garantisce la mediazione linguistica, facilita i rapporti dei migranti con i medici della ASL, le forze dell'ordine e, nella fase del foto segnalamento e della presentazione della domanda di protezione internazionale, con i funzionari della Questura.

La creazione di questa sorta di hub socio-sanitario, gestito da attori pubblici con il supporto del privato no profit, ha permesso di raggiungere alcuni obiettivi:

1 – creare una rete dei soggetti pubblici coinvolti, compresa la Questura.

2- contenere l'allarme sociale rispetto al rischio di diffusione di malattie infettive a seguito dell'arrivo sul territorio dei richiedenti asilo, attraverso l'organizzazione di assemblee cittadine e il coinvolgimento dei media. Su 1.600 richiedenti asilo transitati nella struttura sono state rilevati, per esempio, solo 5 casi di tubercolosi.

3- assicurare la tutela della salute dei migranti con interventi socio-sanitari, che in molti casi hanno incluso l'avvio di percorsi terapeutici, ricoveri, supporto a situazioni di vulnerabilità spesso legate a traumi psicologici e violenze.

Friuli Venezia Giulia: assistenza sanitaria integrata nell'Hub Udine e salute mentale a Trieste

di Giovanna Tizzi e Caterina Carmassi

Hub Cavarzerani di Udine: un percorso sperimentale di assistenza primaria integrata per richiedenti asilo

La ex-caserma Cavarzerani di Udine è posizionata in una zona centrale e residenziale della cittadina ed è una struttura molto grande. E' da tempo che in Friuli non arrivano pullman dal sud e su sollecitazione delle prefetture partono pullman dal Friuli per la redistribuzione nelle altre regioni: «perché l'accoglienza diffusa è satura e tutti quelli che arrivano vanno sì nella Cavarzerani, ma nel frattempo hanno aperto anche la caserma "Friuli" molto vicina, entrambe gestite dalla Croce Rossa di Udine» (int. VB).

Il direttore del Comitato Croce Rossa di Udine evidenzia come la capienza della caserma, nonostante sia partita con 140 persone attualmente accoglie 704 persone, ma ne ha ospitati anche oltre mille. Ogni giorno arrivano 10-20 persone, in maggioranza uomini afghani e pakistani.

Consapevoli che la struttura non è adatta ai numeri che ospita, gli enti locali e i soggetti del privato sociale cercano di «fare il meglio che possono per non lasciare le persone in strada e fornire un'accoglienza dignitosa» (int. FD). Emerge una necessità che si situa a livello sovraregionale di gestire l'accoglienza richiedenti asilo non solo nei luoghi di sbacco, ma anche via terra per coloro che entrano in Italia dall'Europa, troppo spesso tenuta scarsamente in considerazione. La tipologia dei richiedenti asilo ad Udine rispecchia quella regionale: giovani adulti soli, più del 90%, afghani e pakistani, mentre i bengalesi principalmente sui minori non accompagnati. Arrivano via terra dall'Austria ed entrano a Tarvisio. Molti di loro hanno alle spalle anni di permanenza in centri di accoglienza nel nord Europa, dove dopo il diniego tentano la strada dell'Italia.

L'accoglienza in caserma nasceva a porte girevoli: «si entra, stato di salute, documento e si esce. Doveva essere così, in modo tale che c'è sempre posto per gli ultimi arrivati ma ci stai poco» (int. VB). Il tempo di permanenza nel tempo si è andato sempre più allungando, ed attualmente la permanenza media nella Cavarzerani è superiore a 3 mesi.

Con il prolungarsi a tempo indefinito di tale emergenza, diviene centrale attuare una presa in carico sanitaria più razionale delle persone che permangono nei centri di primissima accoglienza. La risposta ai bisogni sanitari derivanti da tale situazione pesa soprattutto su strutture storicamente deputate alla gestione delle problematiche dei migranti, come la Medicina Sociale del Dipartimento di Prevenzione dell'AAS4 "Friuli Centrale", e sul servizio di emergenza con accessi spesso impropri al Pronto Soccorso. Il rapido e spesso improvviso turnover dell'accoglienza nelle ex caserme causava difficoltà nell'iscrizione al servizio sanitario e nella presa in carico da parte dei medici di medicina generale. La dispersione dell'assistenza sanitaria su più punti ambulatoriali rendeva, inoltre, estremamente difficile la corretta fruizione del servizio di mediazione.

A ciò si aggiungono le difficoltà nella gestione delle patologie acute di lieve entità (come stati febbrili influenzali etc), che necessitano di semplice accudimento e a cui l'organizzazione iniziale della Cavarzerani non era in grado di dare una risposta adeguata.

Da ciò nasce -1 marzo 2016 - un percorso sperimentale di assistenza integrata al fine di razionalizzare gli interventi legati all'erogazione dell'assistenza primaria per i richiedenti protezione internazionale ospiti dell'Hub Cavarzerani della città di Udine e, in previsione, in altre sedi di prima accoglienza.

La soluzione sperimentale individuata, grazie alla collaborazione tra CRI, Distretto di Udine, Dipartimento di Prevenzione AAS4 "Friuli Centrale" e Pronto Soccorso AOUD SMM, consiste nella creazione di: un ambulatorio per erogazione di assistenza infermieristica di base e assistenza medica primaria presso l'Hub "Cavarzerani"; un locale di degenza per i casi che necessitano di accudimento attiguo alla sede ambulatoriale; l'individuazione di percorsi per la fruizione delle strutture sanitarie in collaborazione sia con le Autorità Locali (Prefettura, Questura, Comune di Udine) sia con gli enti gestori (CRI).

Le finalità del protocollo della Cavarzerani sono le seguenti:

- Assicurare il diritto alla salute del singolo e garantire la tutela della salute della comunità cittadina.
- Razionalizzare l'utilizzo delle risorse economiche e di personale.
- Evitare accessi impropri in Pronto Soccorso e presso le strutture ambulatoriali del Dipartimento di Prevenzione.
- Garantire in modo efficace e congruo, senza inutili dispersioni di risorse, l'attività di mediazione culturale, concentrandola in unica sede, evitando quindi la parcellizzazione degli interventi presso differenti sedi ambulatoriali.
- Sgravare la Croce Rossa Udine del carico legato all'accompagnamento dei richiedenti protezione presso diverse sedi ambulatoriali.
- Omogeneizzare i trattamenti sanitari.
- Individuare soluzioni appropriate per l'accudimento in caso di patologie di lieve entità

L'input della sperimentazione nasce dal Dipartimento Prevenzione, dal Distretto di Udine e dal Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) del Friuli Venezia Giulia: «Abbiamo cercato una soluzione e abbiamo ragionato con il responsabile del distretto di Udine di togliere il medico di medicina generale a queste persone, lasciando ovviamente la tessera, ma non con scelta del medico, e di aprire un ambulatorio all'interno della caserma affidato a due medici di medicina generale» (int.VB)

Pur nella consapevolezza della non opportunità di creare ambulatori dedicati ai migranti, la responsabile del Dipartimento di Prevenzione sottolinea che l'esperienza ha insegnato che per alcune "categorie" più fragili può invece essere utile avere dei percorsi di prima accoglienza sanitaria dedicati. Essi non possono prescindere da un'adeguata presa in carico che risponda ai bisogni primari (casa, cibo, assistenza legale etc.) e tutti gli operatori, ognuno con le proprie specifiche competenze, devono collaborare in maniera integrata.

La Croce Rossa oltre alle attività ordinarie di accoglienza, si occupa dell'allestimento dei locali per ambulatorio medico-infermieristico, della somministrazione questionario di screening all'ingresso, fornisce supporto con Crocerossine all'attività ambulatoriale in caserma, svolge attività di filtro all'accesso all'ambulatorio medico/infermieristico ed infine supporta i percorsi sanitari previsti dal Medico incaricato dal distretto.

Il Distretto di Udine si occupa: dell'iscrizione al sistema sanitario senza scelta del medico di medicina generale; dell'erogazione STP; della supervisione e coordinamento assistenza primaria in Cavarzerani; dell'assistenza primaria diurna in caserma con medico incaricato e notturna/prefestiva/festiva con servizio di continuità assistenziale; del supporto con infermiere di comunità; della fornitura di materiale sanitario; della distribuzione di farmaci; della fornitura per postazione informativa e programma gestione pazienti; della segnalazione "casi critici" ³ alla Prefettura.

³ Per casi critici si intendono le persone per le quali, a causa delle condizioni di salute, l'hub non è da ritenersi una soluzione idonea all'accoglienza

Il Dipartimento Prevenzione segue gli interventi di screening previsti da protocollo regionale in accordo con Croce Rossa e Distretto, fornisce e somministra vaccini con proprio personale, attiva la mediazione Culturale per affiancamento attività ambulatoriali di assistenza primaria e infermieristica previste, fornisce farmaci, collabora con il medico e il personale infermieristico del distretto, si occupa di formazione e informazione al personale medico ed infermieristico del distretto, si occupa dell'invio in questura con segnalazione di necessità di percorso accelerato per motivi sanitari di richiedenti protezione internazionale non ancora in possesso di indigenza.

Infine, il pronto soccorso interviene nei casi di persone non ancora accolte in hub con patologie non critiche ma con necessità di accudimento, di richiedenti protezione accolti in hub con patologie non critiche ma con necessità di accudimento.

L'ambulatorio all'interno della caserma è affidato a due medici di medicina generale che si alternano. E' aperto dal lunedì al venerdì (due ore al giorno) con una reperibilità diurna che va dalle 8 di mattina alle 20.00 di sera.

Le caratteristiche sono analoghe al medico di base, ma il vantaggio è di avere la presenza costante di un mediatore dell'azienda sanitaria.

I richiedenti protezione internazionale accolti nell'hub arrivano sempre nell'orario dell'ambulatorio, poiché la caserma ha orari di apertura e chiusura precisi. Nella prima visita all'ingresso, rilevata con apposito questionario di screening, viene indagata in particolare la tubercolosi, eventuali sintomi suggestivi di tubercolosi o di altre malattie trasmissibili in particolare la scabbia, diarrea, febbre. Escluse queste, si lascia il tempo alle persone di ambientarsi, di mangiare, dormire e soddisfare i bisogni primari.

Successivamente sulla base dei bisogni individuati dal medico vengono fatte, eventuali, visite di approfondimento. Con il passaggio alla seconda fase di accoglienza (CAS o AURA per il Friuli) viene trasmessa la documentazione sanitaria della persona.

E' interessante rilevare che gli intervistati del Dipartimento Prevenzione evidenziano in questa fase l'inutilità e inefficacia di visite preventive di massa: «ad esempio abbiamo fatto la mantoux a tutti quanti, la mantoux si legge dopo 3 giorni e già al terzo giorno qualcuno mancava perché era stato trasferito in altre regioni» (int. VB).

Per un bilancio dell'esperienza analizzata rileviamo che grazie al lavoro del GrIS FVG, degli enti dello SPRAR della rete "voikrucigo/crocicchio"⁴, delle Caritas diocesane, e dei Centri di accoglienza, coinvolgendo Dipar-

⁴ Il progetto voikrucigo/crocicchio della Regione Friuli Venezia Giulia ha portato alla costituzione di un coordinamento operativo regionale tra i progetti aderenti allo SPRAR, capace di rispondere, in modo concordato e omogeneo, alla domanda di assistenza di richiedenti asilo e beneficiari di protezione internazionale e sussidiaria presenti sul territorio regionale. Gli enti attuatori del progetto voikrucigo/crocicchio, ovvero il Consorzio Italiano di Solidarietà ONLUS e la Caritas Diocesana di Trieste, la Carità Diocesana di Gorizia onlus e il Consiglio Italiano per i Rifugiati ONLUS, l'Associazione Nuovi Vicini soc.coop.soc., l'Associazione Nuovi Cittadini ONLUS, hanno dato avvio al processo di definizione di un modello di collegamento tra i servizi previsti nel CARA di Gradisca d'Isonzo con quelli previsti dallo SPRAR del Friuli Venezia Giulia e/o ad esso collegati con la finalità di ricondurre a un unico sistema nazionale le varie misure di accoglienza previste nei singoli territori. Con il progetto voikrucigo/crocicchio sono stati potenziati i servizi di assistenza, informazione, orientamento e accompagnamento svolti in regione dagli enti attuatori così da garantire supporto anche ai richiedenti asilo e rifugiati presenti in regione che NON beneficiavano dell'assistenza SPRAR.

timenti di Prevenzione e Distretti Sanitari e MMG, il percorso analizzato ha contribuito a prevenire accessi inappropriati ai Pronto Soccorso, a evitare allarmismi, incomprensioni ed eccesso di prestazioni, migliorando serenità e sicurezza delle comunità, capacità relazionali degli operatori, appropriatezza delle scelte cliniche e modalità di accesso ai servizi sanitari, superando barriere burocratiche e culturali, stereotipi, paure e pregiudizi.

L'intero percorso sanitario è volto alla tutela della salute del singolo e della comunità di accoglienza (compresi gli operatori), ed è commisurato all'effettiva fattibilità degli interventi promossi, attraverso un'azione integrata tra i soggetti pubblici e del privato sociale.

Coordinamento, messa in rete dei soggetti che, a vario titolo e in relazione ad aspetti specifici, partecipano al sistema territoriale dell'accoglienza, progettazione e condivisione di strategie di azione unitarie, nella loro multidimensionalità, rappresentano elementi essenziali per gestire le problematiche legate alla vulnerabilità sociale che definiscono rifugiati e richiedenti asilo, che sono per loro natura complesse e definite dall'interdipendenza tra aspetti sociali, sanitari, giuridici, amministrativi.

Alla condizione di sradicamento, di deprivazione economica e di marginalità sociale che di norma definiscono l'esperienza dei rifugiati, si associano una pluralità di condizioni e di variabili soggettive, di disagio psichico, di malattia o di disabilità, cui non di rado si sommano gli effetti di violenze e torture. Perciò è richiesto un approccio multidisciplinare e integrato. La prospettiva generale, seppur su scala locale e seppur limitata alla primissima accoglienza, è quindi quella di un'integrazione delle politiche sull'asilo nelle più generali politiche sociali e sanitarie a costituire il cardine di questo lavoro. Solo tale integrazione di funzioni tra la dimensione dell'accoglienza nelle sue diverse fasi e quella delle politiche sociali e sanitarie può costituire la premessa per costruire un sistema capillare, accessibile, omogeneo e capace di uno sviluppo reticolare.

Il percorso sperimentale firmato il primo marzo 2016, va via via perfezionandosi attraverso riunioni periodiche in cui si cercano di risolvere le problematiche che si presentano ed aggiornare in forma scritta il documento.

Il disagio invisibile: l'esperienza di Trieste su salute mentale

Quella del Comune di Trieste rappresenta una realtà sicuramente interessante da analizzare e ricca di spunti per la replica di modelli organizzativi, soprattutto in considerazione del fatto che in tema di salute mentale esistono, in questo territorio, pratiche ormai risalenti ed in parte consolidate. Già nel 2005 partì un primo progetto pilota finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia denominato "Il disagio Invisibile. Nuovi approcci alla salute degli immigrati" finalizzato a fornire supporto psicosociale alle persone immigrate. Fin dalla sua prima edizione includeva la presa in carico di 5 persone nell'arco di undici mesi. L'obiettivo era quello di elaborare un prototipo di servizio territoriale di snodo e collaborazione istituzionale tra i diversi soggetti attivi nel mondo della salute e dell'immigrazione e di stimolarne la stretta collaborazione al fine di rendere più accessibili ad immigrati e richiedenti asilo i servizi già esistenti nonché di generare soluzioni operative ai problemi dell'inserimento sociale dei cittadini stranieri affetti da patologie psichiatriche.

Il progetto partiva, fra l'altro, tanto dall'analisi della situazione esistente sul territorio che dalla constatazione di alcuni fattori. In primo luogo veniva rilevata l'esistenza di una domanda spontanea da parte della popolazione straniera presente sul territorio che si rivolgeva, prevalentemente, al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) che, nella realtà triestina, si presentava come un servizio aperto e con tasso d'occupazione di posti letto molto basso.

In secondo luogo, nella cultura cittadina, i centri di salute mentale rappresentavano già da molto il punto di partenza dell'assistenza psichiatrica. Luoghi fisici, tutti attivi sulle ventiquattrore, dotati di posti letto, a bassa soglia per l'accoglienza della domanda ed aperti alla cittadinanza e sempre in rete con le altre istituzioni sociali e sanitarie della città.

Infine, uno dei Centri di Salute Mentale del Comune di Trieste coinvolti nell'implementazione del progetto rilevava come una percentuale significativa delle persone che entravano in contatto con il C.S.M. provenisse da paesi extracomunitari, rivelando così la difficoltà ad affrontare il disagio psichico in una situazione di sradicamento dal proprio ambiente geografico, culturale e familiare nonostante la presenza di mediatori linguistici e, magari, la conoscenza della lingua italiana⁵.

Tali considerazioni e prese di coscienza sono confluite nel tempo in successivi progetti e, a conferma dell'attenzione prestata alle condizioni di sofferenza psichica, nel 2009 il Comune di Trieste destinava 9 posti a persone affette da disagio mentale nell'ambito del progetto S.P.R.A.R. Poco dopo, nel marzo del 2010 e proprio nell'intento di razionalizzare gli interventi e la presa in carico nei confronti di questi soggetti, veniva stipulata una convenzione fra l'Azienda Sanitaria Locale e il Consorzio Italiano di Solidarietà (I.C.S. Italian Consortium of Solidarity) che ne definisce rispettivi compiti e competenze.

L'esperienza acquisita e le evidenze raccolte dalle sperimentazioni menzionate portavano alla nascita del successivo progetto "SPRAR e disagio mentale", il quale offriva 30 posti destinati a richiedenti asilo affetti da disagio mentale. Un aspetto critico del bando, tuttavia, risiedeva nell'individuare quali destinatari di riferimento i portatori di "disagio psicologico" e non di disagio psichiatrico, risultando poco chiaro nella delimitazione dei beneficiari e fomentando ulteriormente l'ambiguità di quali fossero esattamente i destinatari ultimi delle azioni da intraprendere. Su tale specifico aspetto la psicologa dell'I.C.S. è fortemente critica, sottolineando come questo tipo di ambiguità «pervada attualmente l'intero panorama della psichiatria, incerta su quale sia il confine tra mero disagio e patologia nonché sulle metodologie necessarie per un approccio globale ed olistico alla persona» (int. IS). Tale progetto veniva portato avanti con buoni risultati sino alla sua fisiologica scadenza, avvenuta nel dicembre 2015, evidenziando il problema della carenza di strutture istituzionalizzate e permanenti estranee alla logica progettuale, per sua natura, contingente e troppo spesso dipendente da iniziative personali e volontà politiche.

Facendo tesoro di questa esperienza, una volta terminato il progetto nel dicembre 2015, si è giunti nel territorio triestino alla creazione ed all'insediamento in forma stabile di una "commissione asilo" presso l'azienda sanitaria locale formata da uno psichiatra, un infermiere ed un medico legale alla quale fare riferimento per tutti i casi di riscontrate fragilità o disagi psichici dei soggetti in accoglienza. Tale commissione, istituita subito dopo il termine del progetto "SPRAR e disagio mentale" ed operativa all'incirca dalla metà del 2016, funziona quale meccanismo di collegamento tra il richiedente asilo ed il sistema sanitario territoriale e predispone, quando ve ne sia necessità, le certificazioni sanitarie da poter presentare alle Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale. Alla stessa commissione fanno riferimento tutte le strutture di accoglienza – tanto ordinaria che extra S.P.R.A.R. – gestite dall'I.C.S. e per tutti i soggetti in accoglienza, tanto quelli ospitati in posti S.P.R.A.R. per soggetti con disagio psichico che per tutti gli altri richiedenti asilo. Attualmente il Comune di Trieste dispone di 7 posti nell'ambito del progetto S.P.R.A.R. dedicati a richiedenti asilo con disagio mentale. Considerando la durata dei percorsi individuali in casi come questi i responsabili sottolineano che il numero appare sicuramente insufficiente ai bisogni.

Andando nello specifico e per quanto riguarda la cura della salute mentale nel sistema di accoglienza, il problema appare, prima ancora che organizzativo, quello dell'individuazione dei beneficiari. L'espressione salute mentale può assumere, infatti, diversi significati e può essere declinata diversamente in termini di

⁵ Informazioni reperibili on line sul sito http://www.triestesalutementale.it/guida/guida_unitaoperative.htm consultato il 22 novembre 2016.

ampiezza. Come evidenzia la psicologa «la difficoltà principale risulta essere la comprensione di quali problematiche sono di ambito prettamente psichiatrico e quali no, anche considerando che un'azione mirata richiederebbe l'esatta individuazione di beneficiari. Concentrando l'attenzione sulla malattia psichiatrica in senso stretto, rimane completamente privo di attenzione il ben più ampio numero di richiedenti asilo che manifestano sofferenza psicologica e disagio. Tale condizione, perlopiù legata alla condizione di migrante in quanto tale, al trauma del viaggio ed alla difficoltà di integrazione, risulta estremamente pregiudizievole per la persona e perpetua l'impossibilità per il soggetto di sviluppare strumenti personali di adattamento ed integrazione» (int.IS). Ecco che, se un primo passo è quello di prendersi carico del disturbo mentale, ugualmente necessario sarebbe farsi carico della sofferenza psicologica e della fragilità legata alla condizione del richiedente asilo per giungere a percorsi integrativi di successo.

Non solo: anche la diversa gravità del disturbo da trattare implica l'elaborazione di percorsi specifici, alcuni dei quali impossibili da attuare in termini di durata, pur all'interno della relativa stabilità offerta da un progetto SPRAR.

L'I.C.S., per parte sua, fornisce ai propri ospiti un servizio di consulenza psicologica interno che, tuttavia, non pretende di sostituirsi al servizio pubblico bensì di fornire orientamento, accompagnamento e coordinamento con i centri di salute mentale territoriali e con la commissione asilo stessa.

Per quanto riguarda l'ingresso delle persone nei progetti dedicati alla salute mentale avviene normalmente mediante segnalazione e trasferimento dai centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA) e, prevalentemente, da quello di Gradisca D'Isonzo. Altre volte, come segnalato dal direttore dell'I.C.S. sono gli stessi operatori dei centri SPRAR o extra-SPRAR a segnalare tra coloro già presenti in accoglienza dei soggetti bisognosi di cure specialistiche. È l'operatore, infatti, che per primo instaura un rapporto diretto e di auspicabile fiducia con il richiedente asilo. E' sull'operatore che grava, pertanto, anche il compito di valutare la gravità del disagio e di discernere - spesso in assenza di qualsiasi precedente segnalazione - quale sia il disagio in quanto espressione dello sradicamento e quale sia il sintomo di uno stato psicopatologico.

L'I.C.S., nel tentativo di creare percorsi ad hoc che, non omologhino ciecamente le persone e non le isolino o stigmatizzino, accoglie le persone con disagio mentale nelle strutture SPRAR ordinarie (nel territorio Triestino una struttura ospita 3 persone ed altre due strutture ne ospitano due ciascuna), attraverso percorsi di socializzazione e interazione tra i richiedenti asilo.

L'I.C.S. ha, inoltre, strutturato un programma di formazione continua degli operatori. I quasi 150 operatori sono suddivisi in gruppi di lavoro tematici ed operano sotto la guida di un coordinatore. Proprio il coordinatore individua una persona della propria equipe che viene formata in maniera più specifica sulle tematiche della salute mentale e del disagio psicologico e che svolgerà, tra l'altro, funzioni di referente verso la commissione asilo riguardo ai problemi eventualmente emergenti in relazione al benessere psicologico delle persone in accoglienza. Alla formazione interna si aggiunge, all'incirca una volta ogni 6 mesi, un evento di formazione esterno con esperti del settore e rivolta unicamente al gruppo selezionato di operatori.

Complessivamente emerge come punto qualificante dell'esperienza triestina l'impegno nel creare un sistema di accoglienza valorizzante e volto all'integrazione attraverso la collaborazione con i diversi attori, pubblici e privati. Nell'esperienza dell'I.C.S. l'accoglienza deve avvenire con percorsi specifici e servizi dedicati, ma senza escludere e stigmatizzare. Nel periodo dell'accoglienza dovrebbero essere sviluppati ed avviati con l'aiuto degli operatori i rapporti con il settore pubblico – nella specie il centro di salute mentale territorialmente competente oppure l'S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) che l'immigrato potrà mantenere in autonomia una volta uscito dal progetto di accoglienza, nell'intento di favorire autonomia e dignità.

Con riguardo alla specifica esperienza considerata, va evidenziato come i servizi e le competenze per prendersi cura del disagio mentale sul territorio esistano e siano attivi ed efficienti. Ciò che appare migliorabile, semmai, è la dimensione del coordinamento tra questi servizi ed il settore privato nonché di meccanismi istituzionali che permettano lo scambio di esperienze, competenze sul lungo termine ed il collegamento tra questi due settori fuori dall'ottica emergenziale o progettuale. La creazione della "commissione asilo" presso l'Azienda sanitaria locale appare, in tal senso, un'ottima conquista da consolidare e sviluppare nel tempo.

In molti si sono interrogati, certo, sulla possibilità di attuare con successo dei percorsi di riabilitazione psichiatrica all'interno del sistema di accoglienza in quanto tale, in ragione della sua natura ontologicamente temporanea (Farrotti, Olivieri 2011). Le tempistiche stesse dell'accoglienza ed il tentativo di uniformazione dei servizi, spesso collidono con le esigenze dei richiedenti asilo che manifestano disagio mentale e che avrebbero bisogno di un percorso costruito su misura sul caso specifico⁶. Non solo: sebbene lo SPRAR offra una possibilità di permanenza al suo interno e di stabilità relativamente ampie, i percorsi di coloro che necessitano di riabilitazione psichiatrica hanno una durata media di circa tre anni, creando gravi limitazioni in quanto a ricambio e turnover dei posti disponibili.

Da questa considerazione emergono in maniera consequenziale alcune criticità. Tanto per coloro che necessitano di percorsi riabilitativi di lungo periodo che per coloro che non necessitano di ospedalizzazione o percorsi medici, ma di assistenza psicologica la cui risposta non può essere trovata unicamente nel servizio di accoglienza per i richiedenti asilo. Il supporto iniziale a queste categorie di persone deve essere sicuramente fornito nella prima accoglienza per essere poi proseguito dal servizio pubblico. Certo è che la mancanza di attenzione al benessere psicologico tanto prima che successivamente alla malattia psichiatrica è una carenza sistematica e non solamente in relazione alla popolazione migrante.

Quello che deve essere progettato per il futuro è un sistema di collaborazione virtuosa che coinvolga il settore privato nel percorso di breve-medio periodo ed il pubblico in quello di lungo periodo. I percorsi delle persone in accoglienza, infatti, sono talvolta molto lunghi e come afferma la psicologa: «in queste situazioni si genera una dipendenza, un'incapacità di uscita che rischia di fare dell'intero sistema SPRAR l'unico posto in cui possono rimanere, provocatoriamente verrebbe da dire quasi un'istituzione totale. Un'istituzione forzata in cui le persone si cronicizzano, dove il tempo di accoglienza diviene quasi eterno, senza fine, uno spazio senza tempo, privo di una progettualità» (int.IS). Al tempo stesso va riconosciuto che lo SPRAR è anche il primo ed unico spazio che accoglie queste persone e in cui esse trovano un posto.

Rimane assolutamente necessario sviluppare competenze specifiche tra gli operatori medici, psicologi e dell'accoglienza creando percorsi appositi sin dalla frequenza universitaria. Ad oggi, ancora, l'etnopsichiatria non è inclusa nei programmi di medicina e psicologia e l'attenzione alla vulnerabilità dei soggetti vittime di traumi, tortura o sofferenze estreme è ancora insufficiente o comunque affidata a volontà e realtà estemporanee.

Quello che emerge in maniera chiara e conclusiva è una carenza di attenzione alla zona grigia di disagio situata tra il benessere pieno e la patologia conclamata. Questo disagio, che nasce prima di tutto dalla storia

⁶ Un progetto finanziato dal Fondo Europeo per i Rifugiati (F.E.R.) cui attualmente prende parte l'I.C.S. - "lontani dalla violenza" - si rivolge in maniera specifica, ad esempio, alle vittime di tortura ovvero a soggetti che, affetti da disagio psichico, non necessariamente presentano oppure hanno sviluppato una patologia psichiatrica. Il progetto è attuato su 12 SPRAR ed è volto alla sperimentazione di un modello di presa in carico integrata dal punto di vista sociale e sanitario delle persone vittime di tortura, da diffondere e replicare successivamente sul territorio nazionale. Il progetto sarà realizzato tramite la creazione di equipe territoriali multidisciplinari costituite da operatori socio-sanitari dei vari enti.

di sofferenza e sradicamento del singolo e dalla situazione di incertezza ed isolamento nella quale questo si viene a trovare lontano dal proprio paese, viene lasciato troppo spesso senza ascolto. Sebbene non sia omologabile alla malattia psichiatrica, le sue conseguenze sono spesso altrettanto invalidanti in termini di possibilità di successo del percorso di integrazione e ricostruzione identitaria. Non solo: come ricorda la psicologa, è questo *disagio inascoltato* che rischia di pregiudicare in maniera significativa il funzionamento del sistema di accoglienza stesso ed al quale l'I.C.S. sta cercando di prestare attenzione. Attualmente il peso di questo disagio grava quasi interamente sugli operatori dei centri di accoglienza che, tuttavia, non possono e non devono farsene carico da soli. Infatti, mentre gli operatori possono essere, certamente ed auspicabilmente sempre più formati in campo psicologico, questi strumenti devono servire loro per renderli capaci di riconoscere le situazioni a rischio, fronteggiarle nell'immediato ed indirizzarle correttamente senza che, tuttavia, la risposta e la soluzione debba provenire da loro stessi.

In questo senso le buone pratiche sviluppate attraverso progettualità innovative devono sedimentarsi ed andare a costruire competenze diffuse in cui gli attori pubblici e del privato sociale collaborano in maniera organizzata e continuativa, evitando che possa essere solo il terzo settore a farsi carico di fronteggiare un problema complesso e sfaccettato come quello della salute mentale della popolazione nel sistema di accoglienza.

LAZIO: l'esperienza dei migranti in transito a Roma e il centro SAMIFO

di Sara Albiani e Giulia Borgioli

L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma

Secondo i dati del Ministero dell'Interno, nel 2014 sono approdate sulle coste italiane 170 mila persone: un numero superiore alla somma dei tre anni precedenti e quasi triplo rispetto al 2011, anno dell'emergenza in Nord Africa, a seguito delle "primavere arabe". Nel 2015 i nuovi arrivi sono stati circa 154 mila (10% circa in meno rispetto 2014) e nel 2016 (periodo gennaio-Novembre) 173 mila, con un incremento di circa il 18% rispetto all'afflusso registrato nell'anno precedente.

Nel 2015, sono state presentate alle Commissioni Territoriali incaricate di valutare le richieste di protezione internazionale circa 83.970 domande. È dunque possibile stimare intorno alle 70.000 unità la quota di migranti che ha attraversato l'Italia diretta in altri Paesi UE e che ha voluto rendersi invisibile per evitare di dover rimanere in Italia secondo le norme dell'Accordo di Dublino. Queste persone che transitano per brevi periodi (di solito alcuni giorni) sfuggono all'identificazione, non vengono inserite all'interno di programmi di accoglienza per richiedenti protezione internazionale e non si rivolgono spontaneamente ai servizi sanitari, compresi quelli dedicati agli utenti in possesso di tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente), non beneficiando di conseguenza delle tutele sanitarie disponibili. Per tali ragioni, il fenomeno dei migranti in transito ha finito per assumere un impatto rilevante sulle strategie di sanità pubblica e sui modelli socio-sanitari di presa in carico.

Roma è stata tra le città italiane maggiormente interessate dal fenomeno. A seguito dell'intensificarsi degli arrivi, si è infatti registrato, a partire dai primi mesi del 2014 e per tutto il 2015, un co-spicuo aumento delle presenze immigrate all'interno di insediamenti spontanei o edifici spesso in stato di abbandono, già occupati da altri stranieri o italiani presenti stabilmente e organizzati secondo modalità minime di autogestione. Le condizioni generali di vita in questi insediamenti si sono ulteriormente aggravate per l'aumentata densità abitativa e la carenza di servizi igienici, che possono compromettere lo stato di salute dei migranti in transito.

Considerando che nell'ordinamento italiano, ogni individuo ha diritto all'assistenza sanitaria, e che tale assistenza è competenza delle strutture sanitarie territoriali, per far fronte a tale emergenza, nella primavera 2014 su iniziativa della Direzione Generale della ASL RMB si è costituito un Gruppo di lavoro inter-istituzionale, aperto alla partecipazione di diversi enti sociosanitari pubblici e del privato sociale. Tale Gruppo di lavoro, coordinato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL RMB e dall'INMP, ha definito le modalità operative e gli strumenti più idonei a garantire l'assistenza sociosanitaria di base e il supporto sociale ai migranti in transito. L'intervento si è svolto dal 18 giugno al 6 novembre 2014 e ha interessato due edifici occupati (via Collatina 358 e Selam Palace, Via Arrigo Cavaglieri 8) e un insediamento spontaneo (via delle Messi d'Oro), tutti collocati nel territorio della ASL RMB.

Nella primavera 2015, in risposta alla nuova ondata di sbarchi e all'incremento delle presenze a Roma, la ASL RMB e l'INMP hanno disposto (con nota congiunta del 23 marzo 2015) la ripresa delle attività. Successivamente, a seguito dello smantellamento dell'insediamento di via delle Messi d'Oro, una parte dei migranti è stata accolta nel Centro Baobab (sul territorio della ASL RMA), dove si stima che nel solo periodo estivo siano transitate più di 30 mila persone) e all'interno di una tendopoli allestita dalla Croce Rossa nei pressi della Stazione Tiburtina (territorio della ASL RMB). Questa nuova situazione ha portato dunque al coinvolgimento della ASL RMA e all'ingresso nella rete assistenziale di altre organizzazioni umanitarie (per

un totale di 16 tra istituzioni pubbliche e associazioni non profit). Infine, nell'autunno 2015, con la chiusura della tendopoli, è stato istituito ufficialmente – per la prima volta a Roma – un centro dedicato all'accoglienza dei migranti in transito, presso via del Frantoio. Tutti gli insediamenti suddetti sono stati interessati dal piano di intervento sociosanitario, fino alla naturale cessazione delle attività, in data 13 novembre 2015, per esaurimento del flusso.

In considerazione delle caratteristiche della popolazione in transito, dell'urgenza dei bisogni emergenti e della particolarità del contesto, il modello adottato è stato quello della prossimità dell'offerta assistenziale, attraverso attività articolate su più livelli operativi, previo coinvolgimento dei comitati locali di autogestione per concordare modalità e tempistica degli interventi. Sono state pertanto garantite prestazioni sanitarie di primo livello direttamente presso gli insediamenti, mediante équipe composte da medici, infermieri, specialisti dermatologi, operatori sociali e mediatori culturali. Le équipe hanno operato all'interno di unità mobili adibite ad ambulatorio o in spazi dedicati presso gli insediamenti, garantendo visite di medicina generale e dermatologiche, medicazioni e somministrazione di farmaci.

Per la permanenza estremamente ridotta negli edifici da parte degli immigrati in transito, non sono state previste prestazioni di secondo livello da erogare presso i servizi sociosanitari territoriali. Tuttavia, in casi particolari in cui sussistevano le condizioni di programmabilità di visite specialistiche o approfondimenti diagnostici, è stato garantito l'accesso facilitato alle strutture ambulatoriali del territorio, prevedendo anche l'accompagnamento dei pazienti mediante automezzo dedicato. Inoltre, l'INMP ha messo a disposizione un servizio di teleconsulto dermatologico, con la possibilità per gli operatori delle équipe di inviare immagini su piattaforma dedicata e richiedere pareri su specifici quesiti diagnostici.

In caso di pazienti che necessitavano di trattamenti urgenti in ambito ospedaliero, è stata utilizzata la modalità ordinaria di attivazione dell'Ares 118.

L'assistenza di tipo sociale, condotta parallelamente all'azione sanitaria, ha riguardato la raccolta e la distribuzione di beni di prima necessità (vestiario, cibo e kit per l'igiene personale), secondo le disponibilità, grazie anche al supporto delle parrocchie di zona.

Al fine di documentare le prestazioni sanitarie e i trattamenti erogati presso gli insediamenti, è stata effettuata una raccolta dati mediante apposita scheda compilata per ciascun contatto sanitario dagli operatori delle équipe. Successivamente, i dati sono stati inseriti su supporto informatico e analizzati utilizzando un software specifico.

Le visite effettuate dalle équipe sanitarie in interventi di outreaching sono state 3.870 nel 2014 (18 giugno-6 novembre) e 8.439 nel 2015 (23 marzo-11 novembre). Si è trattato in gran parte di primi contatti di tipo sanitario (intorno al 90% in entrambi gli anni), seguiti da un numero limitato di visite di controllo.

I pazienti visitati erano in larga prevalenza maschi, con età mediana di poco superiore ai 20 anni. Il numero totale di minori è risultato pari al 14% nel 2014 e al 20% nel 2015, mentre la quota di ultracinquantenni si è attestata intorno all'1%. Per quanto riguarda il Paese di origine, la quasi totalità dei pazienti proveniva dall'Eritrea (85%); a seguire, Somalia, Etiopia e Sudan.

Le patologie prevalentemente riscontrate durante le visite mediche sono state quelle dermatologiche (55-60%), soprattutto scabbia, pediculosi e impetigine. A seguire, le malattie del sistema respiratorio (13-20%), quali infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, e le patologie dell'apparato digerente (8-9%), con diarrea, dolori addominali e gastriti.

Per quanto riguarda le malattie infettive sistemiche, nel 2014 sono state effettuate 21 segnalazioni (pari allo 0,5% della casistica) così distribuite: 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, per nessuna delle quali è stata poi confermata la diagnosi; 8 casi di malaria e 6 di varicella. Nel 2015, le segnalazioni di sospetta malattia infettiva (in tutto 108) hanno riguardato prevalentemente casi di varicella (70) e malaria (27); i casi di sospetta tubercolosi sono stati 7 e solo per 2 di questi è stata confermata la diagnosi.

L'attività è ripresa anche nel 2016. In particolare, la nota congiunta del 13 giugno 2016 delle ASL Roma 1 e Roma 2 (ex ASL RMA e RMB) e dell'INMP ha disposto la riattivazione della rete territoriale di prossimità, prevedendo una rimodulazione delle modalità operative in funzione dell'evoluzione del fenomeno dei transitanti. Sono stati evidenziati, infatti, alcuni aspetti di cambiamento rispetto a quanto osservato nei due anni precedenti: le persone provengono soprattutto dagli hotspot, sono in larga parte fotosegolate e tendono a rimanere più a lungo sul territorio nazionale, anche in considerazione dei cambiamenti intervenuti nella gestione del fenomeno migratorio a livello europeo e della minore permeabilità delle frontiere.

Per quanto riguarda gli aspetti di assistenza sanitaria, tale popolazione continua a essere al di fuori dei programmi di accoglienza per richiedenti asilo, pertanto non beneficia delle coperture previste. E tuttavia, proprio in ragione della più lunga permanenza dei migranti sul territorio cittadino, si rendono oggi attuabili iniziative di orientamento all'utilizzo dei presidi territoriali e percorsi di presa in carico (presso i centri di via del Frantoio e di via Casilina Vecchia), a integrazione dei programmi di offerta attiva che stanno continuando presso l'insediamento spontaneo di via Cupa (ex-Baobab).

L'esperienza maturata a Roma con i migranti in transito si presenta particolarmente significativa, sia in termini di assistenza sociosanitaria garantita che di sviluppo di sinergie e dialogo tra una pluralità di attori, in grado di assicurare complessivamente copertura territoriale e tempestività di risposta.

La modalità che esce rafforzata è quella dell'offerta proattiva, in cui emerge la centralità del sistema sanitario pubblico nel governare le azioni di tutela della salute delle persone e il ruolo determinante delle associazioni del privato sociale nel rendere accessibili i percorsi di presa in carico, anche in situazioni di particolare marginalità e distanza dai servizi.

Il Centro SAMIFO: promuovere la salute dei migranti forzati attraverso l'interazione tra settore pubblico e privato

Il Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) è una struttura pubblica che nasce nel 2006 dalla collaborazione tra l'Azienda USL Roma A e l'Associazione Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service, per dare risposte concrete alla difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari dei richiedenti e titolari di protezione internazionale.

La sede del Centro SAMIFO è a Roma, in Via Luzzatti 8, presso il presidio territoriale del Distretto Primo della ASL Roma A. Il Centro è coordinato da un dirigente medico del Dipartimento di Salute Mentale con alta professionalità in psichiatria trans-culturale e delle migrazioni. Pur non essendo formalmente inserito nell'atto aziendale, il SAMIFO è di fatto incardinato nell'Unità Operativa Semplice Assistenza Immigrati, a valenza interdistrettuale, che ha la funzione di coordinamento dei progetti sui migranti.

È un servizio dedicato esclusivamente alla tutela e alla promozione della salute dei migranti forzati e ha come obiettivo principale la presa in carico e la cura temporanea dei richiedenti e titolari protezione internazionale, per un periodo non superiore a 24 mesi. Nelle fasi iniziali dell'arrivo, ma spesso anche a distanza di tempo, le ridotte capacità di comunicazione linguistica possono compromettere gravemente le relazioni

con il nuovo contesto e inficiare l'interazione clinica, terapeutica e di autonomia. Trascorso tale tempo, gli utenti dovrebbero aver appreso la conoscenza basica della lingua italiana, e quindi essere in grado di capire, di farsi capire, di muoversi autonomamente sul territorio e di fruire liberamente dei servizi socio-sanitari, a parità con gli altri cittadini. Una volta trascorsi 24 mesi, ovviamente non vengono negate prestazioni d'urgenza ma il servizio non ha come target specifico gli stranieri stabilizzati e residenti in Italia.

Il Centro SAMIFO è aperto dal lunedì al venerdì ed è articolato secondo le seguenti attività e servizi. Il *front office* – sportello di accoglienza e orientamento socio-sanitario con accesso libero – svolge le seguenti attività: iscrizione al Servizio Sanitario Regionale; scelta e revoca del medico di base; prenotazioni visite e accertamenti; orientamento all'utilizzo dei servizi e, se necessario, accompagnamento. Il *back office* prevede uno spazio di ascolto per richieste più delicate, che richiedono maggiore privacy. È previsto un servizio strutturato di mediazione linguistico-culturale (non a chiamata) per le lingue farsi, dhari, tigrino, amharico, wolof, bambara, djoula, mandingo, arabo, inglese, francese, spagnolo. Il servizio è finanziato dal Centro Astalli e, per 40 ore settimanali, da un bando pubblico di Roma Capitale.

La stretta collaborazione tra dipendenti ASL e personale del Centro Astalli è evidente nell'organizzazione degli ambulatori, che vede la compresenza di personale appartenente ad entrambi gli enti e di personale volontario. Il Centro è composto dai seguenti ambulatori: medicina generale; psichiatria trans-culturale e delle migrazioni; psicologia; medicina legale; ginecologia e ostetricia; infettivologia; ortopedia; vaccinazioni. L'accesso all'ambulatorio di medicina generale è libero, non è richiesta l'impegnativa e sono previste 30 visite ogni mattina. Le visite specialistiche si effettuano invece su appuntamento, riservando comunque sempre uno spazio di ascolto per le urgenze.

Particolare attenzione è rivolta alla cura delle vittime di tortura, violenza intenzionale e trattamenti inumani e degradanti, alle donne vittime di abuso sessuale, per persecuzione politica, matrimonio forzato, violenza domestica, alle quali viene garantito, oltre al supporto psichiatrico, psicologico e ginecologico, l'accompagnamento a visite specialistiche. Visto l'alto numero di donne che ha subito violenza sessuale e con modificazioni dei genitali, e la peculiarità del contesto di provenienza, l'ambulatorio di ostetricia e ginecologia è gestito esclusivamente da personale femminile: ginecologa, ostetrica, infermiera, mediatrici culturali.

L'ambulatorio di medicina legale, di concerto con quello di psichiatria, si occupa di certificare le violenze e le torture subite; nel caso in cui non ci siano segni fisici di violenza subita, la certificazione è di sola competenza dell'ambulatorio psichiatrico.

Il metodo di lavoro scelto è quello del governo della rete come insieme di relazioni tra diversi soggetti, che convergono su obiettivi, strategie e metodologie di lavoro, creando culture condivise per raggiungere determinati risultati. Non esiste quindi una gerarchia tra gli operatori ASL e quelli del Centro Astalli, ma una condivisione di obiettivi e pratiche che nasce dal basso.

La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di percorsi interdisciplinari di cura e/o sostegno individuale appropriati alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati, sull'integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica. La complessità dei bisogni deve prevedere un approccio multidimensionale, interdisciplinare e interculturale, che quindi non è mai esclusivamente sanitario ma globale.

Il servizio – a valenza cittadina, ma con invii da tutta la Regione Lazio – è diventato, nel corso degli anni, un punto di riferimento per gli enti di tutela dei richiedenti/titolari di protezione internazionale, ma soprattutto per i richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura e di violenze intenzionali.

Dal 1 luglio 2007 al 31 dicembre 2014 sono stati presi in carico e iscritti al Servizio Sanitario Regionale oltre 9.000 fra richiedenti e titolari protezione internazionale; sono state effettuate circa 38.000 visite di medicina generale e 25.000 visite specialistiche (psichiatria, psicologia, ginecologia, medicina legale, infettivologia). Le prestazioni del *front-office* sono difficilmente quantificabili ma superano certamente le 120.000. La popolazione assistita – circa 80% uomini e 20% donne – è stata e continua a essere prevalentemente africana (Eritrea, Senegal, Etiopia, Guinea, Mauritania, Costa d’Avorio e Mali sono le principali nazioni di provenienza), seguita da quella afghana. Ogni anno, il Centro SAMIFO segue almeno 300 vittime di trattamenti inumani e degradanti, compresa la tortura.

Nel corso degli anni, il Centro SAMIFO ha partecipato a numerosi progetti, che hanno visto l’approfondimento di alcune tematiche legate alla salute dei migranti forzati.

Sicilia: il Servizio di Etnopsicologia a Palermo e l'ambulatorio di psicoterapia transculturale a Trapani

di Giovanna Tizzi e Caterina Carmassi

Il doppio sguardo: l'esperienza del servizio di Etnopsicologia nel Policlinico di Palermo

Il Servizio di Etnopsicologia nasce nel 2008 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo.

Il Servizio nasce su base volontaristica all'interno dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico per rispondere ai bisogni specifici di salute mentale della popolazione migrante, a cui i servizi territoriali esistenti, non essendo formati al metodo clinico transculturale, non riuscivano ad intercettare. Il servizio prova dar risposta ad un bisogno di cura psicologica per pazienti che di norma difficilmente accedono ai servizi di salute mentale, seguendo le indicazioni dell'OMS (Risoluzione sulla salute dei migranti, approvata dalla 61esima Assemblea Mondiale della Sanità, maggio 2008), oltreché delle linee guida della Regione Sicilia.

Il Piano Strategico per la salute mentale della Regione Sicilia, redatto dall'Assessore alla Salute, includeva un capitolo importante sulla salute mentale della popolazione migrante. Nel Piano si prevedeva l'attivazione di strategie per garantire l'accesso alla popolazione migrante a cure primarie di qualità per la salute mentale, in particolare istituendo Servizi Sperimentali di integrazione dipartimentale per i problemi di salute mentale connessi ai fenomeni interculturali ed alle dinamiche migratorie, promuovendo come fattore strategico l'approccio etnopsichiatrico e la mediazione linguistico-culturale.

Dopo un'analisi di ciò che offriva il territorio in ambito transculturale, e una fase di start up di lavoro in rete con il territorio durata due anni, è stata istituita un'equipe e una metodologia multidisciplinare, nell'ottica di approcciare il disagio psichico nella sua forma più complessa. In questo modo la psicologia si è avvicinata sempre più al mondo medico, e quello della medicina alla letture psicologiche. In seguito è stata affiancata l'antropologia e la mediazione linguistico-culturale.

«L'etnopsichiatria è una psicoterapia, un modo di fare psicoterapia che ammette una pluralità. E' una psicologia molto attenta all'expertise delle persone che vengono da lontano: noi andiamo a scuola dalle persone che vengono da lontano, e non l'inverso. Il paziente non è un paziente: è un collaboratore. Il terapeuta non è un terapeuta: è un ricercatore. Insieme terapeuta e paziente, creano una soluzione ad un problema, che non è nel paziente: è un problema che si pone all'ordine del mondo. Il terapeuta ed il paziente collaborano per capire perché oggi il mondo non è in ordine. [...] il dispositivo dell'etnopsichiatria è un dispositivo critico; un luogo in cui la critica è obbligatoria! Primo: il paziente è colui che conosce. Secondo il paziente è parte del gruppo di lavoro, dell'equipe» (Monti, 2004).

Dal 2010 al 2014 inizia il Servizio per le attività di presa in carico e cura psicologica di pazienti stranieri e certificazione clinica. Il Servizio sempre su base volontaristica è aperto due pomeriggi a settimana.

In questi quattro anni sono transitati 107 pazienti per attività di sostegno psicologico, valutazione dello stato psicologico ed eventuale rilascio di certificazione clinica e percorsi di psicoterapia. E' in questa fase che si sviluppa il lavoro d'equipe multidisciplinare formato da: psicologa, antropologo e mediatore. Nel tempo, attraverso un lavoro continuo di dialogo con il territorio si allarga la tipologia di inviati: aumenta il numero dei centri di accoglienza che si riferiscono al Servizio (CAS, SPRAR, CPA, centri per MSNA; l'USSM (Ufficio dei

Servizi Sociali per i Minorenni del Malaspina), l'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) e il centro affidi per minori chiedono valutazioni e prese in carico per soggetti vulnerabili stranieri in uscita dai circuiti penali.

Il servizio si consolida ed allarga il territorio di riferimento.

Per quanto riguarda le modalità degli accessi, l'analisi dei dati evidenzia tre canali: l'invio da parte dell'UO di Medicina delle Migrazioni in cui in Servizio stesso è inserito; gli avvocati e i giuristi e l'invio da parte del territorio (ambulatori dedicati, privato sociale, associazioni, comunità di accoglienza etc..).

Nel 2015 l'équipe (psicologa-psicoterapeuta e antropologo) del servizio si costituisce in Associazione no profit con il nome "Centro Penc. Antropologia e Psicologia geoclinica" e viene attivata per un anno una progettualità sostenuta da fondi strutturali dell'Azienda Ospedaliera.

Nel 2016, alla data di scadenza del progetto, il finanziamento non viene rinnovato nonostante le richieste provenienti dal territorio: sono oltre 50 i soggetti del mondo dell'associazionismo e del privato sociale, che firmano una lettera verso le istituzioni pubbliche.

Attualmente il Centro Penc, in partnership con il CESI (Conferenza Episcopale Siciliana) e grazie al sostegno finanziario della Fondazione Migrantes e della Caritas di Agrigento, ha riaperto il Servizio per la cura psicologica dei migranti presso la sede storica del Policlinico di Palermo. Il Servizio è aperto tre volte a settimana: due pomeriggi per i colloqui, ed un giorno è dedicato alla riunione settimanale d'équipe e alla ricerca.

Il Centro Penc si occupa di: sostegno psicologico; psicoterapia; sostegno ai percorsi di integrazione socio-lavorativa e scolastica; mediazione linguistica e culturale; supporto; supervisione clinica ad operatori/educatori dei centri di accoglienza. I professionisti del Centro Penc si occupano anche di formazione ad operatori socio-sanitari del servizio sanitario (ASP e ospedali) locale e nazionale, e partecipano a congressi e conferenze.

Dall'analisi dei dati del 2015 si evince che sui 101 pazienti afferiti al Servizio, 89 hanno usufruito di un percorso di assessment (non meno di quattro incontri), e 48 hanno intrapreso un percorso di psicoterapia transculturale; soltanto 12 pazienti hanno usufruito di un singolo colloquio.

Di questi 101, hanno avuto accesso 22 minori stranieri non accompagnati. Sono state redatte 24 certificazioni per riconoscimento del disagio mentale quale esito di violenza intenzionale e tortura.

Le principali aree geografiche di provenienza sono il Ghana e la Nigeria. La quasi totalità delle persone che hanno avuto accesso è classificabile come "categoria vulnerabile", persone che hanno subito violenza intenzionale nel proprio paese o nei paesi di transito (Niger e Libia), e che sono stati inviati in ragione di una manifestazione psicopatologica connessa al trauma estremo (Monti, 2015).

Evidenziamo che sul piano del radicamento il Servizio di etnopsicologia, nasce come piccola esperienza di volontariato, collocata all'interno dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo, per diventare poi un punto di riferimento del territorio, oltre Palermo. L'esperienza analizzata offre, non di meno, indicazioni in vista della costruzione di un modello multidisciplinare di presa in carico dei bisogni di salute mentale. La ricchezza del Servizio infatti è quella di saper coniugare il doppio sguardo: l'approccio psicologico con la prospettiva antropologica, metodologia fondamentale per la comprensione transculturale dei casi.

L'etnopsicologia clinica poiché interviene sul disagio patito o sugli aspetti problematici manifestati dalle persone straniere con dispositivi terapeutici adeguati, nel corso degli anni si è rivelata clinicamente valida e il Servizio del Policlinico documenta un numero consistente di prese in carico e di certificazioni redatte.

A Palermo il Servizio è diventato *essenziale* perché unico e rispondente al bisogno percepito di malessere diffuso sulla popolazione migrante, in particolare per i richiedenti protezione internazionale.

Un progetto che intende perseguire l'obiettivo di una presa in carico consapevole e competente, con ricadute positive sul benessere collettivo.

Si tratta, inoltre, di una collaborazione autentica tra medico e psicologa, i quali hanno accettato la sfida di avvicinare i saperi, intrecciando conoscenze disciplinari, una notoriamente inclusa nelle discipline umanistiche e l'altra appartenente alle discipline scientifiche.

Nonostante ciò, la principale criticità è il non consolidamento del Servizio all'interno del sistema pubblico. L'interruzione del Servizio nella primavera di quest'anno e il ricorso a risorse finanziarie esterne non permettono di programmare la continuità del Servizio stesso «non sappiamo se continuerà. Noi, non siamo interni all'azienda sanitaria» (int. MCM). Il Servizio è fisicamente all'interno del Policlinico ma il personale è esterno.

Eppure, il Servizio è una risorsa preziosa del territorio palermitano che accoglie migranti e si trova a dover affrontare situazioni di vulnerabilità varie nonché forme di violenza esternata e di malessere implosivo, soprattutto tra i minori stranieri non accompagnati. Esso risponde a bisogni di salute mentale della popolazione migrante e non può essere sostituito dai servizi territoriali esistenti perché le forme di vulnerabilità esperite necessitano di una presa in carico consapevole che faccia leva su una metodologia e su una formazione assolutamente specifiche.

Psicoterapia transculturale a Trapani: l'esperienza di Medici Senza Frontiere

Uno dei progetti rilevanti ai fini di questa ricerca è quello portato avanti su Trapani, dove Medici Senza Frontiere (MSF) fornisce supporto psicosociale ai richiedenti asilo presenti nei 25 centri di accoglienza straordinaria⁷ -che d'ora in avanti chiameremo CAS - della provincia siciliana. Il progetto si sviluppa, dal punto di vista temporale, attraverso l'intero 2016 ed il 2017 e trova il suo fondamento in una convenzione con la Prefettura che concede ad MSF l'accesso ai CAS. In questa convenzione non è coinvolto alcun altro soggetto istituzionale così che MSF lavora in collaborazione direttamente con i dipendenti degli enti gestori

⁷ Medici Senza Frontiere, a seguito di una riflessione iniziata negli anni 90, ha deciso di operare anche in Italia aprendo progetti di intervento finanziati interamente con fondi dell'organizzazione. Tra le attività svolte in tutte le aree di sbarco segnaliamo Psychological First Aid (d'ora in avanti PFA). Il PFA è un supporto che viene prestato ogniqualvolta vi siano agli sbarchi soggetti sopravvissuti ad un naufragio e che, pertanto, necessitano di un supporto dedicato e specifico nella gestione immediata del trauma. Tale attività viene portata avanti sulla base di un protocollo di intesa con il Ministero dell'Interno che autorizza MSF ad entrare in contatto diretto ed immediato con i migranti sopravvissuti a naufragio, talvolta e quando sia necessaria una immediata ospedalizzazione, persino prima che venga svolta l'identificazione completa. Il Ministero provvede a dare avviso dello sbarco alla sede centrale di MSF a Roma, unitamente (ed auspicabilmente) alle informazioni riguardanti la nazionalità dei migranti sopravvissuti. Conoscere la nazionalità dei migranti in arrivo facilita grandemente il lavoro del team che presterà PFA e che ha il compito di reperire i mediatori adeguati al caso, sempre e comunque interni ad MSF e formati secondo gli standard dell'organizzazione. Obiettivo principale dell'intervento immediato risiede nel restituire dignità ed umanità a coloro che arrivino in modo tanto traumatico sulle coste italiane.

dei centri che, di volta in volta, possono essere cooperative sociali, onlus o privati vincitori del bando prefettizio.

La molteplicità delle strutture, la diversità della loro collocazione sul territorio e della loro gestione nonché del personale impiegato, comportano notevoli disomogeneità nei servizi erogati e nella presa in carico dei bisogni dei richiedenti asilo. Ciò nonostante, MSF lavora con l'obiettivo di sviluppare competenze più condivise possibile, raccogliendo e dando seguito alle buone pratiche già presenti e sostenendo e formando gli operatori laddove emergano delle carenze.

L'attività di MSF si concentra attorno a due poli strategici: da un lato quello dell'assistenza diretta ai richiedenti asilo e, dall'altro, quello della formazione del personale che, al termine del progetto, dovrà proseguire tale assistenza raccogliendo e sviluppando professionalità acquisite e buone pratiche.

Il coordinatore di progetto per MSF nella provincia trapanese riferisce che la metodologia di lavoro è flessibile e si adatta alle diverse situazioni. Innanzitutto viene fatto nel centro di accoglienza un primo colloquio di gruppo con gli ospiti riuniti in base alla nazionalità. Durante la sessione di gruppo viene fornito l'orientamento essenziale ai migranti riguardo alla loro condizione, per poi registrare i sintomi di malessere più diffusi, ascoltare quelli specifici di ognuno e procedere verso l'accoglimento di istanze di supporto individuale. Con coloro i quali si mostrano interessati, MSF porta avanti un ciclo di incontri individuali che comprende 3 o 4 sedute. Gli incontri, certamente, non si intendono avviati ad un percorso di psicoterapia prolungato nel tempo, non essendo possibile progettare nel lungo periodo in situazioni per loro natura provvisorie e legate alla temporaneità dell'approccio emergenziale adottato nei CAS. Tuttavia, come recentemente evidenziato nello studio "I Traumi ignorati", di più ampio respiro e pubblicato da MSF, a seguito di un intervento terapeutico, sono evidenti miglioramenti significativi nei disturbi maggiormente riscontrati tra la popolazione migrante. Tra questi, riportano gli operatori di MSF, risultano manifestamente più frequenti i disordini da stress post traumatico, disturbi d'ansia, depressione, disturbi dell'umore e della personalità. A seguito degli incontri, quando sia necessaria la prosecuzione di una terapia, MSF provvede alla redazione di un piano psicoterapeutico o, laddove necessario, anche farmacologico che dovrà essere proseguito presso i servizi territoriali competenti. Se è vero che da bando della Prefettura di Trapani all'interno dei CAS deve essere garantita la presenza dello psicologo, è pur vero che non sono gli enti gestori da soli a potersi fare carico per intero dei bisogni legati alla salute psichica degli ospiti.

Qualora il percorso individuale metta in luce problematiche particolarmente rilevanti, viene rilasciato al paziente un certificato di vulnerabilità che questi potrà presentare alla Commissione Territoriale per la concessione della protezione internazionale.

Accanto a questa prima e fondamentale attività di supporto diretto nei CAS, MSF si propone di contribuire ad una sostanziale e necessaria capacity building. Una mancanza ripetutamente evidenziata da tutti gli attori coinvolti nel sistema accoglienza e da tutti gli studi svolti in materia, è quella delle professionalità specifiche, tanto in tema di etnopsichiatria che di assistenza alle vittime di tortura e trattamenti inumani o degradanti. Ecco che, direttamente collegata al tema della formazione del personale locale, vi è la seconda componente del progetto MSF su Trapani che prevede la creazione e l'avviamento di un ambulatorio di "psicoterapia transculturale". L'ambulatorio, interno all'Azienda Sanitaria di Trapani, vede attualmente il coinvolgimento di 4 psicologi in affiancamento allo psicoterapeuta di MSF ed investe fortemente sul coinvolgimento, oltre che del personale pubblico, di volontari provenienti dal mondo dell'associazionismo. L'obiettivo di MSF è che, entro la fine del progetto, nel 2017, presso questo ambulatorio possano prestare la propria opera unicamente psicologi locali formati durante l'affiancamento al personale di missione. L'ambulatorio è operativo attualmente un giorno a settimana ed è in progetto un aumento delle ore di apertura.

Ciò su cui MSF richiama fortemente l'attenzione è il ruolo fondamentale del mediatore culturale che, lungi dall'essere un mero interprete di lingua, rappresenta un vero e proprio ponte tra il vissuto del migrante ed il personale medico. Senza gli strumenti della mediazione, la sola interpretazione di quanto riferito da pazienti provenienti da realtà socioculturali tanto diverse da quelle europee, non può essere base per la costruzione di quel rapporto di fiducia ed affidamento attraverso il quale una terapia può avere successo. Ecco che una carenza a più riprese evidenziata è quella di mediatori culturali prontamente reperibili ed adeguatamente formati presso le strutture pubbliche.

La necessità primaria sulla quale MSF intende porre l'attenzione ed i propri sforzi rimane, in conclusione, quella della formazione e reperibilità del personale italiano (tanto medico che assistenziale e di mediazione culturale) nonché quella di un maggiore coordinamento tra i servizi del settore pubblico e le attività degli enti gestori dei centri di accoglienza. Fintanto che si cercherà di far fronte a bisogni specifici come quelli di chi giunge in Italia a seguito di percorsi migratori tanto traumatici e degradanti con gli strumenti ordinari della nostra psicologia e della nostra accoglienza di stampo emergenziale, non si riuscirà a dare una risposta organica ed efficace nel prevenire e curare il disagio della popolazione migrante.



CARE
Common Approach for REFugees
and other migrants' health

Questo report è stato prodotto nell'ambito del progetto "717317/CARE" co-finanziato dal programma Salute dell'Unione Europea (2014-2020). Il suo contenuto è di esclusiva responsabilità degli autori e le posizioni ivi espresse non riflettono in alcun modo la posizione ufficiale della Commissione Europea e/o dell'Agenzia esecutiva per i consumatori, la salute, l'agricoltura e la sicurezza alimentare. La Commissione Europea e l'Agenzia non accettano alcuna responsabilità derivante dall'uso che può essere fatto delle informazioni in esso contenute.

Si ringrazia B.AND, agenzia di comunicazione di BetaDue Cooperativa sociale, per la grafica