

A cura del Gruppo Immigrazione e Salute del Lazio

Una rete per la salute degli immigrati: il GrIS Lazio tra riflessione e operatività

Il Gruppo Immigrazione e Salute del Lazio

Uno dei protagonisti assoluti nella storia sociale di Roma tra il 1980 e la fine degli anni '90 è stato l'allora direttore della Caritas capitolina, mons. Luigi Di Liegro. Persona carismatica, cittadino impegnato, prete attento ai bisogni della gente e all'emergere di nuove problematiche, ha saputo leggere i fenomeni sociali che hanno attraversato Roma e l'intero paese, stimolando, prima ancora che risposte concrete di cui è stato maestro, l'attenzione culturale e politica ai temi della marginalità e della giustizia sociale. Un'intera generazione di cittadini sensibili, indipendentemente dell'appartenenza confessionale, culturale o politica, è maturata con quello stile che, a partire dai fatti, andava alle radici dei "mali di Roma" e ne tracciava soluzioni non delegandole ad altri, ma puntando sull'impegno di ognuno e sulla traduzione in input politici puntuali e concreti.

In quel clima di fermento culturale e di impegno, a metà degli anni '90, nasce l'esperienza di lavoro di rete tra operatori socio-sanitari del pubblico e del privato sociale laico e confessionale, che porterà alla definizione del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) che diventerà rete territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Operatori che si incontrano pressati da problematiche di assistenza sanitaria agli immigrati che inizialmente trovano risposte solo attraverso il privato sociale e l'associazionismo, ma che già interrogano i servizi pubblici. Operatori del pubblico e del privato sociale (quello che cominciava a definirsi come terzo settore e che oggi è il più vasto ambito del non profit cooperativistico), partendo dell'esperienza quotidiana, cercano insieme risposte, si informano, si confrontano, analizzano i bisogni e costruiscono percorsi e proposte. Questa esperienza iniziata per necessità e per volontà di un esiguo gruppo di operatori, non si è esaurita nell'arco di quel momento storico ma anzi è cresciuta e si è consolidata, tant'è che a distanza di 20 anni è diventata punto di riferimento, certamente per gli operatori stessi, ma anche per gli amministratori e i politici interessati a dare risposte concrete e adeguate a quella parte di popolazione con maggiori criticità assistenziali. Il GrIS è divenuto un vero "laboratorio di prossimità", dove le problematiche quotidiane dell'accesso ai servizi, degli ostacoli assistenziali percepiti e vissuti

* Questo capitolo è stato scritto a più mani e riporta esperienze diverse, con tanti attori coinvolti ma che riconoscono una comune appartenenza nel GrIS Lazio. In particolare il contributo sui migranti in transito è da attribuire a Giovanni Baglio (INMP), Pier Angela Napoli (ASL Roma B), Chiara Pajno (INMP), Antonio Fortino (INMP) per il Gruppo di Lavoro sul piano di intervento "Selam Palace e insediamenti via delle Messi d'oro e via Collatina - Roma" e a Giovanni Baglio (INMP), Filippo Gnolfo (ASL Roma A), Pier Angela Napoli (ASL Roma B) per il Gruppo di Lavoro sul piano di intervento "Centro Baobab e tendopoli Croce Rossa Italiana"; l'esperienza della ASL Roma H è stata raccolta da Loredana Accardi, Donatella Varrenti e Maria Grazia Germani.

dagli utenti ed espresse dagli operatori con diversi punti di osservazione, istituzionale e no, si coniugano con la riflessione e con proposte operative. L'esperienza del GrIS Lazio, così come si è sviluppata anche in parte inconsapevolmente¹, è divenuta "modello" ed è stata riproposta e ricostruita con originalità in altre 14 regioni. La sua storia è stata anche riportata in un volume curato da Salvatore Geraci e Filippo Gnolfo (*In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*, Pendragon, Bologna, 2012), di cui sono già state pubblicate due edizioni.

Pur non essendo una struttura organizzata e direttamente operativa, il GrIS è il luogo funzionale di progettualità condivisa, di messa in rete di risorse e competenze, di stimolo e di motivazione che a cascata può riverberarsi su strutture ed organizzazioni. Le esperienze riportate hanno questo orizzonte di senso.

Piano di intervento socio-sanitario in favore dei migranti in transito a Roma: l'esperienza del 2014

In un contesto internazionale segnato dall'acuirsi della crisi nell'area mediterranea, dal Nord Africa al Medio Oriente, il fenomeno degli sbarchi di migranti in fuga da gravi situazioni di guerra e miseria ha assunto negli ultimi anni i tratti di una vera e propria emergenza umanitaria. Nel corso del 2014, le coste della Libia sono state il luogo di raccolta e di partenza di decine di migliaia di persone, in cerca di maggiore sicurezza, libertà e benessere. Secondo i dati raccolti nell'ambito del Progetto Praesidium dal Comitato centrale – Direzione sanitaria progetti di assistenza migranti – della Croce Rossa Italiana, sono sbarcate in Italia 170mila persone, provenienti da 77 nazioni: i siriani erano circa un quarto, seguiti da eritrei, somali e maliani. Il 15% era costituito da minori, di cui oltre la metà non accompagnati. Tra gli adulti, le donne hanno rappresentato circa il 13%. Si stima che almeno 3.500 migranti forzati abbiano perso la vita nel Mediterraneo. Nello stesso anno, a fronte di tale afflusso, sono state presentate alle Commissioni Territoriali circa 63mila richieste di protezione internazionale. La semplice differenza tra il numero degli sbarchi e quello delle richieste di protezione rende evidente la consistenza del fenomeno dei transitanti in Italia: circa 100mila uomini, donne e minori hanno voluto rendersi invisibili, per non restare intrappolati nella condizione di "dublinanti" ed evitare quindi il rimpatrio nel primo paese di area Schengen in cui è avvenuta l'identificazione.

Roma è stata tra le città maggiormente interessate dai transiti. A seguito dell'intensificarsi degli arrivi, si è infatti registrato, già a partire dai primi mesi del 2014, un cospicuo aumento delle presenze immigrate all'interno di insediamenti spontanei o edifici spesso in stato di abbandono.

Questo fenomeno, relativamente nuovo, è caratterizzato da una notevole complessità: si tratta di una tipologia di migranti diversa dal "migrante economico", in quanto i fattori di espulsione sembrano agire in modo prevalente rispetto a quelli di attrazione. Sono persone che fuggono dal proprio contesto di vita e, per quanto vi sia una selezione determinata dall'"effetto migrante sano" (partono in genere persone giovani, forti, sane, con maggior spirito d'iniziativa e stabilità emotiva per ottimizzare la possibilità di successo del proprio progetto migratorio, in questo caso la fuga), il loro stato di salute risente gravemente della precarietà e dell'instabilità dei contesti di provenienza, e soprattutto delle condizioni di viaggio. Tale popolazione

non è inserita nel programma di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, transita per brevi periodi (da pochi giorni a qualche settimana) sul territorio nazionale, non gode di copertura sanitaria (in quanto popolazione non identificata) e non si rivolge spontaneamente ai servizi socio-sanitari per gli STP (è l'acronimo di Straniero Temporaneamente Presente che definisce, per l'accesso ai servizi sanitari, l'immigrato privo di permesso di soggiorno).

L'urgenza del bisogno di salute da un lato, e la condizione di transitanti dall'altro, rendono non completamente applicabili i modelli di orientamento ai servizi e di presa in carico adottati nei confronti della popolazione immigrata stanziale, indipendentemente dalle condizioni di irregolarità giuridica. Inoltre, presso gli insediamenti in cui queste persone trovano momentaneamente ricovero, vivono da tempo altri stranieri, presenti stabilmente e organizzati secondo modalità minime di autogestione (comitati locali). Le condizioni generali di vita già piuttosto precarie si sono ulteriormente aggravate per l'aumentata densità abitativa e la carenza di servizi igienici, cui si aggiunge lo stato di salute spesso compromesso dei migranti in transito.

La risposta dei servizi

Per far fronte all'emersione di questo fenomeno nuovo e difficile da gestire, nella primavera 2014 si è avviata in seno al GrIS-Lazio la discussione sulla necessità di elaborare risposte tempestive, a partire dai modelli di sanità pubblica già sperimentati a Roma con le popolazioni cosiddette *hard to reach*. In particolare, la ricca esperienza maturata negli ultimi quindici anni con le comunità rom e strutturatasi nel tempo in una rete di relazioni e nella condivisione di strategie e metodi di lavoro, ha rappresentato la base da cui partire per un piano di intervento socio-sanitario rapido ed efficace.

Su iniziativa della Direzione Generale della ASL RMB, si è costituito un Gruppo di lavoro inter-istituzionale, aperto alla partecipazione di diversi enti socio-sanitari pubblici e del privato sociale: Cittadini del Mondo, Medici Senza Frontiere, Croce Rossa Italiana - Comitato Provinciale di Roma, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Medici per i Diritti Umani, Caritas diocesana di Roma. Tale Gruppo di lavoro, coordinato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL RMB e dall'INMP, ha definito le modalità operative e gli strumenti, con particolare riferimento alle strategie di offerta proattiva, ai percorsi di accesso sanitario a bassa soglia e al monitoraggio delle attività.

Il piano, rivolto ai migranti in transito, aveva l'obiettivo di assicurare assistenza socio-sanitaria di base e supporto sociale presso due edifici occupati (via Collatina e Selam Palace) e un insediamento spontaneo (via delle Messi d'Oro) sul territorio della ASL RMB, grazie a un lavoro di rete capace di rafforzare la collaborazione tra istituzioni pubbliche e del privato sociale.

Sono state 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. Il calendario delle uscite è stato costruito in modo tale da garantire, durante l'intero periodo di attività (18 giugno - 6 novembre 2014), la pre-

senza di almeno un'équipe sei giorni su sette (esclusa la domenica), in tutti e tre gli insediamenti oggetto dell'intervento.

In considerazione della 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 videat specialistici 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 il software Stata (versione 11).

I risultati

Durante i cinque mesi di attività, le équipe sanitarie operanti sulle unità mobili hanno effettuato complessivamente 130 uscite, per un totale di 3.870 persone visitate.

Si è trattato in gran parte di primi contatti di tipo sanitario (88%), seguiti da un numero limitato di visite di controllo. Questo dato non sorprende, in considerazione della breve permanenza dei migranti in transito presso gli insediamenti considerati: il 93% ha infatti dichiarato di volersi fermare solo pochi giorni o al massimo qualche settimana.

I pazienti visitati erano in prevalenza maschi (84%) e con età mediana pari a 23 anni. Il numero totale di minori è risultato pari al 14% (con un valore leggermente più elevato tra le donne, intorno al 20%), mentre la quota di ultracinquantenni si è attestata sull'1-2%.

Distribuzione delle visite effettuate, per classi d'età e sesso dei pazienti

Classe d'età	Maschi (n=3.057)	Femmine (n=563)	Totale (n=3.620)
	%	%	%
<18 anni	13,3	19,7	14,3
18-29 anni	66,5	61,8	65,8
30-49 anni	18,9	16,9	18,6
50+ anni	1,3	1,6	1,3
Totale	100,0	100,0	100,0

* Nel totale non sono conteggiati 250 casi di cui mancano alcune informazioni

Fonte: Rilevazione ad hoc nell'ambito del Piano di intervento sui migranti in transito, Roma 2014

Per quanto riguarda il paese di origine, la quasi totalità dei pazienti visitati a via Collatina (91%) e a via delle Messi d'Oro (96%) ha riferito di provenire dall'Eritrea, mentre a Selam Palace una percentuale non trascurabile di visite ha riguardato per-

sone provenienti dalla Somalia (23%) e dal Sudan (4,5%). Inoltre, presso gli insediamenti di Messi d'Oro e soprattutto di via Collatina erano presenti immigrati stanziali provenienti dall'Est europeo, in particolare dalla Romania, e alcuni di loro sono stati visitati dalle équipe in occasione delle uscite.

Prima di giungere a Roma, le persone sono approdate in più punti delle coste italiane. In particolare, lo sbarco è avvenuto nel 76% dei casi in Sicilia, soprattutto nei porti di Catania e Lampedusa; a seguire, sono stati segnalati punti di approdo in Puglia (8%, soprattutto a Taranto), in Calabria (7%, in particolare a Crotona e Reggio) e in Campania (6%, in prevalenza a Napoli). Il tempo mediano intercorrente tra lo sbarco sulle coste italiane e l'arrivo nei tre insediamenti romani è stato di 4 giorni.

Le diagnosi riscontrate riguardano prevalentemente le patologie dermatologiche (55%), soprattutto scabbia, pediculosi e impetigine. A seguire le malattie del sistema respiratorio (20%), quali infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, e le patologie dell'apparato digerente (9%), con diarrea, dolori addominali e gastriti.

Per quanto riguarda le malattie infettive sistemiche, sono stati segnalati complessivamente 21 casi (pari allo 0,5% della casistica totale): 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, inviate presso strutture ospedaliere per accertamenti, per nessuna delle quali è stata poi confermata la diagnosi; 8 casi (sospetti) di malaria e 6 di varicella.

L'intervento dell'Ares 118 è stato richiesto in 20 casi, per condizioni generali particolarmente compromesse, ferite e un caso di aborto spontaneo.

Lesioni apprese

Al di là dei risultati conseguiti in termini di attività sanitarie effettuate, l'aspetto più significativo dell'esperienza pilota condotta a Roma rimane il modello di sanità pubblica: un modello in cui la prossimità e la rete diventano elementi chiave per garantire percorsi di tutela della salute, anche in situazioni di particolare marginalità e distanza dai servizi.

Peraltro, una recente revisione della letteratura, pubblicata sul *Journal of Community Health*, ha rilevato la potenziale efficacia della *mobile clinic* nell'ottenere significativi impatti sulla salute di migranti ad alto rischio, a condizione che sia forte la partnership tra attori sanitari, sociali e dell'intera comunità.

2015: l'offerta attiva di prossimità nella programmazione regionale

Il modello d'intervento sopra descritto è stato ripreso dalla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio in una nota dell'8 agosto 2014 in cui, a partire proprio dall'esperienza maturata sul territorio della ASL RMB, sono state fornite indicazioni alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere per garantire assistenza ai migranti in transito. Nel maggio 2015 l'INMP, la ASL RMA e la ASL RMB hanno formalizzato l'avvio di un piano di intervento socio-sanitario presso insediamenti ed edifici occupati presenti sui relativi territori. Ma l'aumento dei flussi migratori ha messo in evidenza i limiti del sistema di accoglienza nella città di Roma: a seguito dello smantellamento dell'insediamento di via delle Messi d'Oro, centinaia di

migranti sono stati trasferiti al centro Baobab, altre centinaia, accampate davanti la Stazione Tiburtina, sono state accolte nella tendopoli gestita dalla Croce Rossa nei pressi dello scalo ferroviario. La necessità di garantire assistenza sanitaria e interventi di profilassi, ha portato l'Assessorato alle Politiche Sociali di Roma Capitale a sottoscrivere il 24 giugno 2015 con le ASL RMA e RMB e con l'INMP una dichiarazione d'intenti relativa alla messa in opera di interventi socio-sanitari rivolti ai migranti transitanti, attraverso reti territoriali di prossimità, infatti si è costituito un Gruppo di lavoro sotto il coordinamento delle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti e dell'INMP, aperto alla partecipazione di diverse organizzazioni del privato sociale e del volontariato. Il modello operativo è stato incentrato su attività in *outreaching*, sull'intervento di équipes mobili (Croce Rossa Italiana, Medici per i Diritti Umani, Istituto di Medicina Solidale, INMP) che hanno garantito l'offerta attiva di assistenza sanitaria di base e dermatologica; supporto psicologico (Medici Senza Frontiere), assistenza ai minori (Civicozero-Save the Children, Intersos, Fondazione l'Albero della Vita), orientamento e accompagnamento alle strutture territoriali e ospedaliere; servizi di secondo/terzo livello sono stati garantiti da Caritas, ACSE, Policlinico Umberto I. L'accoglienza e l'assistenza ha funzionato grazie anche alle donazioni (alimenti, vestiti) della gente, delle parrocchie e della comunità civile, e all'attività quotidiana di decine di volontari, attivi anche nell'area sanitaria (Associazione Pediatria per l'Emergenza, Associazione Medici di Famiglia per le Emergenze, Sulla Strada Onlus).

Da marzo 2015, in sei mesi a Roma, sono transitate decine migliaia di persone dirette verso il Nord Europa, che sono state accolte e curate, nonostante il sovraffollamento, le condizioni igienico-sanitarie precarie. Il modello si è dimostrato efficace nel garantire risposte tempestive, per una sola ragione: la disponibilità di molteplici risorse e competenze, grazie alla forte partnership tra attori sanitari, sociali e l'intera comunità.

In tale scenario la Regione Lazio il 5 ottobre 2015 ha emanato una nota dove richiede alle 5 Aziende sanitarie di Roma Capitale di attivare un intervento socio-sanitario integrato rivolto anche agli immigrati stanziali presso gli insediamenti abusivi ed edifici occupati con interventi di orientamento attivo, in quanto persone assistibili dal SSR con STP o con iscrizione al medico di medicina generale. L'anno termina con la chiusura della tendopoli e del Centro Baobab, ancora una volta l'arrivo dei migranti e dei profughi è gestito con un approccio emergenziale, senza una strategia in grado di assicurare condizioni di accoglienza dignitose nella città di Roma.

Accoglienza dei migranti forzati: l'esperienza di una ASL della provincia di Roma

Accanto al fenomeno dei transitanti, tutto il territorio italiano è stato interessato dall'accoglienza diffusa anche con il coinvolgimento delle Aziende sanitarie con compito di sorveglianza e di tutela sanitaria. La Regione Lazio il 17 luglio 2014, ha fornito le prime indicazioni sulle attività di assistenza sanitaria che è necessario assicurare per garantire la tutela sia degli immigrati accolti che della popolazione residente. A seguito di ciò, le ASL della Regione si sono attivate con tempi e organizzazione specifiche in base alla propria esperienza e alla rilevanza del fenomeno sul pro-

prio territorio. Un territorio non urbano particolarmente interessato è stato quello dei Castelli e del litorale a Sud di Roma, di competenza dell'ASL RMH che è articolata in sei Distretti, con oltre 562mila residenti e una significativa presenza di cittadini stranieri. Per tale motivo questa azienda sanitaria, da sempre attiva nel GrIS, ha da tempo avviato progetti, anche a forte integrazione con il sociale, organizzandosi in maniera adeguata per rispondere alle sollecitazioni che il fenomeno migratorio ha determinato.

A seguito delle indicazioni regionali, la Direzione Aziendale ha costituito un gruppo di lavoro dedicato al fine di avviare azioni, in collaborazione con i Direttori Sanitari dei Distretti, volte a definire modalità organizzative attraverso la costruzione di un modello di rete attiva su tre livelli:

- per il 1° livello, sono state attivate équipe funzionali di base distrettuali (ciascuna con 1 medico, 1 infermiere, 1 assistente sociale) con il compito di mappare i centri di accoglienza e i bisogni sanitari, avviare la sorveglianza sanitaria/sindromica di tutti gli ospiti dei centri, garantire a tutti gli immigrati accolti la copertura amministrativa per l'accesso ordinario ai servizi sanitari (rilascio STP e, appena possibile, iscrizione al SSR con scelta del medico di medicina generale e pediatra di libera scelta);
- per il 2° livello sono stati costituiti dei percorsi di accesso ai servizi territoriali del SSR per eventuali approfondimenti;
- per il 3° livello è stata prevista la possibilità di attivare un'équipe multidisciplinare aziendale di riferimento costituita da diversi specialisti (internista, dermatologo, infettivologo e pneumologo).

Sono state visitate e censite 12 strutture d'accoglienza di varia tipologia per una recettività totale di oltre 600 ospiti, è stata messa a punto una reportistica specifica sugli interventi svolti e sviluppata una rete tra tutti i servizi territoriali pubblici e del privato sociale. Tale attività ha permesso di individuare e cercare di risolvere alcune criticità organizzative, ridefinire delle priorità assistenziali attivando anche percorsi di prevenzione. L'intera Azienda ha risposto con attenzione al fenomeno tenendo conto delle esigenze del territorio, degli operatori dei servizi d'accoglienza e degli Enti locali. Ciò ha anche prodotto delle esperienze di confronto formative integrate tra personale dell'azienda sanitaria e dei servizi d'accoglienza per migliorare e favorire reali percorsi di inserimento ed integrazione.

Gli interventi descritti, siano essi per transitanti o per immigrati stanziali in insediamenti abusivi o per richiedenti protezione internazionale ospitati in varie tipologie di strutture d'accoglienza, sono stati possibili perché attivati e portati avanti da persone che condividono una cultura di rete, una rete attiva, una rete che nasce dal basso o che è definita da una programmazione istituzionale, una rete che riesce a immaginare percorsi innovativi e condividere esperienze e competenze tra settore pubblico e quell'ambito del privato sociale che vede il valore comune della salute come bene indivisibile e diritto irrinunciabile.

Distribuzione delle visite effettuate, per diagnosi o sospetto diagnostico

<i>Diagnosi</i>	<i>n.</i>	<i>%</i>
Condizioni generali/sistemiche	176	4,7
Sangue/organani emopoietici e sistema immunitario	3	0,1
Apparato digerente	329	8,8
Occhio	72	1,9
Orecchio	54	1,4
Sistema cardiocircolatorio	25	0,7
Apparato muscolo-scheletrico	93	2,5
Sistema nervoso	114	3,1
Problemi psicologici	5	0,1
Apparato respiratorio	734	19,6
Cute	2.038	54,5
Endocrino/metabolico/nutrizionale	34	0,9
Sistema urinario	22	0,6
Gravidanza/parto	19	0,5
Apparato genitale femminile	12	0,3
Apparato genitale maschile	7	0,2
Z-problemi sociali	2	0,1
Totale	3.739	100,0

* Nel totale non sono conteggiati 131 casi dei quali non è riportata la diagnosi.

** Per la codifica delle diagnosi è stata utilizzata la Classificazione internazionale delle cure primarie ICPC-2R (traduzione italiana: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-Italian.pdf>), modificata dall'INMP.

Fonte: Rilevazione ad hoc nell'ambito del Piano di intervento sui migranti in transito, Roma 2014