



PREAMBOLO

L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI

▪ **INFORMARE LA POPOLAZIONE IMMIGRATA SUL DIRITTO ALLA SALUTE, SULL'OFFERTA DI SERVIZI E SUI PERCORSI ASSISTENZIALI - PAOLA CAPPARUCCI (SIMM)**

Uno dei determinanti di salute è l'accesso ai servizi sanitari e condizione dell'accesso è la conoscenza degli stessi e della possibilità di usufruirne. E' esperienza comune nell'ambito delle iniziative di prossimità dei servizi sanitari, soprattutto da parte del terzo settore, in ambiti di popolazioni marginali e comunità straniere, la rilevazione non infrequente sia della non conoscenza del diritto all'iscrizione nel Servizio sanitario Nazionale e/o sia della possibilità di usufruire di servizi socio-sanitari a bassa soglia presenti nel territorio (quali ambulatori per STP/ENI, consultori familiari, Centri di salute mentale, etc.). Ciò favorisce un peggioramento dello stato di salute, un uso inappropriato del Pronto soccorso degli ospedali e in particolare, nella popolazione femminile, un documentato peggioramento degli indicatori della salute riproduttiva, quali una ridotta e ritardata assistenza in gravidanza con peggiori esiti neonatali, un maggior e più tardivo ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, una minore adesione ai programmi di screening oncologico ed ai programmi di prevenzione vaccinale delle malattie infettive, dati già confermati da una ampia letteratura scientifica.

Raccomandazioni:

- ✓ Prevedere nei punti di prima accoglienza dello/a straniero/a quali Prefettura/ Questura (per il permesso di soggiorno) / Municipio (per una richiesta di residenza, iscrizione scolastica, etc), ASL (per la scelta del medico e/o la richiesta di un codice STP/ENI) la distribuzione in versione multilingue di una guida per (la richiesta di residenza), l'iscrizione al SSN con una informativa sui servizi sanitari di base (Medico di medicina generale) ed a bassa soglia. Prevedere la sua contestuale presenza nei siti web istituzionali di Regione, Comuni / Municipi, ASL. Tale guida deve essere distribuita con un'informativa ad hoc anche alle ambasciate/consolati presenti nel nostro territorio, come pure alle istituzioni scolastiche ed alla rete delle scuole di italiano per migranti.
- ✓ Prevedere un rafforzamento dei PUA (Punti Unici di Assistenza) in termine sia di organizzazione di rete con gli altri servizi socio-sanitari, sia di personale, prevedendo anche una mediazione linguistica-interculturale, garantendo negli stessi la distribuzione diretta della guida di cui sopra. Accanto a tale iniziativa si devono prevedere momenti di una formazione interculturale "a sistema" congiunta degli operatori sociali e sanitari anche al fine di garantire l'omogeneità di ogni singola procedura di competenza dei PUA.
- ✓ Prevedere nei servizi di accesso diretto della popolazione nei Municipi, nei Comuni (servizi sociali, scolastici, di iscrizione anagrafica) e nelle ASL una cartellonistica multilingue di orientamento per la popolazione straniera prevedendo altresì il multilinguismo nella modulistica necessaria per l'accesso ai servizi socio-sanitari (dalla domanda di residenza, all'iscrizione scolastica, alla scelta del medico, al consenso informato per una prestazione sanitaria, etc.).
- ✓ Prevedere, in quartieri con una prevalenza di situazione di degrado socio-sanitario laddove esistono sportelli di orientamento ai servizi socio-sanitari gestiti da operatori di enti del privato sociale, momenti di formazione dei suddetti operatori anche attraverso l'istituzione di PUA socio-sanitari "itineranti" (vedi esperienza best practice della UOC Migranti ASL Roma 2 negli sportelli del volontariato di orientamento socio-sanitario)

▪ **GARANTIRE PROCEDURE DEFINITE PER LA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA PER L'ASSISTENZA**

Garantire una maggiore uniformità dei percorsi di accesso all'assistenza sanitaria per la popolazione straniera in Italia è l'obiettivo dell'Accordo "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane", sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 dicembre 2012.

Un ruolo fondamentale spetta alle Regioni e allo Stato: le prime in quanto enti di programmazione cui spetta la competenza legislativa in termini di tutela della salute, e lo Stato con il compito di garantire l'equità nell'attuazione del diritto sancito dalla Costituzione. L'art.32 della Costituzione prevede infatti che la salute, oltre che interesse della collettività, è un diritto inalienabile dell'individuo, appartenente all'uomo in quanto tale, dal momento che deriva dall'affermazione del più universale diritto alla vita e all'integrità fisica, di cui rappresenta una delle principali declinazioni.

A partire dalle direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e fatte proprie dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute è, infatti, definita come uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale.

In Italia, il diritto alla salute si afferma pienamente a partire dal 1948, con l'entrata in vigore della Costituzione italiana che, nella prospettiva di garantirlo come diritto umano universale ed inalienabile, lo riconosce, non solo ai cittadini o ai residenti, ma a tutti gli individui, compresi i migranti (artt. 2 e 32 Cost.).

Forti della pluralità di fonti normative nazionali ed europee, che partono dalla Costituzione e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, oltre che dalle leggi ordinarie che garantiscono il diritto degli individui di accedere alle cure sanitarie sul territorio italiano,

Raccomandazioni

- ✓ **Garantire la formazione del personale:** Assicurare che tutto il personale sanitario, inclusi medici, infermieri, e operatori sanitari, ricevano una formazione adeguata sulla normativa relativa all'assistenza sanitaria alla popolazione straniera. Questa formazione dovrebbe includere la comprensione dei diritti dei pazienti stranieri, delle procedure di accesso ai servizi sanitari e della gestione delle barriere linguistiche e culturali.
- ✓ **Rendere disponibili piani di accoglienza multilingue:** Fornire materiale informativo e moduli di registrazione in più lingue per facilitare la comunicazione con i pazienti stranieri. Questo può includere brochure, volantini, cartelli e informazioni online tradotte nelle lingue più comuni parlate dalla popolazione straniera nella regione.
- ✓ **Predisporre un Servizio di mediazione linguistica:** Fare in modo che sia disponibile un Servizio di mediazione linguistica durante tutte le fasi dell'assistenza sanitaria, inclusa la prenotazione degli appuntamenti, le visite mediche e la spiegazione dei trattamenti e dei piani di assistenza.
- ✓ **Offrire Cultural Competence Training:** assicurare ai professionisti sanitari formazione sulla competenza culturale per comprendere meglio le differenze culturali e religiose che possono influenzare la salute e il benessere dei pazienti stranieri. Questo può aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza fornita e a ridurre le disparità di salute.
- ✓ **Collaborazione con le Comunità locali:** Lavorare in collaborazione con le organizzazioni della comunità locale per garantire che le esigenze specifiche dei pazienti stranieri siano prese in considerazione già nella pianificazione e nella fornitura dei servizi per facilitare l'accesso ai servizi.
- ✓ **Implementare monitoraggio e valutazione:** processi di monitoraggio e valutazione aiuterebbero a valutare l'efficacia delle procedure e identificare eventuali aree in cui è necessario apportare miglioramenti. Questo può includere la raccolta di dati demografici sui pazienti stranieri, l'analisi dei tempi di attesa e dei tassi di

soddisfazione del paziente, e la revisione delle segnalazioni di discriminazione o disparità nell'assistenza sanitaria.

- ✓ **Collaborazione Interistituzionale:** Collaborare con altre istituzioni, come i servizi sociali, le organizzazioni non governative e le autorità locali, per affrontare in modo integrato le esigenze dei pazienti stranieri e garantire un supporto completo durante il loro percorso di assistenza sanitaria.

Scopo di queste raccomandazioni è quello di provare a garantire la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, migliorando l'accesso ai servizi sanitari e promuovendo l'equità nella salute. Tener conto di queste raccomandazioni potrebbe consentire di:

- ✓ dare applicazione ai principali diritti riconosciuti alla persona malata come fondamentali tra cui: il diritto alla vita, diritto alla riservatezza della vita privata (privacy), il diritto a non subire discriminazioni, il diritto ad essere adeguatamente informati, il diritto ad esprimere il proprio consenso informato.
- ✓ Garantire il rispetto della normativa vigente riducendo le barriere burocratiche nell'accesso ai servizi della popolazione straniera.
- ✓ Uniformare a livello nazionale le procedure locali che siano basate su una logica di salute pubblica inclusiva.

Si segnalano alcuni strumenti utili a definire i percorsi di accesso all'assistenza sanitaria per la popolazione straniera:

- ✓ L'ipertesto online del WIKI INMP "**Il diritto alla salute e il suo esercizio**", uno strumento di consultazione pensato dall'**INMP** per gli operatori che, a vario titolo, hanno il compito di informare i cittadini stranieri circa l'esercizio del diritto alla salute in Italia. Grazie all'ipertesto gli operatori potranno favorire l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi sanitari e socio-sanitari fornendo loro informazioni customizzate, ovvero calibrate rispetto a caratteristiche ed esigenze personali e al territorio di residenza.
- ✓ **L'App La tua salute** è una guida informativa per i cittadini stranieri (UE/non UE) in Italia su:
 - il diritto all'assistenza sanitaria e le modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).
 - i principali servizi offerti dal SSN per la prevenzione, la cura e la tutela della salute
 - l'importanza della prevenzione e dell'adozione di stili di vita sani a tutte le etàL'App è disponibile in italiano, francese, inglese, rumeno, spagnolo.

▪ FORMARE IL PERSONALE OPERANTE NEI SERVIZI SOCIOSANITARI SUI TEMI DELLA SALUTE INTERCULTURALE – FRANCESCA IERITANO e GIULIA CHIACCHIELLA (MEDU)

In una società che continua ad evolvere, ad espandersi e ad inglobare identità multiculturali, assumendo forme e sfaccettature differenti e portando con sé una complessità avanzata su temi multisettoriali, si rende necessario il potenziamento di un'azione più approfondita in termini di formazione che riguardi tutti gli attori coinvolti nel front office degli sportelli socio-sanitari al fine di raggiungere degli standard di conoscenza di contesti più complessi e soprattutto al fine di omologare le conoscenze di base da parte di tutto il personale operante nell'accesso ai servizi per la popolazione straniera, con l'obiettivo di andare a rimuovere tutte quelle barriere che ne ostacolano l'accesso attraverso la discrezionalità dei vari sportelli/operatori dei settori.

Raccomandazioni

- ✓ Prevedere nel contesto della formazione continua per i professionisti sanitari corsi di formazione che abbiano come focus la salute interculturale che possano approfondire tra gli altri i temi di modelli culturali delle popolazioni migranti, aspetti etno-clinici e altri modi di guardare alla salute, medicina delle migrazioni, salute globale, ripercussione sulla salute delle rotte migratorie e della condizione di vivere in "esilio ecc..;
- ✓ Prevedere dei percorsi di formazione dedicati al personale dei servizi socio-sanitari addetti al contatto con il pubblico che possano permettere di individuare eventuali bisogni di salute della popolazione straniera non altrimenti espressi e di effettuare idonei referral/orientamenti ai servizi territoriali appropriati;

- ✓ Favorire la conoscenza e l'applicazione da parte del personale dei servizi, sia sanitari che non, delle linee guida istituzionali già esistenti e volte alla individuazione di vulnerabilità e alla creazione di idonei percorsi di cura (Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico di persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e accoglienza, 2023; Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, 2017).

▪ **PROMUOVERE LA MEDIAZIONE INTERCULTURALE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI - FRANCESCA RAHO (INMP)**

Nel contesto sempre più diversificato e multiculturale della società contemporanea, l'importanza della mediazione interculturale nei servizi socio-sanitari emerge come una necessità cruciale per garantire un'assistenza equa, efficace e rispettosa della diversità culturale e linguistica delle comunità servite. L'integrazione di pratiche di mediazione interculturale all'interno di tali servizi non solo migliora l'accesso e la qualità dell'assistenza per le persone di origine straniera, ma contribuisce anche a promuovere una maggiore inclusione sociale e a ridurre le disuguaglianze nel campo della salute.

La mediazione interculturale nei servizi socio-sanitari, può favorire una migliore comprensione reciproca tra operatori sanitari e utenti, può ridurre le barriere linguistiche e culturali, e promuovere la salute e il benessere delle comunità multiculturali.

Raccomandazioni

- ✓ **FORMAZIONE DEL PERSONALE** Offrire formazione specifica sulle competenze interculturali al personale dei servizi socio-sanitari, compresi operatori sanitari, assistenti sociali, psicologi e operatori di mediazione. Questa formazione dovrebbe comprendere la sensibilizzazione alle differenze culturali, alle pratiche di comunicazione interculturale e alle strategie per gestire efficacemente le situazioni di conflitto o in generale di differenze culturali.
- ✓ **RECLUTAMENTO DI MEDIATORI INTERCULTURALI:** Assicurare la presenza di mediatori culturali qualificati e diversificati che possano comprendere, facilitare e mediare tra i fornitori di servizi e i pazienti provenienti da contesti culturali di riferimento diversi. Personale adeguatamente formato per comprendere le dinamiche culturali e le questioni specifiche legate alla salute e al benessere.
- ✓ **FAR PARTECIPARE LA MEDIAZIONE INTERCULTURALE IN TUTTI I PROCESSI DI CURA:** Incorporare la mediazione interculturale in tutti i processi che riguardano percorsi di cura, come anche la pianificazione dei trattamenti, la consulenza psicologica, la consulenza familiare, ecc. I mediatori possono aiutare a garantire che le esigenze culturali e i valori dei pazienti siano presi in considerazione nel processo decisionale relativo alla loro assistenza sanitaria e sociale. Ma utile la loro presenza anche nella fase organizzativa dei servizi perché possono rilevare barriere di accesso altrimenti non verificabili.
- ✓ **SENSIBILIZZAZIONE DELLE COMUNITÀ:** Condurre campagne di sensibilizzazione e educazione sulla mediazione interculturale presso le comunità locali per promuovere una maggiore comprensione e accettazione della diversità nei servizi socio-sanitari. Questo può includere anche la possibilità di fare meglio accettare la figura del mediatore all'interno dei setting.
- ✓ **SVILUPPO DI RISORSE MULTILINGUE:** Creare risorse multilingue, come brochure informative, video educativi e materiale online, che forniscano informazioni sui servizi socio-sanitari e sulle pratiche di mediazione interculturale disponibili. Queste risorse dovrebbero essere facilmente accessibili e comprensibili per le persone provenienti da diverse comunità linguistiche e culturali.

Implementando queste raccomandazioni all'interno dei servizi socio-sanitari, si potrebbe migliorare l'accesso, la qualità e l'equità dell'assistenza fornita alle persone provenienti da contesti culturali diversi.

L'INMP ha promosso la figura del mediatore transculturale specializzato in ambito sanitario con il progetto "PROMESSA" dedicato alla "PROMozione della figura del MEdiatore transculturale Specializzato in ambito Sanitario all'interno del sistema di accoglienza per i migranti e i rifugiati" (Fondo asilo, migrazione e

integrazione – PROG-3857). L'obiettivo generale del progetto era il miglioramento della presa in carico e della cura della popolazione migrante tramite il coinvolgimento dei mediatori transculturali competenti in campo sanitario, attraverso la creazione di un elenco nazionale che ne qualifichi le competenze. Nel dettaglio, il progetto si è articolato nelle seguenti attività:

- perfezionamento del curriculum formativo del mediatore transculturale secondo standard di conoscenze, abilità e competenze richiesti in ambito sanitario;
- realizzazione di un percorso teorico-pratico di formazione specialistica integrale per mediatori transculturali in ambito sanitario e corsi di formazione di aggiornamento su specifici moduli tematici;
- costituzione dell'Elenco nazionale dell'INMP dei mediatori transculturali esperti in ambito sanitario facilmente consultabile sia dai Servizi che dai Mediatori stessi.

L'ACCESSO ALLA PREVENZIONE

▪ VACCINAZIONI - SILVIA DECLICH e GIULIA MARCHETTI (ISS)

L'accesso alle vaccinazioni è un aspetto critico degli interventi di salute pubblica: garantire un accesso equo ai servizi di vaccinazione riduce il rischio di epidemie e di diffusione di malattie all'interno delle comunità e promuove il benessere e l'integrazione degli individui presenti sul territorio italiano.

L'accesso alle vaccinazioni incluse nel piano sanitario è garantito a tutti gli stranieri presenti in Italia, siano essi regolari o irregolari, comunitari o extra-UE¹. Inoltre, il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 fa espressamente riferimento al suo interno alle popolazioni migranti e ai migranti di recente arrivo², recependo anche quanto raccomandato nelle Linee Guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli"³. La Regione Lazio aveva già recepito tali raccomandazioni per i migranti di recente arrivo con la DGR n° 590 del 16 ottobre 2018⁴ in cui si preferisce inserire il prima possibile il migrante nel percorso vaccinale in un'ottica di promozione della salute, in modo anche da favorire il contatto con i servizi sanitari.

Tuttavia, seppure il diritto di accesso all'immunizzazione sia garantito, non sempre viene applicato per:

- scarsa conoscenza dei professionisti sul diritto e le procedure di accesso al SSN e alle vaccinazioni per gli stranieri (regolari e irregolari, comunitari ed extra-UE);
- mancanza di un'offerta vaccinale culturalmente competente che tenga conto delle diverse e possibili barriere che limitano l'accesso alla vaccinazione (linguistiche, culturali, ecc);
- barriere organizzative e logistiche che limitano l'accesso ai servizi vaccinali.

Alla luce di queste difficoltà, si raccomanda di:

- ✓ incrementare la **formazione degli operatori, sanitari e non**, sul diritto alla vaccinazione per gli stranieri presenti in Italia;
- ✓ prevedere **attività e la disponibilità di materiali informativi multilingue** per la promozione delle vaccinazioni, contenenti informazioni sulla collocazione e accessibilità dei centri vaccinali sia per i bambini che per gli adulti **in tutti i punti di contatto con gli stranieri** presenti in Regione, Comuni/Municipi e ASL:
- **Punti Unici di Accesso (P.U.A.) ai Servizi Socio Sanitari**
- **scuole dell'infanzia comunali e istituzioni formative della regione Lazio** (Centri Provinciali di Formazione Professionale (CPFP) e Istituzioni Formative accreditate per i percorsi triennali di Istruzione e Formazione Professionale e per l'Istruzione e formazione tecnica superiore)
- **scuole di italiano per stranieri**

¹ Art. 34 e 35 del Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (TD.Lgs. n. 286/1998) e conseguenti art. 42 e 43 del Regolamento di attuazione (D.P.R. 394/1999)

² Piano nazionale prevenzione vaccinale

<https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4828&area=vaccinazioni&menu=vuoto>

³ Linee Guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli"

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf

⁴ Delibera n° 590 del 16 ottobre 2018 della Regione Lazio

https://www.simmweb.it/attachments/article/936/DGR_590_2018_Lazio.pdf

- **centri per l'impiego della regione Lazio**
 - **CUP e Servizi di prevenzione delle ASL**
 - ✓ istituire un **portale regionale per la prenotazione delle vaccinazioni degli adulti e dei bambini** con traduzione almeno nelle principali lingue veicolari (inglese, francese, spagnolo, arabo);
 - ✓ prevedere delle **giornate o degli orari ad accesso diretto per i servizi vaccinali nelle ASL per gli stranieri**, prediligendo giornate di riposo quali il giovedì pomeriggio e la domenica, con presenza di mediazione linguistica in almeno le lingue veicolari (inglese, francese, spagnolo, arabo); inserire nel **Sistema Informatico Unico di Monitoraggio e Intervento Sociale (SIMIS)** di Roma Capitale l'informazione se la persona è iscritta al SSN (o se possiede codice STP o ENI) e se ha ricevuto le vaccinazioni previste dal PNPV;
 - ✓ prevedere attività di promozione e offerta vaccinale attiva che vengano sviluppate e coinvolgano le **comunità di stranieri**.
- **SCREENING ONCOLOGICI – PAOLA CAPPARUCCI (SIMM)**

In Italia i programmi di screening oncologici (del tumore collo dell'utero, della mammella e del colon retto) sono programmi offerti attivamente attraverso invito personalizzato a tutta la popolazione residente. Anche se gratuiti la popolazione straniera ha mostrato da sempre una minore adesione a causa di barriere linguistico-culturali pur rappresentando la partecipazione agli screening un'ottima occasione di conoscenza dei servizi sanitari in un processo di "cittadinizzazione" della popolazione straniera. Un'indagine condotta nel 2021 sull'accessibilità della popolazione straniera al programma di screening del tumore del collo dell'utero da parte del GrIS Lazio della SIMM (Gruppo Informazione e salute della Società Italiana della Medicina della migrazione) con un'intervista on-line ai coordinatori regionali e aziendali dei programmi di screening delle 10 ASL del Lazio ha evidenziato la mancanza di campagne informative regionali dirette alla popolazione straniera negli ultimi 5 anni, l'assenza di una versione multilingue della pagina web regionale e aziendale dei programmi di screening e delle lettere di invito, una presenza di mediatrici linguistico-interculturali nei centri dove si effettua il test di screening in solo 6/10 ASL, una scarsa messa in rete dei centri di screening con gli altri servizi a bassa soglia delle ASL, con i Medici di Medicina generale e con le Associazioni del Terzo settore le cui attività si offrono e si svolgono con le comunità straniere. Quasi completamente assente è il coinvolgimento negli screening della popolazione straniera non regolare, popolazione che, pur avendo diritto per norma a partecipare ai programmi, non è presente nei data-base dei programmi in quanto non fornita di una residenza. Nel Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025 del Lazio è stato posto pertanto l'obiettivo di favorire la loro partecipazione attraverso il coinvolgimento delle associazioni del Terzo settore. Questo progetto, che ha visto la partecipazione attiva della rete delle associazioni presenti nel del GrIS Lazio, è in fase di valutazione nei suoi risultati.

Raccomandazioni

Alla luce delle suddette valutazioni e al fine di favorire la partecipazione ai programmi di screening è necessario:

- ✓ inserire l'informativa sull'esistenza e la gratuità dei programmi di screening nella guida in versione multilingue all'iscrizione al SSN o all'ottenimento del codice STP/ENI per la popolazione straniera e garantirne la sua capillare distribuzione (vedi punto 1 del tema "informazione")
- ✓ promuovere la partecipazione ai programmi di screening nell'utenza afferente agli ambulatori di medicina generale per STP/ENI anche attraverso la prenotazione diretta dei test di screening
- ✓ garantire nei siti web aziendali un'informazione multilingue sui programmi di screening ed il link con i depliant multilingue presenti nel sito regionale
- ✓ garantire la presenza di operatori multilingue nei Numeri Verdi dei programmi di screening e di mediatori linguistico-interculturali a chiamata in tutto il percorso diagnostico-terapeutico di ogni screening
- ✓ fornire periodicamente da parte della Regione Lazio ad ogni Coordinatore dei programmi di screening, il numero, la cittadinanza ed il genere delle persone straniere non regolari che hanno richiesto il codice STP/ENI nelle singole ASL al fine di permettere di contestualizzare un'offerta attiva dei programmi insieme alle singole comunità insieme ai referenti che le rappresentano e le associazioni del terzo settore presenti nel territorio
- ✓ inserire nei data-base dei programmi di screening i dati relativi alla popolazione STP/ENI e permettere comunque l'inserimento nel programma di ogni persona straniera, eleggibile per età, provvista o meno del

permesso di soggiorno

- ✓ prevedere da parte dei singoli Coordinamenti aziendali degli screening la promozione attiva dei programmi di screening coprogettando iniziative in tal senso con i rappresentanti delle comunità di straniere/i e le realtà associative che con loro si interfacciano nel territorio di competenza
- ✓ pubblicare annualmente nei siti web regionale ed aziendali i dati di attività dei programmi di screening, per ogni livello del percorso diagnostico-terapeutico con le variabili di invitati/e, aderenti, paese di provenienza e genere

LA SALUTE MENTALE - MAURIZIO BACIGALUPI (CENTRO ASTALLI)

Anche se è motivo di grandi controversie la valutazione dello stato di salute mentale dei migranti a confronto con quello della popolazione nativa (Close C., Kouvonen A., Bosqui T., Patel K., O'Reilly D., Donnelly M., The Mental Health and wellbeing of first-generation migrants: a systematic-narrative review of reviews in "Global Health" 2015 Aug 25;12(1):47), certamente il bisogno di interventi di salute mentale nei migranti è particolarmente alto, questo lo documentano sia alcuni studi (Cristifalo D., Bonetto C., Ballarín M., Amaddeo F., Ruggeri M., Nosè M., Barbui C., Access and Use of Psychiatric Services by Migrants resettled in Northern Italy, in "Psychiatric Research" 2018, 16, 103-111) che l'osservazione quotidiana degli operatori dei servizi per la salute mentale.

È un'evidenza comune che il fenomeno della migrazione si è fortemente modificato nel corso di questi ultimi anni: sono enormemente aumentati i flussi, sia dei richiedenti protezione internazionale, ma soprattutto dei migranti economici, sono cambiati i Paesi di provenienza, è aumentato il fenomeno dei minori non accompagnati, ma nello stesso tempo è aumentata l'età di chi arriva nel nostro Paese, fino al drammatico recente fenomeno dei rifugiati a causa di guerra provenienti dalla stessa Europa.

I cambiamenti sopra descritti hanno comportato che i bisogni e i quadri clinici che si presentano oggi ai servizi di cura sono mutati per qualità e quantità, da qui la necessità di ripensare sia il livello delle cure primarie e che quello dei servizi specialistici. Da questo punto di vista si intendono qui interamente recepite e base consolidata le "Linee guida per il programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello stato di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale." (Ministero della Salute 22 marzo 2017)

Raccomandazioni

- ✓ La continuità della cura e la stabilità del setting è uno dei cardini del trattamento psichiatrico/psicologico, da questo punto di vista la presenza della figura del mediatore linguistico culturale risulta cruciale. Pertanto le Aziende sanitarie e le Municipalità hanno un ruolo determinante nel garantire a livello dei servizi sanitari e socio-sanitari la presenza di questa figura professionale con le caratteristiche di stabilità richieste dal tipo di intervento.
- ✓ La misdiagnosi è una possibilità più frequente quando si opera in contesti culturali diversi, basti pensare alla estrema variabilità della sintomatologia del disturbo da stress posttraumatico che va da elementi che suggeriscono disturbi d'ansia ad altri che orientano verso disturbi dell'umore sino all'evidenza di disturbi psicotici o di dipendenze da sostanze. Una formazione specifica sul ruolo della cultura nella comprensione delle patologie e nella cura delle popolazioni migranti si rivela determinante per gli operatori dei servizi della salute mentale.
- ✓ La stragrande maggioranza dei migranti presenti in Italia ha titolo all'assistenza del Sistema Sanitario Nazionale e pertanto diritto alla scelta e alle cure di un medico di medicina generale. Il Medico delle Cure Primarie si trova da solo ad affrontare i bisogni di persone che presentano estreme difficoltà ad accedere alle risorse sanitarie, per barriere linguistiche e culturali, È necessario che le Regioni strutturino servizi di interpretariato anche a distanza e che le società scientifiche che si occupano della formazione dei medici di base tengano conto nei loro corsi di formazione di favorire competenze utili a riconoscere problematiche di salute mentale nei propri assistiti, migranti o no, al fine di instaurare terapie mediche e/o invii appropriati ai servizi di tutela della salute mentale.
- ✓ L'alta prevalenza di disturbi mentali nelle persone che vivono in strada è un'evidenza della letteratura, la condizione di homeless è un'esperienza che purtroppo spesso anche i migranti devono affrontare moltiplicando così i fattori di rischio già presenti nella loro condizione di immigrati. È necessario che anche in funzione preventiva le Agenzie deputate all'assistenza socio-sanitaria dispongano Unità Mobili di Strada in grado di

contattare direttamente le persone a rischio per offrire loro ascolto ed assistenza. Sono inoltre necessarie adeguate risorse di ospitalità a cui indirizzare le persone contattate nei vari interventi. Quasi mai la vita in strada è una scelta.

- ✓ La crisi nel corso di un disturbo mentale è un evento sicuramente critico a volte anche clamoroso. Spesso è difficile la sua immediata comprensione e naturalmente difficoltà linguistiche e modalità comportamentali culturalmente determinate rendono ancora più complicate le possibilità di comprensione e di intervento. È necessario che gli ospedali dove insistono reparti di psichiatria (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) dispongano di facili collegamenti per avere un supporto che favorisca il superamento della barriera linguistica e che oltre il momento dell'urgenza sia immediato il collegamento con i servizi territoriali per la Tutela della Salute Mentale dove tali presidi dovrebbero essere strutturali.

LA SALUTE MENTALE DEI SENZA DIMORA - GIUSEPPE RIEFOLO (SMES ITALIA)

Nel territorio metropolitano di Roma si contano oltre 16 mila soggetti Senza Dimora (SD). Le ragioni sia sociali che psicopatologiche che possono portare ad una condizione di marginalità sociale sono molteplici, ma per 3-5% di questa popolazione si tratta di una condizione gravemente psicopatologica, solitamente Post-Traumatica, che si caratterizza con la assoluta indisponibilità ad accettare qualunque aiuto di ordine assistenziale e medico-psichiatrico. Per quanto la percentuale possa sembrare minima, a Roma si tratta di 5-600 persone che non riescono per motivi psichiatrici ad accedere alle minime forme di assistenza. Si tratta, peraltro di quella fascia di grave marginalità da cui provengono i circa 75 SD deceduti ogni anno a Roma (Fio.PSD, 2024). Per questi soggetti non esiste un sistema di accoglienza e di cura. Infatti, non è possibile siano seguiti presso i servizi psichiatrici perché non acuti e non richiedenti aiuto. Inoltre le forze dell'ordine possono intervenire solo quando creano disturbo. SMES-Italia in questi anni ha proposto un intervento che mette in rete – ciascuno per le proprie competenze – i vari servizi che altrimenti intervengono in maniera autoreferenziale e puntualmente inefficace. L'intervento di rete risulta molto più economico ed efficace di altri modelli di intervento caratterizzati, invece, da rimpalli di responsabilità.

Raccomandazioni

1. **ACCOGLIENZA.** Attivare un presidio clinico medico-psicologico-psichiatrico per l'accoglienza delle domande di intervento per soggetti SD non-collaborativi.
 2. **CURA AMBULATORIALE.** Se il presidio è organizzato da associazioni di volontariato, favorire una collaborazione strutturata soprattutto con la ASL dove il presidio sia collocato, per poter prescrivere terapie farmacologiche con il ricettario del SSN e produrre documentazione valide per il SSN. La collaborazione potrebbe realizzarsi anche affiancando un medico ASL - non necessariamente psichiatra – alla équipe del presidio clinico.
 3. **RICOVERO.** Strutturare una collaborazione con presidi ospedalieri di ricovero sia internistico-chirurgico che psichiatrico (SPDC). La collaborazione con un SPDC è necessaria soprattutto per motivi legali relativi all'accoglienza di proposte di TSO e per un iniziale intervento farmacologico. Il ricovero in SPDC è da prevedersi comunque breve (6-10 giorni).
 - 3.a.** Favorire, in collaborazione con le ASL, la strutturazione di "Reparti Infermieristici" ubicati presso ospedali generali o Case della Salute. Ovvero reparti ospedalieri a bassa specializzazione, ma ad alta capacità di intervento per il contenimento anche psicologico attraverso la cura fisica.
 - 3b.** In assenza di Reparti Infermieristici, favorire l'individuazione di posti letto convenzionati presso Case di Cura psichiatriche. Il centro dell'intervento è dei reparti infermieristici e dell'équipe che deve organizzare il recupero dei contatti socio-familiari sospesi dalla condizione di homelessness.
 4. **RECUPERO.** Favorire la collaborazione strutturata con servizi sociali del comune per la definizione rapida dei problemi di residenza, permessi di soggiorno ed interventi di natura economico-assistenziale.
 5. **REINSERIMENTO.** Favorire la collaborazione strutturata con la SOS, e le ASL e con i Servizi Sociali dei Municipi per l'accoglienza dei soggetti SD dopo l'eventuale ricovero.
- 5a.** Individuare possibili soluzioni residenziali finalizzate soprattutto al recupero di contatti con la rete socio-familiare traumaticamente sospesa. Si tratta di un periodo al massimo di 2-6 mesi.

Le difficoltà di accesso e di utilizzo dei servizi sociosanitari riguardano maggiormente le persone svantaggiate e tra queste le persone migranti, in particolare i richiedenti e titolari di protezione internazionale - RTPI - una popolazione la cui salute è minata dalla frequente incidenza di eventi traumatici sia fisici che psicologici. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio Paese, generalmente per sottrarsi a persecuzioni e torture o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili. Inoltre durante il percorso migratorio sono sovente esposte a incidenti e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità del viaggio che si può concretizzare in situazioni di rischio per la vita, malnutrizione e malattie non curate, sfruttamento, detenzione, violenze e aggressioni di varia natura, compresa quella sessuale, che possono determinare gravi conseguenze sulla salute delle vittime. Per tale ragione è utile ricordare che il 24 aprile 2017 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministero della Salute “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale” con i relativi schemi per i vari interventi sanitari da compiere, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario. Il processo di elaborazione delle linee guida è nato nell’ambito delle attività del Fondo Europeo Rifugiati 2008-2013 (come si chiamava prima dell’introduzione del FAMI). Emergeva chiara la necessità che si arrivasse a un momento di verifica e di sintesi degli esiti raggiunti, con l’obiettivo di giungere ad una progettazione a regime dei servizi da garantire alle vittime di tortura o di violenza estrema. Inoltre, gli interventi realizzati fino a quel momento erano ancora esclusivamente centrati sull’organizzazione dell’accoglienza dei rifugiati e quindi di pertinenza esclusiva del Ministero dell’Interno: non veniva colta la rilevanza dell’intera materia sotto il profilo della tutela della salute individuale e collettiva che non aveva ricevuto specifica attenzione da parte delle autorità centrali sanitarie. Emergeva la necessità di giungere alla definizione di un programma nazionale che permettesse di affrontare in maniera organica la tematica della presa in carico delle vittime di tortura. Le linee guida hanno l’obiettivo di tutelare i RTPI in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del percorso di riconoscimento della protezione e ovunque siano ospitati. Attualmente però l’applicazione delle linee guida in Italia e anche nella nostra regione -nonostante sia stata la prima a recepirle - è ancora insufficientemente diffusa in tutte la ASL.

La nuova programmazione FAMI – Piani regionali per la tutela della salute dei RTPI in condizione di vulnerabilità – prevede una pianificazione territoriale degli interventi, un coordinamento regionale, il partenariato delle ASL e l’adesione delle Prefetture e degli enti locali. L’intervento progettuale proposto - FARI4Lazio - è coerente con le Linee di indirizzo previste in materia dal Ministero della Salute e dalla Regione, favorendone l’implementazione su tutti i territori interessati e valorizzando le esperienze pregresse o innovative.

Ma quando parliamo di vulnerabilità è utile specificare alcuni aspetti. La cosiddetta vulnerabilità, va oltre l’inquadramento nelle categorie definite dalla normativa, è una dimensione multidimensionale e intersettoriale dove aspetti sanitari, sociali, economici, religiosi e giuridici vanno considerati sia nella loro specifica autonomia e nelle reciproche interazioni. La vulnerabilità non è solo come condizione intrasoggettiva, ma dipende anche dalla relazione tra un individuo ed il contesto non è una condizione statica e determinata una volta per tutte: è una condizione potenziale che può evolvere (talvolta anche indipendentemente dal contesto) verso la risoluzione e o, al contrario, verso cronicizzazioni, patologie, marginalità.

Le politiche territoriali sull’assistenza, presa in carico, cura, riabilitazione dei richiedenti e titolari di protezione devono pertanto essere inquadrate nel sistema generale dei servizi socio-sanitari e non come un sistema parallelo.

Raccomandazioni

- ✓ Titolarità e esigibilità: l’accesso alla sanità alle medesime condizioni del cittadino italiano.
- ✓ Definire le differenti modalità attraverso cui fornire ai RTPI, durante tutta la permanenza nel territorio cittadino e sin dalle delicate fasi di primo contatto, una informazione completa, accurata e comprensibile rispetto ai propri diritti e doveri di salute, essenziale garanzia che possano esigibili e rispettati.
- ✓ Diffondere e radicare in tutto il personale dei servizi socio-sanitari e amministrativi le competenze e le conoscenze necessarie per lavorare con RTPI in condizione di vulnerabilità. Programmare e realizzare corsi di formazione ed aggiornamento professionale per gli operatori dei servizi pubblici e del terzo settore, incluso il sistema di accoglienza.

- ✓ Organizzare corsi/supervisioni per prevenire il disagio negli operatori, dal burnout al trauma vicario. Si ritiene opportuno coinvolgere le Università e gli Ordini professionali interessati per promuovere la definizione di specifici percorsi di formazione curricolare universitaria e post-universitaria.
- ✓ Prevedere la costituzione, presso ogni azienda sanitaria locale di équipe multidisciplinari costituite da personale interno (in collaborazione con quello operante nei servizi che, a diverso titolo, entrano in contatto con RTPI in condizioni di vulnerabilità) con il compito di programmare, realizzare e monitorare gli interventi di tutela della salute dei beneficiari presenti nei territori di competenza, in particolare donne e uomini vittime di torture e violenze intenzionali, affetti da disabilità, malattie croniche o problemi psicologici, minori stranieri non accompagnati.
- ✓ Promuovere la costituzione di reti territoriali, intraaziendali/interistituzionali, a supporto dei percorsi di accoglienza, assistenza e integrazione di RPTI. Stipulare accordi o protocolli d'intesa tra istituzioni sanitarie pubbliche, Prefetture, enti locali, enti gestori del sistema di accoglienza, servizi sociali territoriali per regolare il reciproco referral e per progettare percorsi socio-sanitari integrati e individualizzati. Costituzione di un comitato scientifico cittadino interdisciplinare quale gruppo di lavoro di riferimento per i responsabili delle équipe territoriali per favorire efficaci ed efficienti modalità di raccordo tra le Aziende Sanitarie Locali, i progetti di accoglienza, Roma capitale e i municipi, le Commissioni territoriali per l'esame delle domande di asilo, nonché le autorità giudiziarie competenti.
- ✓ Promuovere il superamento delle barriere linguistiche, culturali, amministrative che rallentano, limitano o impediscono un pieno ed effettivo accesso alle strutture sanitarie territoriali attraverso il potenziamento delle risorse per la mediazione linguistica e culturale presso tutti i servizi coinvolti nell'accoglienza e assistenza di RPTI.

LA SALUTE DEI MINORI STRANIERI - RICCARDO BOSI (ASL Roma 2)

Le raccomandazioni rivolte alla popolazione straniera adulta sono pienamente estendibili a quella pediatrica, con la consapevolezza che i determinanti sociali "peggiorativi" (povertà reale e culturale, vulnerabilità socio-abitativa, recente migrazione, irregolarità e mancata iscrizione al SSN) agiscono nell'età evolutiva in modo meno visibile, ma con impatto ancora maggiore per la naturale plasticità dei bambini, con gravi conseguenze in età adulta in termini di salute fisica e mentale, dipendenze e stili di vita non salutari⁵.

Nonostante il diritto alla salute sia sancito dalla CRC -Convention of the Rights of the Child- i minori stranieri restano "diseguali tra diseguali", con rischio più che doppio di mortalità neonatale e infantile e più esposti al maltrattamento, ancor più se bambine (SIP- GNLBM- Congresso 2023). Eppure la loro salute rappresenta un patrimonio ancora integro, come d'altronde quello di tutti i bambini, da custodire come investimento futuro, anche in termini di una loro migliore inclusione sociale. Alcune sottolineature: attenzione alla dimensione della transculturalità nella comunicazione con i genitori / caregivers, per evitare malintesi e arrivare ad una migliore diagnosi e *compliance*; promozione di corretti stili di vita, con attenzione particolare alla salute della madre e a partire dai noti "primi mille giorni"; costruzione di reti e di spazi di opportunità per combattere le disuguaglianze e le povertà culturali⁶.

Raccomandazioni

- ✓ **Iscrizione al SSN e ottenimento del Pediatra di Libera Scelta** "senza se e senza ma" di tutti i minori presenti sul territorio, come previsto dalla nota Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e successivo DPCM del 12 gennaio 2017⁷
- ✓ **Conoscenza**, da parte dei PLS e altri operatori in area sanitaria, **dei determinanti sociali e dei meccanismi di vulnerabilità**, per una presa in cura più efficace dei bambini stranieri in condizioni di povertà, abitanti di

⁵ Vincent J Felitti, MD, *The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. The Permanent Journal/ Winter 2002/ Volume 6.*

⁶ <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/rapporto-il-miglior-inizio-disuguaglianze-e-opportunita-nei-primi-anni-di-vita>

⁷ Il DPCM del 12.01.2022 recita: "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".

- campi rom e occupazioni, ospiti di strutture di prima / seconda accoglienza.
- ✓ **Conoscenza delle problematiche sanitarie** legate a migrazione recente, adozione internazionale e viaggi nel Paese di origine in base al portato e alla esperienza della **etnopediatria**.
- ✓ **Investire nei Servizi territoriali dedicati all'età evolutiva** (Consultori Familiari, Centri vaccinali, TSMREE, ecc.) rendendoli più a bassa soglia e prevedendo una offerta attiva per le popolazioni pediatriche *hard to reach*.
- ✓ Prevedere una stretta collaborazione con **mediatori linguistico-culturali** e **assistenti sociali** nei setting pediatrici dove vengono presi in cura minori stranieri.
- ✓ **Fare rete** tra mondo della pediatria e le agenzie educative per l'infanzia a partire dalla scuola, con pieno coinvolgimento di ONG e associazioni di volontariato presenti sul territorio.

LA SALUTE DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI – FILIPPO GNOLFO (SIMM)

Nel 2023 sono arrivati nel Lazio 1.405 MSNA, al 31 gennaio 2024 ne sono presenti 1.327 nelle strutture d'accoglienza. Secondo la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza⁸, in tutte le decisioni l'interesse superiore del bambino deve avere la priorità. Dal 2017 i minori stranieri che arrivano in Italia senza genitori o figure adulte di riferimento non possono essere respinti e sono tutelati dalla Legge 7 aprile 2017, n. 47, che ha stabilito anche una procedura omogenea per l'accertamento dell'età, protocollo adottato con Accordo Stato-Regioni nel 2020⁹. Il Protocollo prevede l'accertamento socio-sanitario dell'età, svolto con approccio multidisciplinare da professionisti adeguatamente formati, in presenza di mediatori culturali, utilizzando modalità meno invasive possibili e rispettose dell'età presunta, del sesso e dell'integrità fisica e psichica della persona. Seguendo la visione emergenziale, le misure urgenti del "Decreto Cutro" hanno previsto deroghe all'approccio multidisciplinare, procedendo ad altri accertamenti sanitari, anche radiografici¹⁰.

Raccomandazioni:

- ✓ Le Asl si impegnino a istituire equipe multidisciplinari composte da un assistente sociale, un pediatra, uno psicologo dell'età evolutiva e/o un neuropsichiatra infantile, per condurre la procedura di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati anche in presenza di un mediatore interculturale¹¹
- ✓ Le ASL si impegnino a rispettare scrupolosamente le indicazioni del "Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati", si raccomanda che la pratica obsoleta e non validata scientificamente dell'indagine radiografica del polso per valutare la c.d. età ossea" sia definitivamente abbandonata

LA SALUTE DELLE DONNE STRANIERE – PAOLA CAPPARUCCI (GRUPPO DONNE SIMM)

Nella letteratura scientifica sulle condizioni della salute riproduttiva nelle donne straniere vi è una evidenza consolidata sulla presenza di indicatori di salute peggiorativi. I dati desunti dai flussi informativi derivati dalla scheda di assistenza al parto (CEDAP) dimostrano come le donne straniere hanno una minore assistenza appropriata in gravidanza rispetto alla popolazione italiana con esiti riproduttivi peggiori¹². Qualora scelgano di interrompere una gravidanza, il flusso informativo derivato dalla scheda di Interruzione volontaria di gravidanza documenta che le donne straniere la effettuano ad una età gestazionale maggiore, usufruiscono in misura inferiore di un aborto medico, ed hanno più aborti ripetuti¹³. Questo ultimo fenomeno, anche se in miglioramento con il passare degli anni, come pure una ridotta assistenza in gravidanza è spiegabile sia con una scarsa conoscenza dei loro diritti riproduttivi, al pari delle

⁸ Approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia il 27 maggio 1991 con la Legge n. 176.

⁹ Accordo tra il Governo, le regioni e le Province Autonome sul documento recante "Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati" (Repertorio atti n.73/CU del 9 luglio 2020)

¹⁰ D.L. 5 ottobre 2023, n. 133 "Disposizioni urgenti in materia di immigrazione e protezione internazionale, nonché per il supporto alle politiche di sicurezza e la funzionalità del Ministero dell'interno". Convertito con modificazioni dalla L. 1 dicembre 2023, n. 176

¹¹ DGR 16/10/2018, n.590 "Approvazione del documento concernente "Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale"

¹² Anteo Di Napoli et al. "Valutazione dell'assistenza sanitaria della popolazione immigrata in Italia attraverso alcuni indicatori di un sistema nazionale di monitoraggio" Epidemiol prev 2020; 44 (5-6) suppl 1 85-93

¹³ <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3367>

donne italiane, e dei servizi gratuiti a bassa soglia quali i Consulitori familiari e sia con una difficoltà di accesso a questi servizi per l'esistenza di barriere linguistico-interculturali. Il rapporto nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità che ha fotografato lo stato dell'arte di questi servizi nel 2018 documenta nel Lazio¹⁴ un numero di Consulitori familiari inferiore alla media nazionale con conseguente numero inferiore di tutte le figure professionali presenti, di utenti e di prestazioni erogate. A livello nazionale l'indagine¹⁵ riporta la presenza di una mediazione culturale nei Corsi di accompagnamento alla nascita in una percentuale risibile del 10.8, 6.2, e 1.7 % rispettivamente nei Consulitori Familiari del nord, centro e sud Italia; inoltre, nell'ambito delle attività oggetto di programmazione, la salute dei migranti è presente solo nel 51.7% delle ASL, dati questi che dimostrano un'arretratezza del processo di inclusione delle donne straniere in questi servizi.

Raccomandazioni:

Risulta fondamentale quindi al fine di favorire l'accesso delle donne straniere ai Consulitori Familiari, e nel doveroso rilancio generale di questi servizi,

- ✓ Inserire l'informativa sull'esistenza, la gratuità e le funzioni dei Consulitori Familiari nella guida per stranieri/e in versione multilingue per l'iscrizione al SSN o l'ottenimento del codice STP/ENI e garantirne la sua capillare distribuzione (vedi punto 1 del tema "informazione")
- ✓ Garantire nella pagina web dei servizi sulla salute riproduttiva, nel sito regionale e nei siti aziendali, un'informazione multilingue sui servizi offerti dal consultorio
- ✓ Garantire la presenza di una mediazione linguistico-interculturale a chiamata in tutti i Consulitori Familiari, Punti Nascita, servizi per IVG
- ✓ Pubblicare annualmente nei siti web regionale ed aziendali i dati di attività dei Consulitori Familiari stratificati anche per luogo di nascita delle donne

LA VIOLENZA DI GENERE - CHIARA PACCAGNELLA (INMP)

La violenza contro le donne rappresenta un importante problema di sanità pubblica, oltre che una violazione dei diritti umani. La violenza ha effetti negativi a breve e a lungo termine, sulla salute fisica, mentale, sessuale e riproduttiva della vittima.

L'articolo 3 della Convenzione di Istanbul afferma che la violenza di genere è «una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata».

Dal punto di vista legislativo, l'Italia ha compiuto una serie di interventi volti a istituire una strategia integrata per combattere la violenza nel solco tracciato dalla Convenzione.

Nella legislatura corrente, sono state approvate:

- la [legge n. 168 del 2023](#), che ha apportato incisive modifiche ai codici penale al fine di rendere maggiormente efficace l'impianto delle misure di prevenzione e contrasto alla violenza sulle donne;
- la [legge n. 12 del 2023](#), che prevede l'istituzione di una Commissione bicamerale d'inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere;
- la [legge n. 122 del 2023](#), che interviene su uno degli aspetti caratterizzanti la procedura da seguire nei procedimenti per delitti di violenza domestica e di genere, ovvero l'obbligo per il pubblico ministero di assumere informazioni dalla persona offesa o da chi ha denunciato i fatti di reato entro tre giorni dall'iscrizione della notizia di reato;

¹⁴ <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-16+pt+2+web.pdf/701dc441-0749-679d-3261-537c06e25bac?t=1657693308019>

¹⁵ <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-16+pt+1+web.pdf/649d7a13-4202-8500-fe0f-4ac181f823c8?t=1657692836837>

Nell'ambito della violenza di genere di donna migrante, va ricordata la

- La legge n. 7 del 2006 detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile, quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

L'emersione e il contrasto della violenza di genere non prescinde dalla cornice relazionale in cui si può intraprendere un vero cambio di paradigma culturale.

In ambito professionale, la relazione d'aiuto è il risultato della costruzione di un rapporto professionale di fiducia che permette alla donna che ha subito violenza di comunicare autenticamente, per prendere consapevolezza ed esplicitare i propri bisogni, e porta l'operatore sanitario a valorizzare al meglio i propri strumenti e competenze per cogliere i bisogni, anche quelli non ancora esplicitati, e le risorse della donna.

Non sempre il contatto di una donna vittima di violenza avviene in ambito sanitario o professionale, per cui è importante estendere il perimetro della cultura dell'emersione e gestione di questa problematica il più possibile, offrendo occasioni di formazione e implementazione culturale in vari ambiti sociali.

Prevenire la violenza vuol dire combattere le sue radici culturali e le sue cause. Per questo sono essenziali le strategie politiche mirate all'educazione, alla sensibilizzazione, al riconoscimento e alla realizzazione delle pari opportunità in ogni ambito della vita pubblica e privata

Raccomandazioni:

- ✓ implementare e valorizzare la **formazione degli operatori, sanitari e non**, sulla competenza relazionale e sugli indicatori che possono far sospettare una violenza di genere;
- ✓ accreditare **corsi sulle MGF** in tutte le asl, nidi e scuole dell'infanzia, studi pediatrici, ecc
- ✓ prevedere **attività e la disponibilità di materiali informativi multilingue** per la promozione della salute e tutela della donna, contenenti informazioni sul numero antiviolenza (1522), sulle opportunità e modalità di accesso ai consultori e centri dedicati **in tutti i punti di contatto con gli stranieri** presenti in Regione, Comuni/Municipi e ASL:
 - **Punti Unici di Accesso (P.U.A.) ai Servizi Socio Sanitari**
 - **Centri di accoglienza (CAS)**
 - **Asili nido e scuole primarie dell'infanzia**
 - **scuole di italiano per stranieri**
 - **centri per l'impiego della regione Lazio**
 - **CUP e Servizi di prevenzione delle ASL**
 - **questure**
- ✓ prevedere delle **giornate di sensibilizzazione, uscite di prossimità in luoghi pubblici o out rich**;
- ✓ Offrire feedback di **esperienze di empowerment** di donne che hanno attraversato un'esperienza di violenza;
- ✓ Favorire la **collaborazione** tra enti statali, organizzazioni del terzo settore, istituti sanitari, forze dell'ordine e altre parti interessate, per coordinare gli sforzi nella prevenzione e nella risposta alla violenza di genere. Coinvolgere e sensibilizzare attraverso campagne culturali, gli **uomini** autori di violenza e di reati relativi alla violenza maschile contro le donne e non; (**Cerchi degli uomini, carceri, ecc**)
- ✓ Promuovere la capacità operativa delle/gli insegnanti e del personale della scuola in merito a come intercettare, prevenire, far emergere e gestire situazioni di violenza, compresa la violenza assistita;(Accreditamento scolastico o Crediti formativi per gli studenti delle scuole superiori)
- ✓ Ingaggiare le **nuove generazioni (Rete G2)** attraverso proposte **educative e culturali co-costruite**.
- ✓ Investire nella **ricerca e nella raccolta dati** per comprendere meglio le cause profonde e gli impatti della violenza contro le donne. Utilizzare approcci basati sull'evidenza per sviluppare strategie di prevenzione e intervento efficaci.

Il termine mutilazioni genitali femminili (MGF) designa un vasto insieme di pratiche che consistono in diversi interventi di alterazione (incisione o rimozione totale o parziale) dei genitali femminili esterni, per motivi non terapeutici. Sono in genere praticate durante la prima infanzia o l'adolescenza su bambine e ragazze, da poco dopo la nascita all'età adolescenziale a seconda dei contesti geografici e sociali in circa 30 Paesi dell'Africa, dall'Egitto al Senegal, ma anche in diversi paesi del Medio Oriente, del Sud-Est asiatico e in alcune comunità in Sud America, India e Pakistan. Ad oggi, il fenomeno migratorio ha reso le MGF un problema di interesse globale. **Più di 600.000 donne e ragazze con MGF vivono in Europa** – con un'incidenza maggiore in Francia, Italia, Regno Unito, Germania e Svezia. Il fenomeno riguarda quindi anche il contesto italiano, in cui l'ultima indagine dell'Università di Milano Bicocca e del Dipartimento Pari Opportunità stima siano presenti circa 87.600 donne con MGF, di cui 7.600 minori.

Le MGF sono ampiamente riconosciute da diversi strumenti di diritto internazionale come **una grave violazione dei diritti umani delle bambine e delle donne**, costituiscono una **forma di violenza di genere e di violenza sulle minori** e comportano seri pericoli per la salute fisica e psicologica della giovane, creando pesanti ripercussioni sulla qualità della vita della donna per il resto dell'età adulta, ostacolando il sano sviluppo della persona ed impedendo la sua autodeterminazione.

Pur essendoci uno strumento legislativo specifico in Italia, la L. 7/2006, si segnala una conoscenza del fenomeno non omogenea tra i servizi e le istituzioni coinvolti così come la necessità di promuovere interventi e approcci sistematici e multisettoriali, non solo per l'assistenza alle donne con MGF ma anche per la prevenzione e l'intercettazione precoce dei casi a rischio, che coinvolga necessariamente le comunità presenti.

Raccomandazioni:

- ✓ Consolidare le reti e le collaborazioni interistituzionali già esistenti, come ad esempio la *Rete territoriale di prevenzione e contrasto delle MGF sulle minori straniere – Roma* per favorire la diffusione delle migliori pratiche e promuovere percorsi di formazione diretti a operatori sanitari, sociali, educativi, dell'accoglienza, legali e della pubblica sicurezza, facilitando il coinvolgimento e il networking tra diverse figure professionali, alla luce del necessario approccio preventivo e di intervento multilivello e multidisciplinare;
- ✓ Incrementare il dialogo con le associazioni della diaspora dei Paesi a rischio MGF, per coinvolgerle nella coprogettazione di politiche di contrasto e di azioni di sensibilizzazione dirette alle comunità straniere locali dei paesi a rischio MGF, con l'appoggio di mediatori e mediatrici culturali;
- ✓ Incentivare l'inserimento dei codici SDO sulle MGF nelle cartelle cliniche ospedaliere e nei documenti di dimissione, promuovendo poi la collaborazione tra ospedali - e tra ospedali e territorio - per facilitare sinergie e scambio di buone pratiche e informazioni;
- ✓ Incentivare la creazione e/o lo sviluppo di centri di ricerca multidisciplinari – in collaborazione con i settori rilevanti - sul tema MGF a livello locale per la raccolta dei dati, e sviluppare reti tra di essi per lo scambio delle migliori pratiche ed esperienze

LA SALUTE DEI DETENUTI – SANDRO LIBIANCHI (CONOSCI)

Nella sua attuale rilevanza, il tema della detenzione nelle città in generale e nella città di Roma Capitale e Roma Metropolitana, rappresenta costantemente una responsabilità amministrativa e sociale di grande rilevanza. A tale proposito basterà pensare ai numeri che caratterizzano questo fenomeno: al 31 dicembre 2023 erano presenti nella regione Lazio ben 6.537 persone in carcere a fronte di una capienza regolamentare di 5.284 posti.; di questi 435 erano donne e 2.486 stranieri distribuiti in 14 istituti penitenziari per adulti. Anche il settore minorile è rappresentato con circa 45 detenuti minorenni provenienti dal Centro di Prima Accoglienza (Via V. Agnelli, 15 – Roma) nel quale annualmente transitano diverse centinaia di minori autori di reato, ma che sono in massima parte condotti verso le misure alternative.

Le strutture penitenziarie per adulti della città di Roma e di quella della Città Metropolitana sono: Roma Rebibbia 'Nuovo Complesso' (1.400 presenze), Roma Rebibbia 'Casa di Reclusione' (300 presenze), Roma Rebibbia 3° Casa Circ.le (75 presenze), Roma Rebibbia 'Casa Circondariale Femminile' (350 presenze), Roma 'Regina Coeli' (900 presenze), Civitavecchia 'Nuovo Complesso Penitenziario' (500 presenze), Civitavecchia 'Casa di Reclusione Giuseppe

Passerini' (70 presenze). Tra le persone detenute adulti stranieri, le nazionalità più frequenti sono il Marocco (20.9%), la Romania (11,2%), l'Albania (10,4%) e la Tunisia (10.3%). Altre residenze di contenimento giudiziario sono rappresentate dal Centro di Permanenza e Rimpatrio (ex C.I.E. di Ponte Galeria a Roma) e sei Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) a Pontecorvo, Ceccano, Subiaco, Palombara Sabina 1 e 2, Rieti). Vari sono i fattori, tra cui l'assenza di una residenzialità sul territorio, i provvedimenti di espulsione, la carenza di azione difensiva e la scarsità di informazioni, che diventano determinanti per una scarsa applicazione di misure alternative al carcere. Questo gruppo di persone, alla fine della pena in carcere, non trovando risorse di sopravvivenza sul territorio, può essere indotto a compiere altri reati, incrementando il fenomeno della 'recidiva'. La 'recidiva nel reato' è uno dei temi più importanti per il sovraffollamento delle carceri e per la sicurezza delle città ed è al tempo stesso uno degli obiettivi di contrasto che le municipalità dovrebbero perseguire nell'interesse di tutti. L'abbandono di queste persone al loro destino è più marcato nelle aree metropolitane (Velletri, Civitavecchia 1 e 2) e sarebbe proprio in quei territori che si dovrebbero incrementare le azioni di sostegno da parte della municipalità metropolitana.

Raccomandazioni:

- ✓ Si auspica l'avvio di una sperimentazione di presa in carico precoce rispetto alla scarcerazione di un primo gruppo di soggetti prossimi all'uscita dal penitenziario da gestire con un modello di *'budget di salute e vita'* con una segnalazione agli enti territoriali per preparare un piano di uscita 'accompagnata' e che deve essere avviata in costanza di detenzione, anche per i tempi mediamente brevi delle pene di queste persone.
- ✓ Consolidare una rete di recepimento delle persone e delle loro istanze, anche di giustizia. Municipi, Ufficio Esecuzione Penale Esterne (UEPE del ministro della Giustizia), direzioni degli istituti penitenziari coinvolti, sindacati, associazioni di volontariato, ASL, gruppi confessionali cattolici e non ed altri soggetti interessati, dovranno far parte di questa rete da arricchire nel tempo.
- ✓ Costituire un coordinamento delle attività progettuali.

LA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI CITTADINI STRANIERI – FILIPPO GNOLFO (SIMM)

La partecipazione degli stranieri è un aspetto centrale delle politiche di inclusione. Nel 1992 il Consiglio d'Europa ha adottato la Convenzione sulla partecipazione degli stranieri alla vita pubblica a livello locale, nel 2000 ha invitato gli enti locali ad istituire organi consultivi al fine di dare adeguata rappresentanza ai residenti stranieri e a riconoscere a tali organi una capacità di iniziativa e di proposta sulle tematiche di maggiore interesse¹⁶. L'Italia ha ratificato la Convenzione, nel Lazio una legge riconosce organismi di partecipazione alla vita pubblica dei cittadini stranieri, è previsto inoltre il loro coinvolgimento nella pianificazione delle attività sanitarie anche attraverso la creazione di specifiche consulte¹⁷. L'esperienza ha dimostrato che questi organi consultivi sono destinati al fallimento se la partecipazione degli immigrati non è ispirata da un'etica dell'incontro, dell'ascolto, dal rimettere al centro l'autonomia, il punto di vista, la capacità di scelta dei cittadini stranieri

Raccomandazioni:

- ✓ Favorire la partecipazione attiva degli immigrati nel definire i bisogni di salute e nel segnalare le criticità nell'accesso ai servizi sanitari, attraverso l'istituzione di "Consulte per la Salute Interculturale" nelle aziende sanitarie locali
- ✓ Assicurare un rapporto stabile tra le Associazioni dei migranti e le loro reti informali, le ASL, i Municipi, le organizzazioni del Terzo settore che operano a favore degli immigrati
- ✓ Favorire la diffusione dell'informazione sul diritto alla salute, le progettualità e linee di attività delle ASL tra i

¹⁶ Convenzione adottata il 5 febbraio 1992 e ratificata dall'Italia il 4 marzo 1994 con la Legge n.203. Risoluzione 92 (2000) adottata il 24 maggio 2000

¹⁷ L.R. 14 luglio 2008, n.10. Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati, art. 10 (Partecipazione alla vita pubblica e accesso ai servizi pubblici).

Piano Sanitario Regionale 2010-2012 - DCA 17 dicembre 2009, n.U0087 Parte III. Punto 6 (Salute e multietnicità).

cittadini stranieri

- ✓ Promuovere e facilitare la comunicazione, il dialogo e l'integrazione tra l'organizzazione sanitaria e i diversi attori rappresentati al fine di promuovere reti di collaborazione e cooperazione nei territori
- ✓ Sviluppare il contributo dei cittadini stranieri per la pianificazione e realizzazione di azioni di comunità e programmi di integrazione sociosanitaria

