

Salvatore Geraci* e Giovanni Baglio**

La salute degli immigrati: dall'accesso alla fruibilità¹

Per garantire "buona salute" servono "buone politiche" supportate da norme adeguate e da una programmazione sanitaria attenta: la Regione Lazio, da quasi 20 anni e con amministrazioni orientate politicamente in modo diverso, ha saputo leggere il fenomeno e dare risposte adeguate, anche se non sempre sufficienti di fronte ad emergenze sociali non risolte. Un impegno necessario che deve continuare!

Questo l'auspicio con il quale si concludeva il capitolo dedicato alla salute del VII Rapporto dell'Osservatorio Romano sulle Migrazioni: auspicio consapevole di un percorso *in itinere* (con problematiche ancora aperte sull'accessibilità dei servizi, che certamente la crisi economico-politica è in grado di acuire), ma orientato al "salto di qualità" verso un servizio sanitario "culturalmente" più competente. Da una disamina delle politiche sanitarie a livello delle regioni italiane, è emersa infatti la necessità, soprattutto in alcune realtà, di migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere in modo adeguato ed equo alle sfide imposte dalla diversità culturale. Una questione cruciale per lo stato di salute dell'immigrato è rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, la prima dipendendo prevalentemente dalla normativa (che nel Lazio è particolarmente attenta), la seconda dalla capacità culturale dei servizi di adeguare le risposte a un'utenza eterogenea.

Oltre alla necessità di conoscere il bisogno (o almeno monitorare e analizzare la domanda e l'offerta), la comunicazione interculturale in ambito sanitario assume, quindi, un ruolo fondamentale nell'erogazione delle prestazioni. E accanto al problema della diversità linguistica, l'esistenza di differenze culturali può essere d'ostacolo a una comunicazione efficace. Si ritiene che il passaggio cruciale sia di rendere tutti i servizi culturalmente competenti, producendo strumenti organizzativi e occasioni di approfondimento adeguati.

La formazione degli operatori

Se l'implementazione della figura del mediatore trova ancora diversi ostacoli, sia di tipo economico che per resistenze da parte della cultura organizzativa dominante, la promozione e il potenziamento a livello regionale di una capillare formazione di base rivolta ai professionisti della salute e al personale amministrativo di tutte le aziende sanitarie locali sembra un'operazione oramai ineludibile. Ciò si inserisce nell'ottica di far cre-

* Area sanitaria Caritas di Roma/Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

** Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica/Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

¹ Il capitolo è stato redatto in collaborazione con Michele Antonio Salvatore e Silvia Casagrande, Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica.

scere una "mediazione di sistema": l'intero sistema sanitario si dota di strumenti conoscitivi-culturali-organizzativi per accogliere, relazionarsi in modo adeguato e curare, in un processo di progressiva crescita di competenze che sono diverse in base ai ruoli e alle professionalità, in cui anche il mediatore può forse collocarsi in modo meno problematico.

Con questa visione, il GrIS Lazio (Gruppo Immigrazione e Salute; vedi Caritas, Camera di Commercio, Provincia di Roma, *Osservatorio Romano sulle Migrazioni. VI Rapporto*, Edizioni Idos, febbraio 2010, pp. 134-143) ha da tempo sollecitato l'istituzione regionale sulla necessità di una formazione omogenea sul tema della tutela della salute degli stranieri. La Regione Lazio, con il supporto tecnico del Gruppo di Lavoro Regionale "Salute e Immigrazione" (GLR), attraverso la determinazione n. B5336 del 29 ottobre 2010 (nell'ambito dei finanziamenti disposti dalla Legge n.7 del 9 gennaio 2006 per la prevenzione delle Mutilazioni Genitali Femminili - MGF), ha risposto a quanto richiesto e ha avviato un piano formativo specifico, definendo alcuni ambiti metodologici irrinunciabili (trasversalità di partecipazione tra varie figure professionali, verifica delle motivazioni e delle disponibilità a implementare localmente le competenze acquisite, didattica diversificata e partecipata, durata minima corso di 24 ore ecc.) e contenutistici (scenari socio-demografici e sanitari, aspetti relazionali e comunicativi in ambito transculturale, aspetti normativi e organizzativi, specifica attenzione alle MGF). Ciò è stato possibile in quanto il Ministero della Salute, su richiesta di diverse Regioni, ha dato l'autorizzazione affinché le risorse destinate alla prevenzione delle MGF potessero essere utilizzate anche in ambito formativo di base sulla salute degli immigrati; si è pertanto avviato un processo virtuoso di rafforzamento delle competenze degli operatori, non solo legato allo specifico tema delle mutilazioni, ma inquadrato nel più vasto tema dell'accessibilità, prerequisito indispensabile per ogni intervento a maggiore specificità. La formazione degli operatori, governata a livello regionale, rappresenta l'occasione per uniformare le conoscenze e le procedure, ai fini dell'accesso ai servizi sanitari dei cittadini stranieri. Nel programma formativo regionale è stata prevista la partecipazione diretta di ciascuna delle 12 Asl laziali alla progettazione e alla realizzazione dei singoli corsi aziendali. L'ufficio regionale preposto, congiuntamente con il GLR, ha verificato i progetti formativi aziendali, sollecitando in alcuni casi una piena adesione alle raccomandazioni prodotte, e ha quindi approvato i corsi proposti avviando, contestualmente, una specifica formazione dei formatori in ambito normativo, in modo da uniformare contenuti e procedure sul territorio regionale. Tutte le Asl del Lazio hanno partecipato al programma, presentando un piano formativo coerente alle indicazioni ricevute organizzando, nel periodo maggio 2011 - marzo 2012, 27 eventi formativi con la previsione di coinvolgere oltre 1.100 operatori di diversi comparti e professionalità. Ogni Asl si è sentita direttamente protagonista di un processo di implementazione delle competenze, con auspicabili ricadute positive sul proprio territorio. Il GrIS Lazio ha ottenuto un apprezzabile e motivante riconoscimento del proprio ruolo di "policy network" locale.

L'assistenza sanitaria nel Lazio

Conoscere e monitorare l'utilizzo dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata rappresenta da diversi anni una priorità per il sistema sanitario, a livello

nazionale e regionale: l'accesso ai servizi offre, infatti, preziosi elementi di conoscenza non solo per descrivere lo stato di salute e i carichi di malattia degli immigrati, ma proprio per sviluppare le "buone politiche", aderenti ai reali bisogni delle persone e orientate alle principali criticità emergenti. Tuttavia, sul versante della valutazione sussistono diversi aspetti problematici, legati soprattutto alle caratteristiche intrinseche del fenomeno migratorio, che in Italia si presenta molto eterogeneo (per provenienza geografica e appartenenza culturale), oltre che in rapida evoluzione dal punto di vista della consistenza numerica e della composizione demografica: caratteristiche queste, che ne rendono difficile il monitoraggio attraverso indagini *ad hoc*, pur se reiterate nel tempo.

Per tali ragioni, tra gli epidemiologi e gli analisti in genere, si è consolidata in questi anni la prassi di ricorrere sistematicamente ai dati amministrativi derivanti dai sistemi informativi sanitari correnti, e nel contempo di sperimentare nuovi flussi, volti a coprire ambiti assistenziali attualmente non soggetti ad alcuna rilevazione routinaria.

Le analisi di seguito riportate intendono offrire uno spaccato sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli stranieri presenti nel Lazio, proprio a partire dai dati di un flusso consolidato, qual è quello dei ricoveri ospedalieri, e dalle informazioni ottenute attraverso un sistema sperimentale di rilevazione sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP (Stranieri Temporaneamente Presenti)².

I ricoveri ospedalieri

Il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) è – tra i flussi sanitari consolidati – quello che attualmente offre maggiori garanzie di qualità e copertura territoriale, e per questo viene utilizzato da molti anni per analizzare la domanda di salute della popolazione immigrata. Nel Lazio, il SIO è gestito dall'Agenzia di Sanità Pubblica, e raccoglie informazioni essenziali sui ricoveri effettuati presso le strutture pubbliche e private operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale. L'analisi di seguito riportata si focalizza sui cittadini stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfp, secondo la classificazione ISTAT: Europa centro-orientale, Africa, Asia a esclusione di Corea del Sud, Israele e Giappone, America centro-meridionale e Oceania, eccetto Australia e Nuova Zelanda).

Nel 2008, i ricoveri di stranieri provenienti da Pfp effettuati in strutture del Lazio sono stati circa 63mila, per il 68% in regime ordinario. Rispetto al 2003, si è registrato un aumento dell'ospedalizzazione a carico degli immigrati (pari al 53% in ordinario e al 66% in day-hospital), attribuibile essenzialmente all'incremento della popolazione presente nella regione. Per contro, tra gli italiani si è osservata una progressiva diminuzione del numero di ricoveri (-8% in ordinario e -6% in DH), come conseguenza della riorganizzazione dei servizi in un'ottica di maggiore appropriatezza organizzativa. Questo ha

² La definizione si riferisce ai cittadini stranieri non comunitari presenti in Italia in condizione irregolare, ai quali l'art. 35 del d.lgs. 286/98 (T.U. Immigrazione) ha assicurato l'accesso, nei presidi pubblici ed accreditati, alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, anche continuative, per malattia ed infortunio e ai programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. In particolare, sono tutelate la gravidanza e la maternità, la salute dei minori, le vaccinazioni nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva, gli interventi di profilassi internazionali, la profilassi e la cura delle malattie infettive.

portato, in generale, a un progressivo trasferimento di importanti quote di casistica dal regime ordinario al day-hospital, e dal day-hospital all'assistenza ambulatoriale; tra gli immigrati, invece, tale processo è stato completamente oscurato dall'aumento dell'ospedalizzazione conseguente all'incremento demografico. La quota di stranieri da Pfp sul totale dei ricoveri è infatti cresciuta dal 3,4% nel 2003 al 5,7% nel 2008.

LAZIO. Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e provenienza (anni 2003 e 2008)

Cittadinanza	RICOVERI ORDINARI			DAY-HOSPITAL		
	2003	2008	Var. % 2003-'08	2003	2008	Var. % 2003-'08
Stranieri da Pfp	27.939	42.816	53%	12.402	20.614	66%
<i>di cui residenti nel Lazio (%)</i>	86,0	84,8		80,9	86,3	
<i>Incidenza % sul totale*</i>	3,5	5,8		3,2	5,5	
Italiani	760.805	698.594	-8%	379.564	355.437	-6%
<i>di cui residenti nel Lazio (%)</i>	91,5	91,0		93,3	90,7	
<i>Incidenza % sul totale*</i>	96,1	93,8		96,6	94,2	
Totale	791.688	745.173	-6%	392.892	377.268	-4%
<i>di cui residenti nel Lazio (%)</i>	91,2	90,5		92,9	90,4	
<i>% sul totale*</i>	100,0	100,0		100,0	100,0	

* La quota percentuale mancante per arrivare a 100 riguarda gli stranieri dei PSA (Paesi a Sviluppo Avanzato)

FONTI: SIO-Lazio

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, i pazienti stranieri sono in prevalenza donne (63%) e presentano una struttura per età tendenzialmente più giovane: il 28% ha meno di 18 anni, il 59% si concentra tra i 18 e i 49 anni, mentre solo il 4% è costituito da ultrasessantacinquenni.

La metà circa dei ricoveri, sia in ordinario che in DH, è avvenuta in strutture situate nell'area metropolitana di Roma, mentre la restante parte è distribuita tra la provincia romana e le altre province del Lazio.

È possibile osservare le principali cause di ricorso all'ospedale tra gli stranieri maggiorenni, distinte per sesso e regime (in particolare si riportano i primi dieci raggruppamenti di diagnosi principale). Negli uomini, il motivo più frequente di ricovero in regime ordinario è rappresentato dai traumatismi (22%): dato, questo, che si è mantenuto costante nel tempo e che può essere, almeno in parte, ricollegato al maggior rischio da parte degli stranieri di andare incontro a infortuni sul lavoro. Al secondo posto troviamo le malattie dell'apparato digerente (14%), seguite dalle affezioni del sistema circolatorio (12%) e dell'apparato respiratorio (7%, essenzialmente bronchiti e broncopolmoniti). Per quanto riguarda i ricoveri in day-hospital, occupano i primi posti le malattie infettive (19%, principalmente AIDS ed epatiti) e i "fattori che influenzano lo stato di salute" (15%, in particolare chemioterapie).

Nelle donne, la causa più frequente di ricovero ordinario è rappresentata dal parto (51%), cui seguono le malattie dell'apparato genito-urinario e i tumori (entrambi al 7%). In day-hospital, il 51% degli accessi è determinato da motivi legati alla riproduzione, tra cui prevale nettamente l'interruzione volontaria di gravidanza; seguono i "fattori che influenzano lo stato di salute" (12%) e i tumori (6%).

LAZIO. Dimissioni ospedaliere di stranieri da Pfm di età 18+ anni, per regime, sesso e motivo del ricovero (primi 10 raggruppamenti di diagnosi principale) (2008)

REGIME ORDINARIO		DAY-HOSPITAL	
Maschi			
<i>Motivo del ricovero</i>	[n=10517]	<i>Motivo del ricovero</i>	[n=3290]
Traumatismi	21,5%	Mal. infettive	19,4%
Mal. apparato digerente	14,4%	Fattori che influenzano lo stato di salute	15,0%
Mal. sistema circolatorio	11,5%	Mal. apparato digerente	11,7%
Mal. apparato respiratorio	7,4%	Tumori	9,1%
Mal. Infettive	7,0%	Mal. sistema osteo-muscolare e connettivo	6,5%
Tumori	5,8%	Traumatismi	5,7%
Mal. sistema osteo-muscolare e connettivo	5,1%	Mal. apparato genito-urinario	5,6%
Disturbi psichici	4,4%	Mal. sistema nervoso e organi dei sensi	5,5%
Mal. sistema nervoso e organi dei sensi	4,1%	Mal. sistema circolatorio	5,4%
Mal. apparato genito-urinario	4,0%	Mal. cute e tessuto sottocutaneo	4,2%
Altro	14,8%	Altro	12,1%
Femmine			
<i>Motivo del ricovero</i>	[n=24282]	<i>Motivo del ricovero</i>	[n=10196]
Complicazioni gravidanza, parto e puerperio	51,3%	Complicazioni gravidanza, parto e puerperio	50,8%
Mal. apparato genito-urinario	7,4%	Fattori che influenzano lo stato di salute	11,5%
Tumori	7,0%	Tumori	5,8%
Mal. apparato digerente	6,4%	Mal. apparato genito-urinario	5,6%
Traumatismi	4,1%	Mal. infettive	4,6%
Mal. sistema circolatorio	3,7%	Mal. sistema circolatorio	3,4%
Fattori che influenzano lo stato di salute	2,9%	Mal. sistema osteo-muscolare e connettivo	3,3%
Mal. sistema osteo-muscolare e connettivo	2,8%	Mal. sistema nervoso e organi dei sensi	3,3%
Mal. apparato respiratorio	2,4%	Mal. apparato digerente	2,7%
Disturbi psichici	2,2%	Mal. endocrine, nutrizionali, metaboliche	2,2%
Altro	9,9%	Altro	6,7%

FONTE: SIO-Lazio

L'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP: il progetto OSI

Nel periodo 2003-2005, è stato condotto a livello nazionale un progetto di ricerca, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito della ricerca finalizzata e coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (denominato Progetto OSI), che aveva l'obiettivo di mettere a punto e validare un prototipo di rete informativa in grado di connettere le diverse strutture sanitarie di primo livello per immigrati irregolari (cosiddetti stranieri STP) e di raccogliere, in modo sistematico e standardizzato, dati demografici sugli assistiti e informazioni sanitarie sui problemi di salute e le prestazioni erogate. Il progetto ha coinvolto in via sperimentale cinque regioni italiane (Lombardia, Veneto, Marche, Lazio e Sicilia) e ha permesso di sviluppare una scheda di rilevazione, un software per l'archiviazione dei dati, nonché di sperimentare un'architettura di *data flow* per le diverse fasi di raccolta, codifica, data entry e invio al centro di riferimento regionale.

In stretta continuità con quell'esperienza, il Ministero della Salute ha finanziato nel 2007 un nuovo programma per l'implementazione della rete informativa OSI in alcune realtà regionali, affidando il coordinamento delle attività all'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del Progetto "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni". Il programma – definito progetto OSI2 – si è posto l'obiettivo di estendere la rete in diverse regioni italiane, tra cui il Lazio.

Le attività previste dal piano di implementazione hanno riguardato un censimento preliminare delle strutture STP esistenti a livello regionale e aziendale, la revisione degli strumenti di rilevazione (scheda e software sviluppati nell'ambito del precedente progetto OSI-2005), l'organizzazione del flusso informativo, l'avvio della raccolta dati e un primo bilancio a sei mesi.

Nel Lazio hanno aderito al programma 17 ambulatori STP (64% di copertura sulla casistica complessiva), che nei primi sei mesi di attività condotta nell'ambito del progetto hanno raccolto dati relativi a 2.714 accessi (corrispondenti a 1.744 pazienti). L'analisi dei dati, relativa alle schede disponibili su supporto informatico (pari al 93% delle visite effettuate nel periodo considerato), ha permesso di tracciare un primo profilo dei pazienti assistiti presso questi ambulatori e delle condizioni di malattia più frequentemente riportate.

Si tratta generalmente di giovani (oltre l'88% ha età compresa tra 18 e 59 anni) e in prevalenza maschi (60%): dati questi, che con ogni probabilità rispecchiano la struttura demografica. Tra i maggiorenni, il 17% ha studiato per più di 13 anni, mentre il 36% ha studiato per un periodo inferiore agli 8 anni. Per quanto riguarda la cittadinanza dei pazienti, si sono rivolti agli ambulatori stranieri provenienti principalmente dall'Est europeo (40%), dall'Asia centro-meridionale (32%) e dall'Africa settentrionale (12%).

Il 48% dei pazienti sopra i 15 anni dichiara di essere disoccupato. Tra gli occupati maschi, si rilevano principalmente agricoltori (14%), venditori ambulanti (9%) e operai edili (8%); le donne sono invece principalmente badanti/baby-sitter (20%) e colf (13%). Il 29% degli occupati ha continuato a svolgere in Italia lo stesso tipo di lavoro che svolgeva nel paese di provenienza, mentre la quasi totalità dichiara di non avere un contratto di lavoro.

Il 69% dei pazienti vive nella casa del proprio datore di lavoro; non trascurabile appare la quota di coloro che vivono in edifici occupati o sono senza fissa dimora: per entrambi la percentuale è del 9%. La gran parte vive con altri connazionali (46%) o con la propria famiglia (34%). Riguardo alle condizioni abitative, quattro pazienti su dieci ammettono di vivere in alloggi sprovvisti di servizi igienici essenziali, acqua e/o luce. La densità abitativa è pari a 1,9 persone per stanza (esclusi cucina e servizi igienici).

Il 51% dei pazienti dimostra di possedere una buona conoscenza della lingua italiana e il 70% non ha avuto precedenti contatti con le strutture sanitarie.

Il 10% dei pazienti non provenienti da paesi dell'Unione Europea è in possesso di un regolare permesso di soggiorno; questo dato sorprende e probabilmente evidenzia una criticità nei percorsi assistenziali, se si considera che gli ambulatori coinvolti nella rete OSI sono strutture dedicate agli immigrati STP, mentre gli stranieri regolarmente presenti avrebbero diritto all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale (soltanto il 2% ne usufruisce) e al medico di medicina generale.

La maggioranza degli accessi è costituita da prime visite, che rappresentano il 60% del totale, seguite dalle visite di controllo (37%) e da contatti per scopi amministrativi o rilascio di certificati (3%).

L'intervallo di benessere – tempo mediano intercorso tra la data del primo arrivo in Italia e quella del primo contatto in Italia con strutture sanitarie per problemi di salute – risulta di circa 2 anni; questo dato confermerebbe l'esistenza di un "effetto migrante sano", in base al quale gli immigrati arrivano nel nostro paese in buone condizioni di salute.

Quanto alla distribuzione delle diagnosi che hanno determinato l'accesso (al netto dei controlli ripetuti per la stessa diagnosi), tra gli uomini, la maggior parte degli accessi è riconducibile a malattie dell'apparato respiratorio (17%, in prevalenza rinofaringiti e bronchiti acute), del sistema osteo-muscolare (12%, in maggioranza lombosciatalgie) e dell'apparato digerente (12%, in maggioranza problemi dentari e gastriti). Tra le donne, invece, si rilevano principalmente motivi legati alla salute riproduttiva (22%, soprattutto controlli in gravidanza) e affezioni dell'apparato genitourinario (8%, in prevalenza cistiti e disordini mestruali), oltre alle patologie già segnalate per gli uomini a carico del sistema osteo-muscolare (8%).

LAZIO. Distribuzione degli accessi per sesso e diagnosi principale (prima visita) (dicembre 2009-maggio 2010)

<i>Diagnosi principale</i>	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Malattie infettive e parassitarie	48	7,6	16	3,7	64	6,0
Tumori	8	1,3	8	1,8	16	1,5
Mal. endocrine, metaboliche e immunitarie	17	2,7	20	4,6	37	3,5
Mal. sangue e organi ematopoietici	3	0,5	5	1,2	8	0,8
Disturbi psichici	11	1,7	5	1,2	16	1,5
Mal. sistema nervoso e organi di senso	45	7,2	16	3,7	61	5,7
Mal. sistema circolatorio	37	5,9	26	6,0	63	5,9
Mal. apparato respiratorio	107	17,0	31	7,2	138	13,0
Mal. apparato digerente	74	11,8	29	6,7	103	9,7
Mal. apparato genitourinario	27	4,3	35	8,1	62	5,8
Compl. gravidanza, parto e puerperio	-	-	22	5,1	22	2,1
Mal. pelle e tessuto sottocutaneo	37	5,9	8	1,8	45	4,2
Mal. sistema osteomuscolare e connettivo	74	11,8	36	8,3	110	10,4
Patologie congenite e perinatali	-	0,0	8	1,8	8	0,8
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	67	10,7	28	6,5	95	8,9
Traumatismi e avvelenamenti	30	4,8	5	1,2	35	3,3
Codici V per motivi legati alla riproduzione			95	21,9	95	8,9
Codici V per altri motivi	44	7,0	40	9,2	84	7,9
Totale	629	100,0	433	100,0	1.062	100,0

FONTE: Progetto OSI-2

Per quanto riguarda gli esiti dei diversi accessi, prevalgono le prescrizioni di terapie farmacologiche (49%), il rinvio a successive visite di controllo (40%) e la richiesta di visite specialistiche (23%).

La maggior parte degli invii ad altre strutture territoriali ha riguardato consultori (51%) e ambulatori specialistici (40%).

Il progetto ha confermato la sostenibilità della raccolta dati nei diversi contesti in cui è stato implementato. Per quanto riguarda le ricadute pratiche, il nuovo flusso informativo costituisce uno strumento efficace per il monitoraggio di un ambito assistenziale che attualmente sfugge ai sistemi di rilevazione corrente e si dimostra in grado di offrire informazioni utili alla programmazione sanitaria regionale e aziendale, come la capacità di leggere in anticipo, sugli immigrati irregolari, dinamiche che si manifestano poi nella popolazione immigrata regolare. A conclusione dell'esperienza positiva del progetto, è emersa la necessità di consolidare la rete attualmente costituita nel Lazio, estendendola al resto degli ambulatori, in modo da raggiungere una copertura adeguata a renderla importante strumento di governo del sistema, in grado di far emergere criticità e debolezze su cui orientare opportuni interventi correttivi. A tale riguardo, è stata formulata una proposta da parte del GLR "Salute e Immigrazione", insediato presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, volta a istituire il flusso OSI come nuovo sistema informativo regionale sull'assistenza di primo livello agli immigrati STP/ENI.

C o n c l u s i o n e

Conoscere, formarsi, studiare, sperimentarsi nella relazione, riconoscere dignità e diritti di ciascuno, sono diventati gli assi portanti di una progettualità che, partendo dalle esigenze degli operatori socio-sanitari del settore pubblico, del privato sociale, del volontariato e dell'associazionismo, da anni "in rete" con l'esperienza del GrIS, ha "contaminato" le istituzioni. Queste ultime con lungimiranza politica e competenza tecnica hanno fino a oggi in buona parte assecondato un processo spesso difficile e faticoso, certamente lungo e complesso, attraversato anche da tensioni non risolte. In ogni caso, sforzandosi di instaurare una "buona prassi" di collaborazione feconda, che cerca di valorizzare la necessità dell'incontro, la reciprocità della relazione per una salute, che, necessariamente, deve essere senza esclusioni.