



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della Salute Umana

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze delle professioni sanitarie
della prevenzione

Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

Relatore

Dott. Andrea Giardini

Candidato

Roberta Gallina

INDICE

INTRODUZIONE	5
1 CONTESTO	9
1.1 MIGRAZIONI	9
1.2 RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO.....	11
1.2.1 <i>Protezione internazionale, status di rifugiato, status di</i> <i>protezione sussidiaria e per motivi umanitari.....</i>	13
1.2.2 <i>Il richiedente protezione internazionale</i>	16
1.3 DIRITTO ALLA SALUTE DEI RICHIEDENTI ASILO	24
1.3.1 <i>Il diritto alla salute negli atti internazionali.....</i>	25
1.3.2 <i>Il diritto alla salute in Italia</i>	27
2 QUADRO TEORICO.....	31
2.1 SCOPO DELLO STUDIO E QUESITI DI RICERCA	31
2.1.1 <i>Scopo dello Studio.....</i>	31
2.1.2 <i>Dalla formulazione del quesito di ricerca col PICOT</i> <i>framework alla selezione dei documenti.....</i>	32
2.2 QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO E APPROCCIO SCELTO PER L'INDAGINE.....	40
3 MATERIALI E METODI	43
3.1 DISEGNI DI STUDIO	43
3.2 STRUMENTI QUANTITATIVI.....	44
3.2.1 <i>Sistema di raccolta dati sullo stato di salute dei</i> <i>richiedenti asilo nell'ex Azienda ULSS 9 di Treviso</i>	44
3.2.2 <i>Il questionario e la ricerca bibliografica dei problemi di</i> <i>salute dei richiedenti asilo.....</i>	45
3.3 STRUMENTI QUALITATIVI.....	48
3.3.1 <i>Le interviste</i>	48
3.3.2 <i>I focus group.....</i>	50
3.4 CRITICITÀ DELLA RICERCA.....	56
4 RISULTATI.....	57
4.1 LA SALUTE DEI RICHIEDENTI ASILO NELL'EX AZIENDA ULSS 9	57
4.2 ESIGENZE RILEVATE	64
4.2.1 <i>Richiedenti asilo.....</i>	64
4.2.2 <i>Operatori centri di accoglienza.....</i>	71
4.2.3 <i>Operatori sanitari</i>	90
4.3 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI RICHIEDENTI ASILO NELL'EX AZIENDA ULSS 9	97
4.3.1 <i>Rassegna critica della letteratura.....</i>	97
4.3.2 <i>Servizi che si occupano dei richiedenti asilo.....</i>	103
4.3.3 <i>Problemi organizzativi, cause e ipotesi di risoluzione</i>	105
5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	117

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	125
ALLEGATI	137
ALLEGATO 1: Sintesi dei risultati della letteratura	138
ALLEGATO 2: Informativa	147
ALLEGATO 3: Consenso informato	148
ALLEGATO 4: Questionario SF-12 in varie lingue	149
<i>SF-12 in Italiano</i>	149
<i>SF-12 in Inglese</i>	151
<i>SF 12-in Francese</i>	153
<i>SF-12 in Spagnolo</i>	155
<i>SF-12 in Arabo</i>	157
ALLEGATO 5: Tracce interviste semistrutturate in varie lingue per richiedenti asilo	160
<i>Traccia intervista semistrutturata - versione italiana</i>	160
<i>Traccia intervista semistrutturata - versione inglese</i>	161
<i>Traccia intervista semistrutturata - versione francese</i>	162
<i>Traccia intervista semistrutturata - versione spagnola</i>	163
ALLEGATO 6: Scheda dati partecipanti focus group	164
ALLEGATO 7: Guida del facilitatore	165

INTRODUZIONE

Fin dall'antichità il fenomeno migratorio ha caratterizzato la storia dell'uomo a tal punto da diventarne un elemento intrinseco. A seconda del periodo storico, le migrazioni hanno assunto caratteristiche differenti a livello sia di direzione dei flussi migratori sia di cause migratorie. L'Italia, paese di forte emigrazione nel corso del XX secolo, inizia ad essere una meta di immigrazione verso gli ultimi due decenni del '900. Nei primi anni del XXI secolo il fenomeno assume dimensioni sempre maggiori: negli ultimi cinque anni al classico fenomeno migratorio si accompagna una consistente crescita delle migrazioni basate su motivazioni umanitarie. Gli sbarchi di profughi e i problemi legati all'accoglienza sul territorio nazionale di coloro che chiedono protezione internazionale sono tra i temi più dibattuti a livello di media nazionali e internazionali: il tema è talmente attuale e sentito che le maggiori testate giornalistiche tra i temi da approfondire offrono ai loro lettori intere sezioni dedicate alle migrazioni e a richiedenti asilo¹. L'instabilità politica medio-orientale ha spinto un numero sempre maggiore di persone a cercare opportunità di vita migliori in Paesi sviluppati dove trovare riparo da guerre o altri tipi di persecuzioni. L'arrivo massiccio di profughi che appena giunti in Europa presentano domanda di protezione internazionale, fenomeno che inizialmente è stato percepito ed evocato come emergenza, nel 2015, e ancor più nel 2016, inizia ad essere indicato dagli esperti come un fenomeno strutturale della nostra società e del nostro mondo attuale. È di questi giorni la notizia che il numero di arrivi dall'inizio del 2017 è aumentato del 40% rispetto allo stesso periodo del 2016 che già è stato un anno da record². Di fronte al continuo arrivo di migranti che intraprendono l'iter legale per ottenere la protezione internazionale, ci si è chiesti se il nostro Servizio Sanitario fosse in grado di garantirne il diritto alla salute. In particolare, l'obiettivo del presente lavoro di ricerca è quello di proporre dei miglioramenti organizzativi per garantire il diritto alla salute dei richiedenti asilo nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso. Tale azienda, istituita con Legge Regionale n. 56 del 19 settembre 1994 a decorrere dal 1° gennaio 1995, è stata accorpata insieme all'Azienda 7 (Pieve di Soligo) e all'Azienda 8 (Asolo) nella nuova Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana ai sensi della legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, a partire dal 1° gennaio 2017. La scelta di mantenere come unità d'analisi l'ex

¹ <https://www.theguardian.com/world/migration> Ultimo accesso 22 marzo 2017.

<http://plus.lefigaro.fr/tag/migrants> Ultimo accesso 22 marzo 2017.

<http://www.repubblica.it/argomenti/migranti> Ultimo accesso 22 marzo 2017.

<http://www.lastampa.it/esteri/speciali/emergenza-migranti> Ultimo accesso 22 marzo 2017.

² http://gds.it/2017/03/20/in-due-giorni-soccorsi-5-mila-migranti-in-1-500-nel-porto-di-augusta-nel-2017-e-gia-record-di-sbarchi_643433/ Ultimo accesso 26 marzo 2017.

Ulss 9 deriva dal fatto che la gran parte dei richiedenti asilo presenti in provincia sono ospitati nei comuni afferenti proprio all'Ulss 9. Inoltre, non essendo ancora stato approvato il nuovo Atto Aziendale, è impossibile proporre cambiamenti organizzativi in un'organizzazione in via di strutturazione.

Per poter giungere ad ipotizzare dei cambiamenti organizzativi per prima cosa si è analizzato il fenomeno migratorio necessario nel tentativo innanzitutto di comprendere le differenze esistenti tra i vari istituti giuridici (protezione internazionale, status di rifugiato, status di protezione sussidiaria e per motivi umanitari) ed inoltre quale diritto alla salute fosse garantito dagli atti internazionali e nazionali come emerge nel primo capitolo del presente lavoro di ricerca.

Una volta definito il contesto, per poter garantire un rigore metodologico, nel secondo capitolo, si è proceduto a descrivere i quesiti da cui è nata questa ricerca per arrivare a formulare il quesito di ricerca in base al PICOT framework. La pianificazione dei documenti da selezionare e dei data base da utilizzare è stata effettuata considerando la gerarchia delle 6 S. Si tratta di un sistema utilizzato proprio per l'organizzazione della letteratura scientifica. Per la selezione vera e propria è stato invece utilizzato il critical appraisal cioè un processo di valutazione e interpretazione delle prove che viene effettuato in maniera sistematica mediante la considerazione della validità e della rilevanza dei risultati. L'approccio scelto per sviluppare il presente lavoro è quello quali-quantitativo: la parte statistica tesa a descrivere lo stato di salute dei richiedenti asilo, mentre l'analisi dei dati soft, ricchi e profondi, per capire cosa c'è dentro a quei dati.

Come descritto nel terzo capitolo, il disegno dello studio utilizzato per la parte quantitativa del lavoro di ricerca è lo studio osservazionale descrittivo, volto a verificare la presenza di un problema di salute nella popolazione, mentre per l'indagine qualitativa ci si è basati sulla Ground Theory in cui si dà attenzione ai processi, al cambiamento nel tempo e si cerca di comprendere la realtà (esigenze dei richiedenti asilo, esigenze degli operatori dei centri di accoglienza, esigenze degli operatori sanitari e organizzazione dei Servizi) partendo dalla prospettiva dei partecipanti. Per la raccolta dei dati quantitativi è stato inizialmente ipotizzato l'utilizzo di due strumenti: l'analisi dei database aziendali (ONVAC, SIMIWEB e Pacchetto Microsoft Office) e un questionario. Per decidere come strutturare questo strumento si è effettuata una ricerca bibliografica sui problemi di salute dei richiedenti asilo. In base ai risultati il questionario avrebbe dovuto rilevare sia bisogni fisici che psichici e, viste le differenze culturali tra ricercatore e richiedenti asilo, sarebbe dovuto essere uno strumento Patient Reported Outcomes. Sono strumenti con un livello massimo di standardizzazione sviluppati in versioni equivalenti in varie lingue e per

diverse culture. Per questo la scelta è caduta su Questionario SF12 validato in più Paesi e disponibile in italiano, inglese, francese, spagnolo e arabo. Purtroppo non è mai giunta risposta alla richiesta presentata al Prefetto per somministrare il questionario nel centro di accoglienza con il maggior numero di ospiti della provincia nonostante le sollecitazioni del Sindaco del Comune dove ha sede la struttura di alloggio. Durante la progettazione della ricerca si è tenuto conto del clima politico locale e delle difficoltà per ottenere permessi ufficiali per interagire con i richiedenti asilo che sono sotto la tutela della Prefettura: i dati di servizio, studi condotti su realtà simili e dati raccolti dagli operatori hanno permesso di giungere allo scopo prefissato attraverso strategie sostitutive percorribili. Per la raccolta dei dati qualitativi sono state utilizzate interviste e focus group. Diciassette persone sono state intervistate per il presente lavoro: nove richiedenti asilo, una donna e otto uomini, tre operatori sanitari del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, un educatore dei Servizi Territoriali, un assistente sociale del Dipartimento di Salute Mentale, un tecnico radiologo, un'ostetrica e il direttore sanitario di una struttura di accoglienza per richiedenti asilo. Per gli immigrati si è utilizzata un'intervista semistrutturata basata su un canovaccio predisposto dall' Ufficio Europeo della World Health Organization. Sono stati inclusi nella ricerca solo richiedenti asilo capaci di esprimersi in una delle seguenti lingue a causa dei limiti linguistici del ricercatore: italiano, inglese, francese e spagnolo. Per gli altri soggetti coinvolti nelle interviste si è utilizzato uno strumento non strutturato per permettere di ottenere informazioni a partire dal punto di vista degli intervistati. Infine sono stati organizzati dei focus group a cui hanno partecipato ventitre operatori delle strutture di accoglienza che sono stati condotti in base ad una guida del facilitatore creata ad hoc ed analizzati utilizzando la long table analisi.

I risultati dell'indagine sono esposti nel quarto capitolo e sono suddivisi in base all'aspetto indagato. Per prima cosa, nel primo paragrafo sono analizzati i dati quantitativi per verificare lo stato di salute dei richiedenti asilo, nel secondo paragrafo invece, attraverso l'analisi dei dati qualitativi, si esplorano le esigenze rilevate tra richiedenti asilo, operatori dei centri di accoglienza e operatori sanitari. Infine, nel terzo paragrafo è analizzato il contesto organizzativo attraverso la letteratura esaminata e i dati qualitativi raccolti fino ad individuare dei macroproblemi. Attraverso l'uso del grafico anche al diagramma di Ishikawa, tecnica manageriale utilizzata nel settore industriale e nei servizi per individuare le cause di un effetto, e dell'analisi SWOT si è arrivati ad abbozzare una proposta per proporre un'ipotesi di soluzione ad uno di questi problemi.

Infine, nell'ultimo capitolo, discussione e conclusione, sono riportate alcune considerazioni sviluppatesi grazie al presente lavoro di ricerca. Vengono anche presentati alcuni suggerimenti organizzativi per apportare miglioramenti nella

tutela del diritto alla salute dei richiedenti asilo presenti nel territorio analizzato. Sono state numerose le persone che hanno partecipato a questo studio: senza la disponibilità dei richiedenti asilo, degli operatori delle strutture di accoglienza, del personale SISP dell'ex Azienda Ulss 9 non sarebbe stato possibile realizzare questo progetto. Per questo motivo vogliamo ringraziare quanti hanno dedicato il loro tempo per sviluppare un tema così attuale e ancora poco approfondito come quello del diritto alla salute dei richiedenti asilo.

1 CONTESTO

1.1 MIGRAZIONI

Le migrazioni sono un fenomeno complesso, composito ed eterogeneo che ha origini antiche e ha caratterizzato varie fasi dello sviluppo dell'umanità diventandone un elemento intrinseco (Buzzi, Sartori, 2012: 99). Testi antichi come la Genesi e l'Esodo già descrivono movimenti di popolazione. Nell'età antica i flussi migratori erano talmente importanti che hanno portato Atene a definire un nuovo stato giuridico (i Meteci, forestieri liberi che risiedevano nella città e che godevano di particolari diritti). Durante il periodo delle invasioni barbariche le popolazioni mongole hanno sospinto popoli di stirpe germanica a spostarsi verso il territorio dell'Impero romano. Nel Medio Evo la ricerca di lavoro, le carestie, le guerre e le persecuzioni religiose hanno causato lo spostamento anche di intere comunità. Successivamente alla scoperta dell'America, con le colonizzazioni, gli europei si insediarono sopraffacendo le popolazioni native prima in America, poi in Africa, Asia e Oceania.

Analizzando l'epoca contemporanea si possono distinguere diverse tendenze migratorie. Il periodo dello sviluppo industriale (1830 - I Guerra Mondiale) è caratterizzato dalle grandi migrazioni che coinvolsero soprattutto verso le Americhe. In Italia 13 milioni e mezzo di persone emigrarono verso Francia, Germania e Svizzera. Tra le due guerre gli spostamenti di masse furono dovuti alle espulsioni, alle deportazioni, all'esodo di profughi e alla richiesta di manodopera per sopperire ai vuoti lasciati dalle perdite belliche. Tra la fine della II Guerra Mondiale e i primi anni '50 la ripresa economica e la mancanza di manodopera rilanciarono i movimenti migratori: dall'Italia partirono quasi un milione di persone tra il 1946 e il 1951. Durante la ricostruzione il nostro Paese fu soggetto anche a migrazioni interne verso il triangolo industriale (Milano, Torino, Genova) che inizialmente coinvolsero gli abitanti di zone rurali e del Veneto. Durante gli anni '60 furono sottoscritti accordi intergovernativi tra gli Stati europei per la fornitura di lavoro e crebbe il volume delle migrazioni. Col primo shock petrolifero del 1974 si assiste a un fenomeno in controtendenza rispetto al periodo precedente: si crea un blocco ufficiale delle frontiere verso l'immigrazione per lavoro. A partire dagli anni '80 e '90 una nuova ondata migratoria eterogenea per paese di provenienza viene attratta dall'Europa del sud. Con la costituzione dell'Europa Unita e con la Convenzione di Shengen³ si

³ Per maggiori informazioni sul trattato di Shenghegen: <http://www.internazionale.it/notizie/2016/01/25/che-cos-e-schengen>. Ultimo accesso 19 febbraio 2017.

profila uno scenario di perfezionamento degli accordi per un controllo più rigoroso delle frontiere esterne ed un allargamento dei confini comunitari.

Le migrazioni cambiano continuamente al variare delle condizioni economiche, politiche e sociali (Zanfrini 2007). Le migrazioni devono sempre essere storicizzate perché dipendono dall'ideologia che prevale nel contesto d'arrivo, dalle politiche attuate nei paesi verso cui si emigra e dalle leggi nazionali e internazionali. Nel contesto contemporaneo si possono identificare alcune tendenze generali delle migrazioni: accelerazione del fenomeno, globalizzazione e differenziazione delle cause migratorie (Ambrosini, 2011).

In base ai motivi d'emigrazione possono essere identificati diversi tipi di immigrati (Ambrosini, 2011):

- immigrati per lavoro - in genere trovano lavoro nei settori e nelle occupazioni meno ambite dei paesi che li ospitano;
- immigrati qualificati e imprenditori - poco rappresentati in Italia, rappresentano una quota crescente dei flussi migratori internazionali soprattutto verso Stati Uniti, Canada e Australia;
- familiari al seguito: i familiari raggiungono il congiunto emigrato;
- immigrati irregolari o clandestini, vittime del traffico di essere umani - irregolari cioè entrati in uno stato regolarmente, ma hanno perso la titolarità alla permanenza; clandestini cioè entrati in una nazione in maniera fraudolenta cioè senza documenti o con documenti falsi o corrompendo gli ufficiali preposti al controllo, vittime del traffico costretti ad attraversare le frontiere e spesso sfruttati dalla rete che ha organizzato l'ingresso o ne gestisce il soggiorno;
- migranti di seconda generazione: sono i figli di immigrati
- migranti di ritorno: coloro che rientrano nel paese d'origine dopo un periodo trascorso all'estero o discendenti di antichi emigranti che rientrano nello stato degli avi;
- rifugiati e richiedenti asilo: le loro caratteristiche verranno approfondite nel paragrafo 1.2.

Nonostante il fenomeno migratorio sia universale e senza tempo a livello internazionale, come sostenuto dall'International Organization for Migration (IOM), non esiste una definizione di migrante condivisa. Questo termine è stato spesso utilizzato per descrivere i casi in cui la decisione di migrare è adottata dal singolo per convenienza personale e senza l'intervento di fattori esterni. Sono quindi comprese solo le persone e le famiglie che decidono di trasferirsi in un'altra nazione o regione per migliorare le proprie condizioni materiali o sociali e la prospettiva per sé o per la propria famiglia. Le Nazioni Unite definiscono il migrante come un individuo che ha risieduto in un paese straniero per più di un anno indipendentemente dalle cause, volontarie o meno, ed i mezzi, regolari o

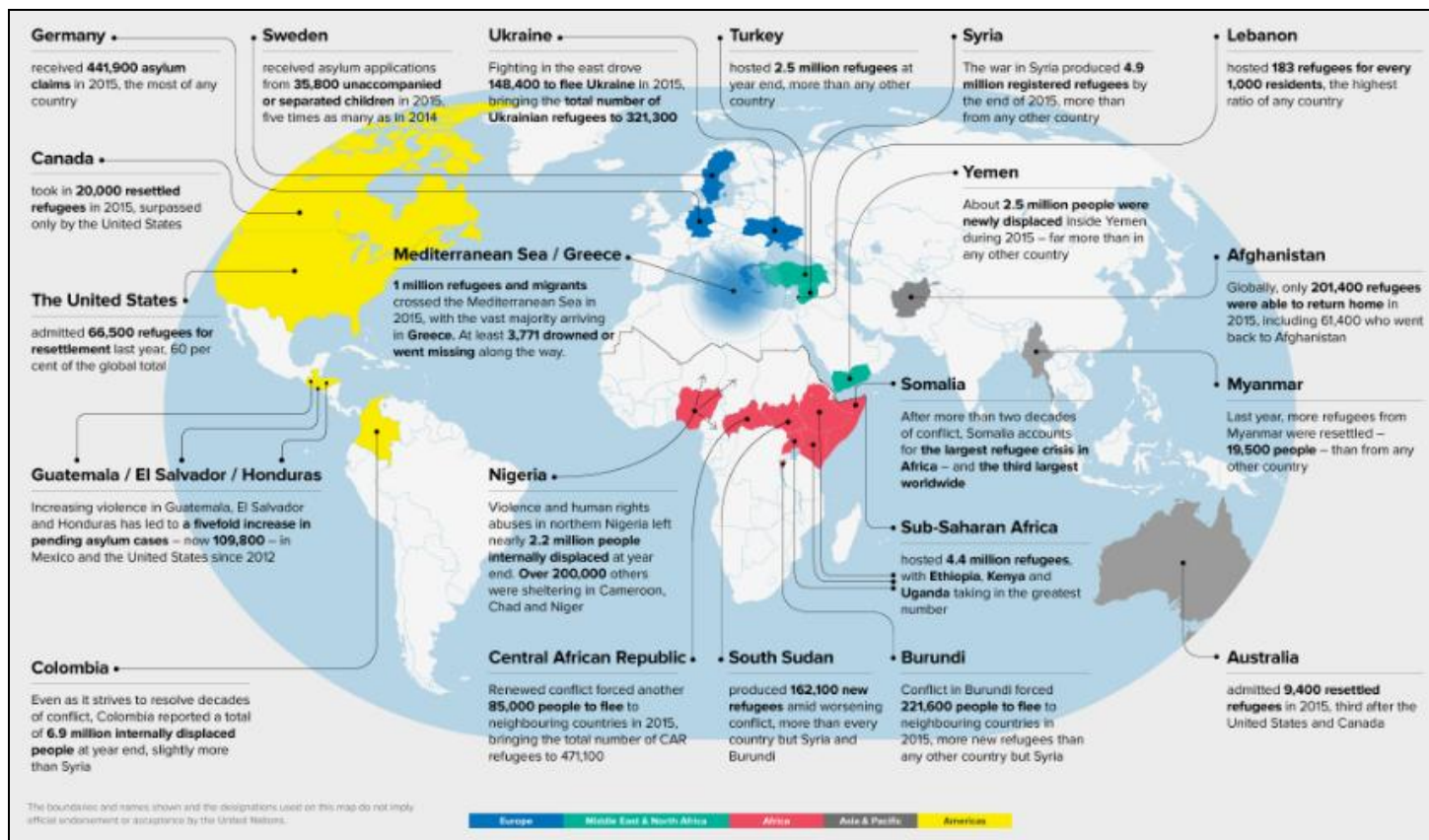
irregolari, utilizzati per migrare. Questa definizione esclude uomini d'affari e turisti ma anche lavoratori che si spostano per brevi periodi come i lavoratori stagionali agricoli (IOM. 2011).

Secondo le stime dell'International Migration Report dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) il numero di migranti internazionali è cresciuto rapidamente negli ultimi 15 anni raggiungendo 244 milioni nel 2015 (il 41% in più dal 2000). L'Europa è il continente con il più alto numero di migranti (76 milioni): l'Italia è la meta di 5,8 milioni di migranti (UN 2016). Secondo i dati 2014 in Veneto sono presenti 511.558 stranieri pari al 10,4% degli abitanti della regione e due su tre hanno permessi di lungo periodo. Si tratta della quarta regione per presenze straniere (dopo Lombardia, Lazio, Emilia Romagna). Verona e Treviso sono le realtà con più immigrati (Osservatorio Regionale Immigrazione 2016). Il numero di stranieri residenti in provincia di Treviso a fine 2015 è pari a 94.397. Rispetto al 2014 si è assistito ad un calo 4,6% che però è in parte dovuto anche all'acquisizione della cittadinanza italiana (6.684 stranieri sono diventati cittadini italiani nel 2015, il 52% in più rispetto al 2014). I gruppi nazionali più diffusi nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 sono indiani, moldavi, kosovari, albanesi e romeni (AAVV 2017). Al classico fenomeno migratorio che ha interessato il territorio locale dal 2014 si è affiancato un nuovo tipo di migrazione basata su motivazioni umanitarie. A livello mondiale dal 2014 si assiste ad una consistente crescita del numero di richiedenti asilo.

1.2 RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO

Non tutti i migranti scelgono liberamente di spostarsi dal proprio paese. Secondo l'Agenzia delle Nazioni Unite per i Rifugiati (United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR) nel mondo ci sono milioni di persone costrette forzatamente a trasferirsi a causa di persecuzioni, conflitti, violenza generalizzata o violazioni dei diritti umani. Questo spostamento globale ha coinvolto 65,3 milioni di persone nel 2015 raggiungendo un triste record che rappresenta immense sofferenze umane in tutto il mondo (Immagine 1). Se questo numero rappresentasse gli abitanti di una nazione corrisponderebbe alla ventunesima nazione più grande del mondo. A questa categoria appartengono 21,3 milioni di rifugiati, 40,8 milioni di sfollati interni e 3,2 milioni di richiedenti asilo (UNHCR 2015).

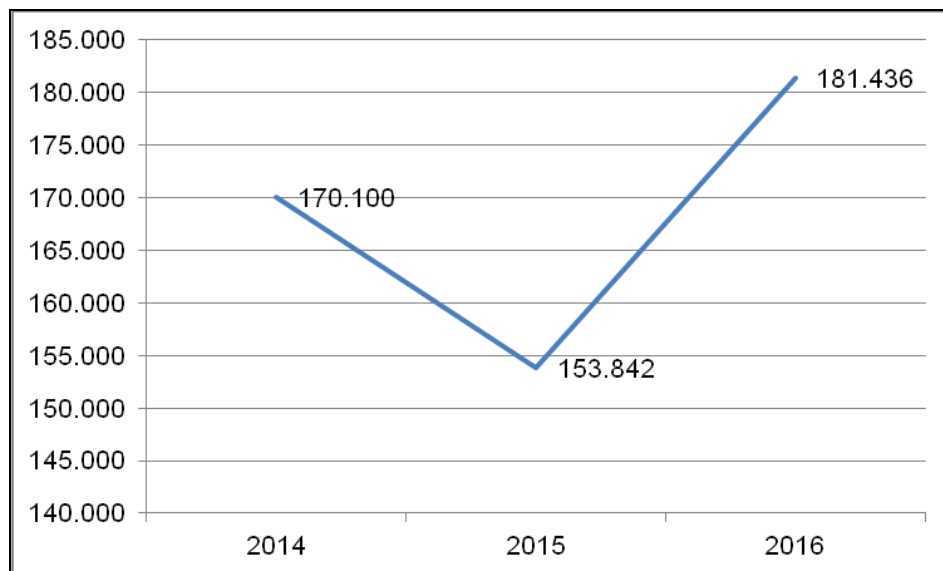
Immagine 1: Trasferimenti forzati globali nel 2015.



Fonte: http://www.unhcr.org/global-trends-2015.html#_ga=1.204310419.204870768.1487442884. Ultimo accesso 19 febbraio 2017.

L'Italia, per la sua configurazione geografica, è molto interessata dagli spostamenti dei migranti. Si consideri solo che attraverso il mare nel 2016 sono sbarcati 181.436 migranti⁴. Il numero di arrivi via mare sono aumentati del 6,66% rispetto al 2014 e del 17,94% rispetto al 2015.

Grafico 1: Numero dei migranti sbarcati tra il 1 gennaio e il 31 dicembre in Italia negli anni 2014 - 2015 - 2016



Fonte: elaborazione dati tratti da http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31_dicembre_0.pdf. Ultimo accesso 26 febbraio 2017.

1.2.1 Protezione internazionale, status di rifugiato, status di protezione sussidiaria e per motivi umanitari

Per quanto riguarda il diritto d'asilo l'articolo 10 della Costituzione Italiana recita: *“lo straniero, al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge”*⁵.

Il concetto di protezione internazionale è stato introdotto nell'Unione Europea, e quindi in Italia, dalla Direttiva 2004/83/CE, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta. Con questa direttiva si voleva garantire in tutti gli stati membri un livello minimo uniforme di protezione in modo da armonizzare la nozione di rifugiato prevista nella Convenzione di Ginevra del 1951, pietra miliare della disciplina giuridica

⁴ http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31_dicembre_0.pdf. Ultimo accesso 26 febbraio 2017.

⁵ <http://www.governo.it/costituzione-italiana/principi-fondamentali/2839> Ultimo accesso 21 febbraio 2017

internazionale dei rifugiati, con una forma complementare di protezione per quei casi in cui il richiedente non avesse i requisiti necessari per ottenere la protezione descritta nella Convenzione ma che fosse comunque meritevole di protezione ai sensi della normativa internazionale. In Italia è stata data attuazione alla Direttiva appena accennata con D. Lgs n. 251/07. La nozione di protezione internazionale comprende al proprio interno due status: lo status di rifugiato e quello di protezione sussidiaria. Esistono elementi comuni tra i due status di protezione anche se risulta più tutelato il rifugiato rispetto al titolare di protezione sussidiaria. Per ottenere uno di questi due status è necessario presentare una richiesta indistinta di protezione internazionale e sarà in base alla particolare condizione giuridica del singolo che viene riconosciuto lo status maggiormente appropriato.

Lo status di rifugiato consiste in una serie di diritti e doveri riconosciuti a chi ne fa richiesta in tutti gli Stati del mondo in cui vige la Convenzione relativa allo statuto dei rifugiati, firmata a Ginevra il 28 luglio 1951 ratificata e resa esecutiva in Italia con la Legge 24 luglio 1954 n. 722. La definizione di rifugiato prevista dall'articolo 1, lettera A), comma 2 prevede che è considerato rifugiato colui che *"temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova al di fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese, ovvero che, non avendo la cittadinanza e trovandosi fuori dal Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra"*⁶.

Gli elementi essenziali per essere considerati rifugiati sono:

- timore fondato: si deve fondare su elementi oggettivi e circostanze esterne;
- persecuzione:
 - razza - colore della pelle, appartenenza ad un gruppo etnico, ad una tribù, ad una comunità o ad una minoranza;
 - religione - professare o non professare una certa religione o appartenere ad un gruppo religioso;
 - nazionalità - appartenenza ad una minoranza etnica o linguistica
 - appartenenza ad un gruppo sociale - i cui soggetti hanno una caratteristica comune o che sono percepiti come un gruppo dalla società ad esempio a causa del sesso, del genere, dell'orientamento sessuale, della famiglia, della cultura, dell'educazione e della professione;

⁶ https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2016/01/Convenzione_Ginevra_1951.pdf Ultimo accesso 26 marzo 2017.

- opinioni politiche - opinione reale o attribuita, appartenenza, attività svolte o obiezione di coscienza;
- impossibilità/non volontà di avvalersi della protezione dello stato di cittadinanza e/o residenza;
- presenza fuori dalla nazione di cittadinanza o residenza abituale.

Allo straniero cui viene riconosciuto lo status di rifugiato viene rilasciato un permesso di soggiorno per asilo della durata di 5 anni, rinnovabile, (Morandin, Bonetti 2013).

Lo status di protezione sussidiaria riguarda situazioni diverse dalle persecuzioni individuali tipiche dello status del rifugiato. Nel caso in cui un soggetto non sia qualificabile come rifugiato, poiché la sua situazione personale non rientra nella clausola di inclusione prevista dalla Convenzione di Ginevra del 1951, allora viene indagata l'esistenza o meno dei presupposti per il riconoscimento della protezione sussidiaria. Secondo l'articolo 2, lettera e della già citata Direttiva 2004/83/CE è ammissibile alla protezione sussidiaria il *“cittadino di un paese terzo o apolide che non possiede i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato ma nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel Paese di origine o, nel caso di un apolide, se ritornasse nel paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno come definito dall'articolo 15, e al quale non si applica l'articolo 17, paragrafi 1 e 2, e il quale non può, o a causa di tale rischio, non vuole avvalersi della protezione di detto paese”*⁷. Tale definizione è stata trasposta dal legislatore italiano con il D.Lgs. 251/2007 e quindi lo status di protezione sussidiaria è riconosciuto al cittadino di un Paese terzo o ad un apolide quando sussistano fondati motivi per ritenere che se ritornasse nel Paese di origine o di dimora abituale correrebbe un rischio effettivo di subire un danno grave:

- condanna a morte o all'esecuzione della pena di morte;
- tortura o altra forma di pena o trattamento inumano e degradante ai danni del richiedente nel suo paese di origine o di dimora abituale;
- minaccia grave ed individuale alla vita o alla persona di un civile derivante dalla violenza indiscriminata in situazione di conflitto armato interno ed internazionale.

Allo straniero cui viene riconosciuto lo status di rifugiato viene rilasciato un permesso di soggiorno per asilo della durata di 3 anni, rinnovabile, e sono riconosciuti una serie di diritti ed obblighi connessi a tale status (Morandin, Bonetti 2012).

Oltre alle due forme di protezione internazionale appena descritta la normativa

⁷ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:304:0012:0023:IT:PDF> Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

italiana prevede anche l'istituto della protezione umanitaria (articolo 5, comma 6, D. Lgs. 286/98 - Testo Unico Immigrazione e articolo 32 D. Lgs. 25/08 ai fini della sua applicazione nell'ambito della procedura di asilo). Questo istituto può essere richiesto al Questore:

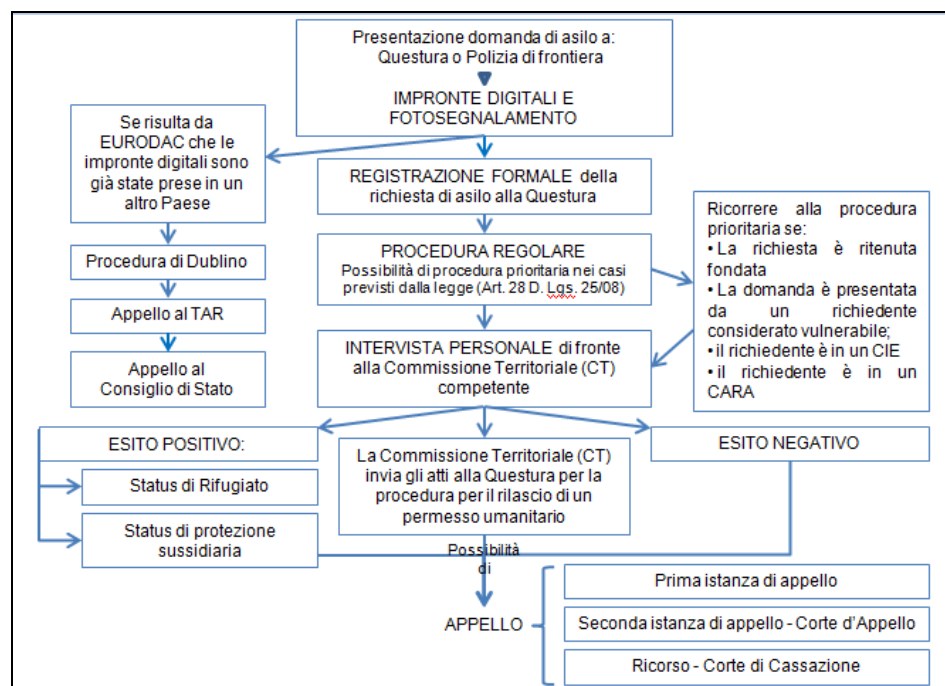
- su richiesta di ogni cittadino di uno Paese terzo se esistono condizioni oggettive e gravi situazioni personali che non permettono l'allontanamento dello straniero dal territorio italiano;
- in caso di riconoscimento della protezione temporanea ai sensi dell'art. 20 del TU, per rilevanti esigenze umanitarie, in occasione di conflitti, disastri naturali o altri eventi di particolare gravità in Paesi non appartenenti all'Unione Europea;
- allo straniero inespellibile ai sensi dell'art. 19 del Testo Unico;
- in altri casi, come per programmi di protezione sociale in favore delle vittime di sfruttamento ex art. 18 anche se in questi casi il permesso ha caratteristiche differenti;
- in seguito alla presentazione della domanda d'asilo da parte di uno straniero. Se la richiesta viene respinta perché non sussistono esigenze di protezione internazionale, la Commissione Territoriale responsabile del procedimento per l'asilo può trasmettere gli atti alla Questura per il rilascio del permesso umanitario se ritiene sussistano gravi motivi di carattere umanitario (UNHCR 2007).

Il permesso di soggiorno per motivi umanitari dura 1 anno, è rinnovabile e può essere convertito in permesso di soggiorno per motivi di lavoro se il soggetto è in possesso di passaporto (Osservatorio Regionale Immigrazione 2016: 42).

1.2.2 Il richiedente protezione internazionale

Il richiedente protezione internazionale, o richiedente asilo, è un cittadino straniero o apolide che cerca protezione fuori dal Paese di provenienza. Si tratta di un soggetto che ha manifestato la propria volontà di chiedere asilo: è in attesa di una decisione definitiva da parte delle autorità competenti sull'istanza presentata per ottenere protezione internazionale. Sono richiedenti asilo tutti coloro per cui è in corso la procedura d'asilo descritta nell'immagine 2 (UNHCR 2007:7).

Immagine 2: Procedura d'asilo



Fonte: Asylum Information Database (AIDA). Country Report Italy. Disponibile a <http://www.asylumineurope.org/reports/country/italy>. Ultimo accesso: 24 febbraio 2017.

Quando un soggetto presenta domanda di protezione internazionale alla polizia di frontiera o alla Questura si verifica attraverso EURODAC⁸, European Dactyloscopie - database delle impronte digitale di coloro che richiedono asilo e/o che sono entrati clandestinamente in Unione Europea, se il richiedente abbia già chiesto asilo in un altro Paese o se tale status gli sia già stato negato. Nel primo caso, in base al Regolamento di Dublino III, un richiedente non può scegliere in quale Paese presentare la sua domanda di asilo. Questa infatti deve essere esaminata dallo Stato che ha svolto il maggior ruolo in relazione all'ingresso e al soggiorno del richiedente nel territorio degli Stati membri salvo alcune eccezioni. Di norma, quindi, se un migrante è entrato in Unione Europea attraverso un certo stato dove viene fotosegnalato, l'Italia ad esempio, e poi presenta la domanda in un altro Paese, immaginiamo la Germania, dopo il riconoscimento dello stato di approdo in Europa grazie a EURODAC, viene rimandato indietro nel Paese di entrata.

Per formalizzare la domanda di Asilo il richiedente deve compilare il Modello C/3 cioè il "Modello per il riconoscimento dello status di rifugiato ai sensi della Convenzione di Ginevra".

Chiunque faccia domanda di protezione internazionale è autorizzato a rimanere sul territorio dello stato sino alla decisione della Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione territoriale in merito alla sua richiesta di

⁸ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/it/ALL/?uri=CELEX%3A32013R0603> Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

protezione internazionale. La Commissione Territoriale è l'organo competente per la decisione sulla domanda di protezione ed è composta da quattro membri⁹:

- due del Ministero dell'Interno;
- 1 rappresentante del Comune (o della provincia o della Regione);
- 1 rappresentante dell'UNHCR.

Fino alla fine del 2014 la commissione territoriale di riferimento per il Veneto era Gorizia. Dal 26 gennaio 2015 è stata istituita la Commissione di Verona che è diventata competente per le regioni Veneto e Trentino Alto-Adige. Nei mesi seguenti, come visibile in tabella 1, sono state aperte altre sezioni territoriali che dipendono da Verona¹⁰. Quella di Treviso ha la competenza territoriale delle province di Belluno e Treviso stessa dall'11 agosto 2016.

Tabella 1: Commissiona Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionali di Verona e relative sezioni: data decreto costitutivo e competenza territoriale

D.M. costitutivo	Presidente	Competenza territoriale	Sezione sede	D.M. costitutivo	Competenza territoriale
26.01.15	Viceprefetto dr.ssa Maria Teresa Pirrone	Regioni VENETO	PADOVA	06.02.15	VR + T.A.A. PD - VE
		e TRENTINO-ALTO ADIGE (T.A.A.)	TREVISO	11.08.16	TV - BL
			VICENZA	03.02.16	VI - RO

Fonte: http://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/commissioni_e_sezioni_decreto_costitutivo_situazione_aggiornata_al_3.10.2016.pdf. Ultimo accesso 24 febbraio 2017.

Un richiedente protezione internazionale al termine della procedura d'asilo può vedere accolta la propria richiesta ed ottenere lo status di rifugiato o lo stato di protezione sussidiaria. Oppure è possibile che la Commissione Territoriale richieda alla Questura di esaminare gli atti per verificare se esistono le condizioni per il rilascio di un permesso umanitario. Se non viene concessa alcuna forma di protezione né il permesso umanitario allora la domanda può

⁹ Commissione Nazionale per il diritto di asilo, Servizio Centrale SPRAR, UNHCR, ASGI. Vademecum per richiedenti protezione internazionale. Disponibile a : http://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/16/0728_vademecum_richiedenti_asilo.pdf. Ultimo accesso: 24 febbraio 2017.

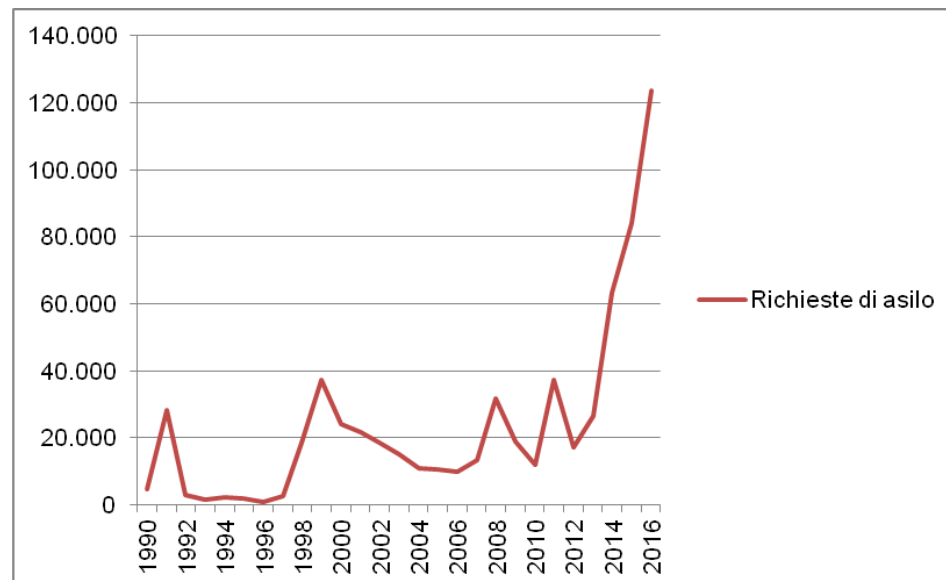
¹⁰ http://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/commissioni_e_sezioni_decreto_costitutivo_situazione_aggiornata_al_3.10.2016.pdf. Ultimo accesso 24 febbraio 2017.

avere esito negativo ed essere respinta.

Il richiedente asilo ha la possibilità di fare appello se ritiene scorretto il risultato del procedimento.

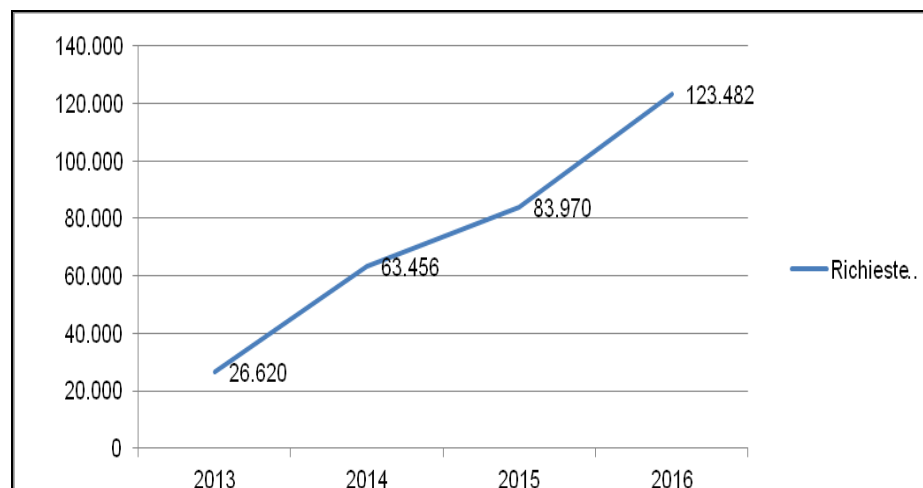
In Italia si sta assistendo ad una crescita delle domande di asilo: dalle 26.620 del 2013 si è passati 123.489 del 2016 (grafico 2 e 3)

Grafico 2: Richieste di asilo 1990-2016



Fonte: elaborazione dati tratti da <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/i-numeri-dell'asilo>. Ultimo accesso 26 febbraio 2016.

Grafico 3: Richieste di asilo 2013-2016



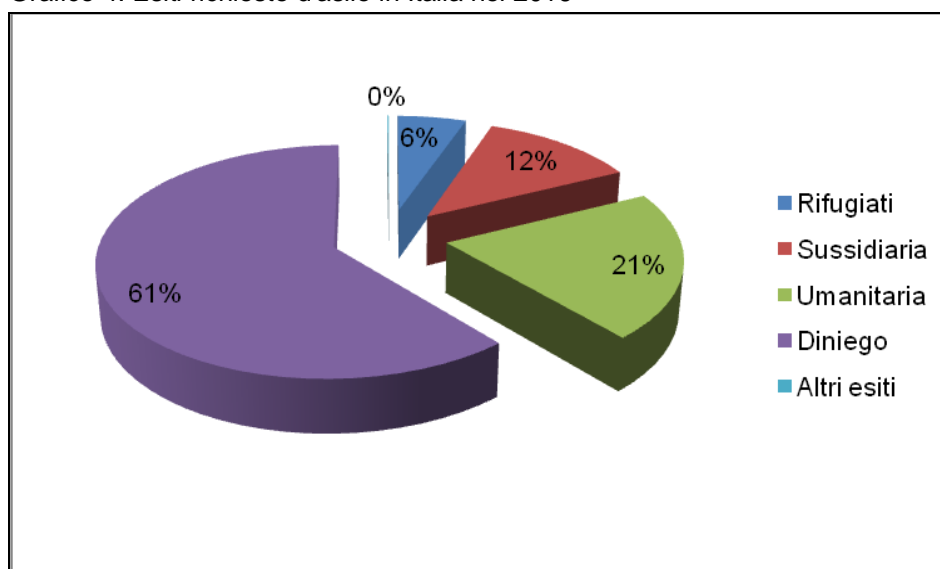
Fonte: elaborazione dati tratti da <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/i-numeri-dell'asilo>. Ultimo accesso 26 febbraio 2016.

I dati del mese di gennaio 2017 indicano un ulteriore aumento delle domande di asilo del 41% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente.

Nel 2016 sono state esaminate 90.473 richieste d'asilo: solo il 39% (34.941 persone) dei richiedenti ha ottenuto il riconoscimento di protezione

internazionale o umanitaria. Si tratta di 34.941 persone. Lo status di rifugiato viene riconosciuto a meno soggetti rispetto a quello di protezione sussidiaria o umanitaria. Il 61% dei richiedenti riceve un diniego alla propria richiesta (grafico 4). I dati relativi agli esiti delle richieste di asilo in Veneto più recenti che è stato possibile analizzare risalgono al 2015. In tabella 2 sono riportati i dati dei giudizi di tutte le sedi coinvolte compresa Gorizia che dal 2016 non è più riferimento per il Veneto. Delle 5.690 domande esaminate circa la metà sono state esaminate dalla Commissione Territoriale di Gorizia: Verona e di Padova, essendo stata aperta nel corso dell'anno come visto in tabella 1, hanno esaminato complessivamente meno domande. A livello generale risulta che il 54,2% delle richieste venga accolta e che lo status di rifugiato sia riconosciuto al 4,4% dei richiedenti, quello di protezione sussidiaria al 34,9% e la protezione Umanitaria al 14,9%. In realtà i dati sono soggetti a un comportamento molto differente delle Commissioni: Gorizia ha una percentuale di domande accolte molto maggiore rispetto Verona e Padova. Il capoluogo di provincia friulano infatti non ha accordato una forma di protezione nel 75,3,7% dei casi, Verona nel 39,5,5% e Padova nel 28,5% delle domande. La sede di Padova, che ha competenza anche per la provincia di Treviso, oltre ad essere quella con il maggior tasso di rifiuto delle richieste (71,5%) si caratterizza anche per l'alto numero di richiedenti asilo che si rendono irreperibili prima della decisione della Commissione Territoriale. (Baratto, Berdusco, Marengo, Bertazzon 2016: 33). Non è possibile stabilire con esattezza a cosa sia dovuta la discrepanza di giudizio tra le diverse sedi. Potrebbe esserci una distribuzione di migranti provenienti da Paesi in conflitto diseguale o potrebbero esserci indicazioni politiche differenti tra regioni governate da forze politiche opposte.

Grafico 4: Esiti richieste d'asilo in Italia nel 2016



Fonte: elaborazione dati tratti da <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/i-numeri-dell'asilo>.

Tabella 2: Esiti richieste d'asilo in Veneto nel 2016

	Non riconoscimento	Irreperibile	Altro esito	Totale non accolte	Rifugiato	Protezione sussidiaria	Protezione Umanitaria	Totale Accolte	Totale domande
Valori assoluti									
GO	599	71	12	682	93	1.710	281	2.084	2.766
VR	765	145	0	910	113	197	285	595	1.505
PD	869	146	0	1.015	45	76	283	404	1.419
Totale	2233	362	12	2607	251	1.983	849	3.083	5.690
Valori percentuali									
GO	21,7	2,6	0,4	24,7	3,4	61,8	10,2	75,3	100
VR	50,8	9,6	0,0	60,5	7,5	13,1	18,9	39,5	100
PD	61,2	10,3	0,0	71,5	3,2	5,4	19,9	28,5	100
Totale	39,2	6,4	0,2	45,8	4,4	34,9	14,9	54,2	100

Fonte: Baratto, Berdusco, Marengo, Bertazzon 2016: 33.

Il tempo di attesa stimato nel 2015 per ottenere una risposta della Commissione territoriale era di 18 mesi¹¹. Oggi, gli operatori coinvolti nella presente ricerca sostengono che alcuni richiedenti asilo in attesa della conclusione del ricorso al diniego di protezione siano ospiti dei loro centri da circa 24 mesi.

In attesa dell'espletamento di tutto l'iter della procedura i richiedenti entrano in un sistema di accoglienza dove ricevono assistenza. Le norme e le procedure relative all'accoglienza sono state modificate con D. Lgs. 142/2015. Il sistema di accoglienza è articolato in tre fasi: soccorso, prima accoglienza e seconda accoglienza. Le strutture di prima accoglienza dovrebbero essere 10 centri di livello regionale o interregionale denominati *hub* ma l'unico operativo è quello di Bologna (Perri 2015: 130). Allo stato attuale le tipologie di strutture esistenti sono¹²:

- **CPSA - centri di primo soccorso e accoglienza:** sono il punto d'approdo dei migranti quindi . Qui vengono fornite le prime cure mediche, viene effettuato il fotosegnalamento e si può richiedere la protezione internazionale. Successivamente i migranti vengono trasferiti in altri tipi di centri. Nel territorio italiano i CPSA sono quattro:
 - Lampedusa - AG (Centro di primo soccorso e accoglienza);
 - Elmas - CA (Centro di primo soccorso e accoglienza, con funzioni di Cara);
 - Otranto - LE (Centro di primissima accoglienza);

¹¹ <http://www.linkiesta.it/it/article/2015/08/14/caos-rifugiati-ci-vogliono-18-mesi-per-esaminare-una-richiesta-dasilo/27044/> Ultimo accesso 25 febbraio 2017.

¹² <http://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/sistema-accoglienza-sul-territorio/centri-immigrazione>. ultimo accesso 24 febbraio 2017.

- Pozzallo - RG (Centro di primo soccorso e accoglienza).
- Hotspot: sono strutture allestite per identificare rapidamente, registrare, fotosegnalare e raccogliere le impronte digitali dei migranti. Sono state create per sostenere i paesi più esposti ai nuovi arrivi.
- CDA - centri di accoglienza: sono i centri di prima accoglienza a breve termine dello straniero rintracciato sul territorio nazionale. Si procede all'identificazione del soggetto e si accerta la regolarità della sua permanenza in Italia.
- CARA - centri di accoglienza per richiedenti asilo: sono i centri dove viene inviato lo straniero irregolare che richiede protezione internazionale in modo da procedere con la sua identificazione e avviare le procedure per l'asilo.
- Rete SPRAR - sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (Perri 2015: 129): si tratta di una rete di enti locali che insieme al sostegno delle realtà del terzo settore si impegnano a realizzare progetti di accoglienza integrata destinati a richiedenti protezione internazionale, rifugiati, titolari di protezione sussidiaria e umanitaria grazie al contributo del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo (FNPSA) (Giovannetti 2016: 10). L'intenzione è far diventare gli SPRAR l'unico sistema di seconda accoglienza e integrazione.
- CAS - Centri di accoglienza straordinaria: sono strutture di accoglienza temporanee (Perri 2015: 130). Sono centri gestiti da religiosi e volontariato, dal privato sociale e altri privati in convenzione con la Prefetture (Baratto, Berdusco, Marengo, Bertazzon 2016). L'obiettivo dovrebbe essere il graduale riassorbimento dei CAS, ma allo stato attuale sembra molto distante questo traguardo.

Non rientra nel sistema di accoglienza dei richiedenti asilo il CIE (centro di identificazione ed espulsione). Si tratta di centri istituiti per evitare la dispersione sul territorio di chi è in via di espulsione e non per ospitare i richiedenti asilo.

Alla fine di dicembre 2016 i migranti inseriti nel sistema di accoglienza risultavano essere 176.554¹³: 137.218 ospiti delle strutture temporanee, 14.694 di centri di prima accoglienza e hotspot e 23.822 del circuito Sprar. La regione che ospita il maggior numero di migranti è la Lombardia, (13%), seguita da Lazio, Piemonte, Campania, Veneto, e Sicilia (8%) come descritto in tabella 3.

¹³ http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31_dicembre_0.pdf. Ultimo accesso 26 febbraio 2017.

Tabella 3: Richiedenti asilo presenti nelle strutture di accoglienza italiane al 31 dicembre 2016

Territorio	Strutture temporanee	Hotspot	Centri prima accoglienza	SPRAR	Totale	% sul totale
Lombardia	21.511			1.535	23.046	13
Lazio	9.824		831	4.231	14.886	8
Veneto	10.619		3.070	535	14.224	8
Piemonte	13.077			1.270	14.347	8
Campania	12.987			1.325	14.312	8
Sicilia	4.593	584	4525	4.374	14.076	8
Toscana	11.598			858	12.456	7
Emilia-Romagna	10.428		623	1.208	12.259	7
Puglia	6.270	236	3268	2.362	12.136	7
Calabria	3.660		1217	2.537	7.414	4
Liguria	5.250			506	5.756	3
Sardegna	5.461			201	5.662	3
Friuli Venezia Giulia	3.334		1160	355	4.849	3
Marche	3.944			739	4.683	3
Abruzzo	3.500			259	3.759	2
Molise	2.935			517	3.452	2
Umbria	2.855			408	3.263	2
Basilicata	2.126			454	2.580	1
Provincia Bz	1.681			0	1.681	1
Provincia Tn	1.277			148	1.425	1
Valle d'Aosta	288			0	288	0,2
Totale	137.218	820	14.694	23.822	176.554	100

Fonte: http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31_dicembre_0.pdf. Ultimo accesso 26 febbraio 2017.

In Veneto erano presenti 14.224 richiedenti asilo. Il 74,66% dei questi erano ospitati in strutture temporanee e il 3,76% nel sistema SPRAR.

In provincia di Treviso sono coinvolti 42 Comuni nel sistema di accoglienza: Asolo, Breda di Piave, Caerano di San Marco, Carbonera, Casier, Castelfranco Veneto, Cessalto, Codognè, Conegliano, Crespano del Grappa, Fontanelle, Giavera del Montello, Istrana, Loria, Maser, Maserada sul Piave, Mogliano Veneto, Monastier di Treviso, Morgano, Motta di Livenza, Oderzo, Paese, Pieve di Soligo, Ponzano Veneto, Possagno, Povegliano, Preganziol, Quinto di Treviso, Revine Lago, Riese Pio X, Roncade, Salgareda, San Biagio di Callalta,

S. Lucia di Piave, S. Zenone degli Ezzelini, Trevignano, Treviso, Valdobbiadene, Vazzola, Vedelago, Villorba, Vittorio Veneto¹⁴. La maggior parte dei Comuni, 22 sono situati nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso, 12 dell'ex Ulss 8 di Asolo e 8 dell'ex Azienda 7 di Pieve di Soligo. Da un'analisi dei dati dell'ex Ulss 9 la maggior parte dei richiedenti presenti in provincia sono ospitati in strutture afferenti proprio all'Ulss 9 (1.314 persone ad agosto 2016): dai dati aziendali risultano esserci 50 strutture e 16 gestori nel territorio in analisi.

1.3 DIRITTO ALLA SALUTE DEI RICHIEDENTI ASILO

Riuscire a definire un quadro chiaro delle mille sfaccettature del concetto di salute è estremamente complesso. Se si ricostruisce giuridicamente tale concetto emerge che in un primo momento la salute era intesa come interesse collettivo a tal punto da poter limitare anche le libertà individuali. Sia la Costituzione Italiana che la Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950 arrivano a porre dei limiti ad esempio alla libertà di movimento o alla libertà di riunione a causa di motivi sanitari per garantire la pubblica incolumità. Più recentemente a questa concezione si sono uniti i concetti di diritto all'integrità psicofisica e all'assistenza sanitaria. Quest'ultimo è un diritto che assume importanza con la nascita dello stato sociale di inizio Novecento. Negli ultimi decenni ha assunto sempre più importanza il diritto fondamentale individuale alla salute. Oggi è complesso occuparsi del diritto alla salute. La garanzia di tale diritto è affidata a più livelli della giurisprudenza dai trattati internazionali, ai trattati "regionali" come quelli europei, dalle costituzioni e le leggi nazionali alle leggi regionali, come in Italia, e le varie fonti di autodisciplina delle categorie interessate come i codici deontologici. Il concetto di salute oggi viene declinato (Olivetti 2004):

- come diritto di libertà: l'individuo chiede allo Stato di astenersi in modo che il titolare di essa possa scegliere liberamente (in positivo o in negativo) come utilizzare lo spazio che viene lasciato libero (a suo favore) dal diritto. All'interno di questa categoria rientra il diritto all'integrità fisica (integrità psicofisica in riferimento ad ogni ambito ove il soggetto svolge le attività realizzatrici della persona umana - comprese condizioni di vita, di ambiente e di lavoro) e il diritto all'ambiente salubre (secondo cui l'ambiente deve essere protetto in quanto elemento determinativo della qualità della vita).

¹⁴ <http://www.prefettura.it/treviso/contenuti/5504272.htm>. Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

- come diritto sociale: si chiede allo Stato di intervenire e di garantire una prestazione, cioè di fornire un servizio, come, ad esempio, l'assistenza sanitaria.

Il presente lavoro si concentrerà sul diritto all'assistenza sanitaria dei richiedenti asilo.

1.3.1 Il diritto alla salute negli atti internazionali

Il primo strumento internazionale che ha sancito il godimento del miglior stato di salute come diritto fondamentale di ogni essere umano è stata la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁵ firmata a New York il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 secondo cui il fine dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è portare tutti i popoli al più alto grado di sanità. I principi alla base della felicità dei popoli, delle loro relazioni armoniose e della loro sicurezza secondo gli Stati partecipanti alla Costituzione sono:

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità.

Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale.

I governi sono responsabili della sanità dei loro popoli; essi possono fare fronte a questa responsabilità, unicamente prendendo le misure sanitarie e sociali adeguate."

Ma è solo due anni più tardi che con la Dichiarazione Universale dei Diritti umani adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre del 1948¹⁶ si arriva ad includere la salute tra i diritti della persona (Morozzo della Rocca 2008: 445). L'articolo 25 afferma: *"Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà."*

Lo strumento che viene indicato come centrale della protezione del diritto alla salute è il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, del 1966 che riconosce all'articolo 12 comma 1: *"...il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire."* Tra le misure da assicurare per la piena attuazione del presente

¹⁵ http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

¹⁶ <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>. Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

atto nello stesso articolo, comma 2 "c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere; d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia."

Nel corso del tempo sono stati stipulati ulteriori trattati internazionali (tabella 4) a cui si sono aggiunte conferenze e dichiarazioni che hanno contribuito a chiarire vari aspetti riguardanti la salute pubblica e a sancire il diritto alla salute. Tra essi ricordiamo la Dichiarazione di Alma-Ata¹⁷ del 1978 sull'assistenza sanitaria primaria, la Carta di Ottawa del 1986¹⁸ in cui sono esplicitati i prerequisiti per la salute e la Dichiarazione del Millennio¹⁹ delle Nazioni Unite (2000-2001).

Secondo l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, il diritto alla salute o il diritto all'assistenza sanitaria oggi è riconosciuto in almeno 115 costituzioni del Mondo²⁰.

Per quanto riguarda i rifugiati la Convenzione di Ginevra del 1951 nell'articolo 23 e 24 sottolinea che in materia di assistenza pubblica e sicurezza sociale concedono ai rifugiati lo stesso trattamento concesso ai loro cittadini.

In realtà è a livello regionale, soprattutto grazie alle Direttive europee che si afferma il principio di uguaglianza nella titolarità dei diritti sociali tra i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e i rifugiati soprattutto a livello di diritto alla salute e all'assistenza sanitaria.

I riferimenti normativi più importanti a livello europeo per quanto riguarda l'assistenza sanitaria dei richiedenti asilo è la Direttiva 2003/9/CE recepita nell'ordinamento italiano con D. Lgs n. 140/2005²¹. Secondo l'articolo 15 "1. *Gli Stati membri provvedono affinché i richiedenti asilo ricevano la necessaria assistenza sanitaria che comprende quanto meno le prestazioni di pronto soccorso e il trattamento essenziale delle malattie.* 2. *Gli Stati membri forniscono la necessaria assistenza medica, o di altro tipo, ai richiedenti asilo che presentino esigenze particolari.*"

Anche la Direttiva 2004/83/CE²² recepita in Italia con il D. Lgs n. 251/07 affronta il tema dell'assistenza sanitaria, ma l'articolo 29 si riferisce a coloro che hanno ottenuto il riconoscimento dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria e non a coloro che sono in attesa che la domanda d'asilo venga esaminata.

¹⁷ http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1. Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

¹⁸ <http://www.azioniperunavitainasalute.it/files/materiali/formazione/Bologna-mar10/CartaOttawa.pdf>. Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

¹⁹ http://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-del-Millennio-2000/65. Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

²⁰ <http://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>. Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

²¹ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:031:0018:0025:IT:PDF> Ultimo accesso 21 febbraio 2017.

²² <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0083&from=IT> Ultimo accesso 21 febbraio 2017.

Tabella 4: Principali trattati internazionali e Diritto alla salute

Anno	Titolo
1948	Dichiarazione Universale dei Diritti Umani
1946	Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
1950	Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà Fondamentali
1961	Carta Sociale Europea
1965	Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale
1966	Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali
1966	Patto internazionale sui diritti civili e politici e dei suoi due protocolli opzionali (1966 e 1989)
1979	Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne e il suo Protocollo opzionale (1999)
1981	Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli
1984	Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti e il suo Protocollo opzionale (2002)
1969	Convenzione Americana sui Diritti Umani
1988	Protocollo addizionale alla Convenzione americana sui diritti umani nel campo dei diritti economici, sociali e culturali
1989	Convenzione sui diritti dell'Infanzia e i suoi due protocolli opzionali (2000)
1989	Convenzione ILO n. 169 sui popoli indigeni e tribali
1990	Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990)
2006	Convenzione ONU per i diritti delle persone disabili (2006) e il suo Protocollo opzionale (2006)
2011	Convenzione del Consiglio d'Europa sulla contraffazione dei prodotti sanitari e reati affini che rappresentano una minaccia per la salute pubblica (2011).

Fonte: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/trattati-internazionali-e-il-diritto-alla-salute-0>. Ultimo accesso 27/02/2017.

1.3.2 Il diritto alla salute in Italia

In base all'articolo 32 della Costituzione Italiana²³ la tutela della salute in Italia è garantita non solo ai cittadini, ma a tutti gli individui. La Carta fondamentale dell'ordinamento italiano recita infatti: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*".

La principale norma italiana di riferimento per l'assistenza sanitaria dello straniero è il Testo Unico D.Lgs n. 286 del 25 luglio 1998 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" che all'articolo 34 descrive l'Assistenza Sanitaria per gli stranieri iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e all'articolo 35 quella per i non iscritti. Questa distinzione tra iscrizione e non iscrizione è dovuta al fatto che nel

²³ https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32 Ultimo accesso 28 febbraio 2017.

nostro ordinamento l'accesso al SSN è previsto con modalità differenti in funzione della posizione giuridica del migrante.

Nel caso in analisi un richiedente protezione internazionale non può iscriversi al SSN dal momento del suo arrivo in Italia fino all'ottenimento del permesso di soggiorno come richiedente asilo. Da questo secondo momento in poi egli gode di diritti differenti come vedremo a breve,

Se uno straniero è privo del permesso di soggiorno, e non può iscriversi al SSN, l'assistenza sanitaria viene erogata mediante il rilascio di una tessera individuale STP - Straniero Temporaneamente Presente - in base all'articolo 43 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999, *"Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286"*²⁴. All'assistito viene assegnato un codice regionale che lo identifica per tutte le prestazioni erogabili con finalità prescrittive e di rendicontazione. Il codice di 16 cifre è composto dalla sigle "STP", dal codice ISTA relativo alla regione, dal codice ISTAT dell'Azienda Sanitaria che lo rilascia e dal numero progressivo attribuito al momento del rilascio (composto da sette caratteri). La tessera STP viene rilasciata dalle Aziende Locali Sanitarie, dalle Aziende Ospedaliere, dai Policlinici Universitari e dagli IRCCS ed è valida su tutto il territorio nazionale e ha una durata di 6 mesi. È rinnovabile se lo straniero permane per più tempo sul territorio nazionale e può essere utilizzato per:

- prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche);
- prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate;
- rendicontazione delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del SSR ai fini del rimborso.

Lo straniero che ha richiesto la tessera STP è esonerato dal pagamento del ticket nei casi analoghi a quelli in cui è esentato anche il cittadino italiano.

Le prestazioni offerte sono:

- prestazioni sanitarie di primo livello con accesso diretto senza prenotazione e impegnativa; (es. medicina generale, Dipartimenti Salute Mentale, Servizi per le dipendenze, Consultori Familiari);
- prestazioni di urgenza erogate dal Pronto Soccorso secondo i criteri di esenzione già definiti per i cittadini italiani;
- prestazioni erogate per la tutela della gravidanza e della maternità;
- prestazioni di prevenzione erogate dal Dipartimento di Prevenzione

²⁴ http://presidenza.governo.it/USR/Confessioni/norme/dpr_394_1999.pdf Ultimo accesso 21 febbraio 2017.

(piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV);

- prestazioni erogabili in esenzione, secondo i criteri e i limiti previsti dalla normativa riguardante i cittadini italiani, in caso di patologie croniche, rare e stati invalidanti (con conseguente rilascio dell'Attestato di esenzione);

Negli altri casi (prestazioni di II livello, diagnosi e cura, medicina riabilitativa e preventiva, presidi specifici, alimenti speciali) allo straniero con STP vengono applicate le stesse condizioni previste per il cittadino italiano. In caso di indigenza è possibile applicare, in base alla dichiarazione dello straniero, il codice di esenzione X01 che vale solo per la prestazione specifica erogata (Di Marco, Di Paolantonio, Salvio: 2013-2014).

Gli stranieri che hanno richiesto il rilascio o il rinnovo del permesso di soggiorno per protezione internazionale, nel momento in cui li viene rilasciato il permesso di soggiorno in base all'articolo 34 del D. Lgs 286/98: *“hanno l’obbligo di iscrizione al SSN e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene l’obbligo contributivo ... gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per asilo politico”*. L'iscrizione al SSN avviene presso l'Azienda Sanitaria Locale del Comune di dimora cioè quello indicato nel permesso di soggiorno. Per quanto riguarda la compartecipazione alle spese per le spese sanitarie non è prevista una disposizione a favore dei richiedenti asilo, ma è possibile beneficiare delle stesse agevolazioni previste nei casi di dichiarazione d'indigenza.

Visto che la Sanità nell'ordinamento italiano è una materia di competenza regionale per garantire una maggiore uniformità dei percorsi di accesso all'assistenza sanitaria per la popolazione straniera in Italia è stato siglato l'Accordo Stato- Regioni *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane"* del 20/12/2012. Questo documento che costituisce la conclusione di un percorso di ricerca e di discussione durato quattro anni e intende rimediare alla disomogeneità di risposte date al bisogno di cure degli stranieri sul territorio nazionale. Analizza le diverse fattispecie che si possono presentare nella concreta esperienza: per ognuna l'Accordo prospetta una soluzione chiara in modo da chiarire le disposizioni già esistenti. Nonostante questo ancor oggi ogni regione ha modalità organizzative diverse per garantire gli stessi servizi.

2 QUADRO TEORICO

2.1 SCOPO DELLO STUDIO E QUESITI DI RICERCA

2.1.1 Scopo dello Studio

Dal 2013 i Servizi sanitari si trovano a dover affrontare un nuovo fenomeno dettato dalla crescente instabilità politica a livello mondiale, ma soprattutto a livello africano e medio-orientale. Un numero sempre maggiore di persone si spingono verso i paesi sviluppati in cerca di opportunità di vita migliori, in terre dove trovare riparo dalla guerra o da altri tipi di persecuzioni. Di fronte a un numero di arrivi sempre maggiore di migranti che chiedono protezione internazionale, e che è stata definita emergenza profughi²⁵, ci si chiede se la tradizionale organizzazione dei Servizi Sanitari sia in grado di garantire il diritto alla salute dei richiedenti asilo. Fino ad ora l'obiettivo della Sanità è stato quello di verificare che i richiedenti asilo non avessero malattie infettive e garantire loro l'assistenza STP soprattutto attraverso l'azione del Dipartimento di Prevenzione.

Oggi le domande che ci si pone sono:

- è sufficiente questo tipo di organizzazione o essa va rivista alla luce dell'emergenza profughi e del loro diritto alla salute?
- come sono cambiate le condizioni di salute dei richiedenti asilo in seguito all'emergenza profughi?
- quali sono i bisogni le esigenze dei richiedenti asilo e degli operatori che si occupano di loro rispetto al tema salute?
- che risposte offrono i Servizi Socio-Sanitari ai bisogni di questa popolazione?
- cosa va modificato a livello organizzativo l'assistenza erogata dall'ex Azienda Ulss 9 per garantire il diritto alla Salute?

L'obiettivo di questa tesi è quello di proporre dei miglioramenti organizzativi per garantire il diritto alla salute dei richiedenti asilo sulla base delle riflessioni sviluppate a seguito delle domande di ricerca di cui sopra. L'analisi parte dai bisogni di salute di questa particolare categoria di migranti e dei bisogni degli operatori che li assistono per individuare necessità reali, esplicite o non espresse, e necessità percepite.

Per poter raggiungere questo scopo è necessario:

²⁵ <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/riflessioni-intorno-allemergenza-nord-africa/> Ultimo accesso 1 marzo 2017.

1. conoscere le condizioni di salute dei richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex azienda Ulss 9
2. conoscere le esigenze dei richiedenti asilo, degli operatori dei centri di accoglienza e degli operatori sanitari per garantire la salute dei migranti in attesa di protezione internazionale o umanitaria;
3. Conoscere l'organizzazione dei servizi per i richiedenti asilo dell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

2.1.2 Dalla formulazione del quesito di ricerca col PICOT framework alla selezione dei documenti

Per poter strutturare correttamente il quesito alla base del presente lavoro si è deciso di utilizzare il "PICOT framework", un approccio della Cochrane collaboration²⁶ che è stato adeguato alle esigenze di sanità pubblica (Levi 2008-2009:24).

L'acronimo PICOT indica Popolazione, Intervento, Confronto, Outcome e Contesto (Petticrew, Roberts 2006). L'elemento popolazione indica la necessità di caratterizzare la popolazione da ricercare in letteratura (ad esempio in base a etnia, sesso, contesto ambientale e/o sociale di appartenenza). L'intervento può essere descritto o utilizzando concetti generici (ad esempio interventi psicosociali) o concetti più specifici (terapia cognitivo comportamentale). In sanità pubblica la difficoltà nel definire il tipo di intervento è dovuta al fatto che spesso si tratta di interventi complessi e multicomponente. Le varie parti che compongono un intervento di sanità pubblica possono agire sia in modo indipendente sia inter-dipendente e quindi a volte definire l'intervento è estremamente difficile. Per questo motivo è una buona pratica includere gli interventi basati su una o più teorie. L'elemento confronto costituisce la principale alternativa all'intervento. Non sempre si utilizza questa componente in sanità pubblica. Outcome rappresenta gli esiti come ridurre o eliminare un fattore di rischio o una malattia o un evento avverso. Per contesto si intende dove ha luogo l'intervento. Si può trattare di un contesto naturale, sociale o politico e può avere un ruolo chiave nel determinare il successo o l'insuccesso di un intervento (Dors 2011: 2-3). Infine la T sta per type of study: gli studi epidemiologici possono essere di diverso tipo in base al disegno dello studio.

Il gold standard sarebbe lo Studio Randomizzato e Controllato (RTC), ma è molto raro il suo utilizzo in Sanità Pubblica. I più utilizzati sono lo studio di corte, il caso-controllo, il confronto prima dopo e il trasversale (Levi: 25-26). Secondo la Cochrane Collaboration²⁷ vanno considerati anche gli studi qualitativi. Questi

²⁶ La Cochrane Collaboration è una iniziativa internazionale no-profit nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla efficacia ed alla sicurezza degli interventi sanitari. Per maggiori informazioni: <http://www.cochrane.it/it/cochrane>.

²⁷ https://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/public/uploads/Unit_Five.pdf Ultimo accesso

studi possono utilizzare una serie di metodi differenti, ma spesso si basano su interviste registrate e osservazioni non partecipanti per investigare l'esperienza di chi riceve un intervento.

In base alle domande descritte nel precedente paragrafo è possibile giungere alla definizione del quesito di ricerca in base allo schema PICOT (tabella 5): sono in grado la valutazione dei bisogni e il modello organizzativo di facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari dei richiedenti asilo ospiti nella struttura di accoglienza?

Tabella 5: Definizione del quesito secondo lo schema PICOT

Intervention	Outcome	Population setting	Condition of interest
Sono in grado la valutazione dei bisogni e il modello organizzativo utilizzato	...di facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari	dei richiedenti asilo	ospiti nelle strutture di accoglienza?

In seguito alla formulazione della domanda si passa alla scelta delle parole chiave e alla costruzione delle stringhe di ricerca (tabella 6). La stringa viene poi utilizzata per effettuare la ricerca sui data base.

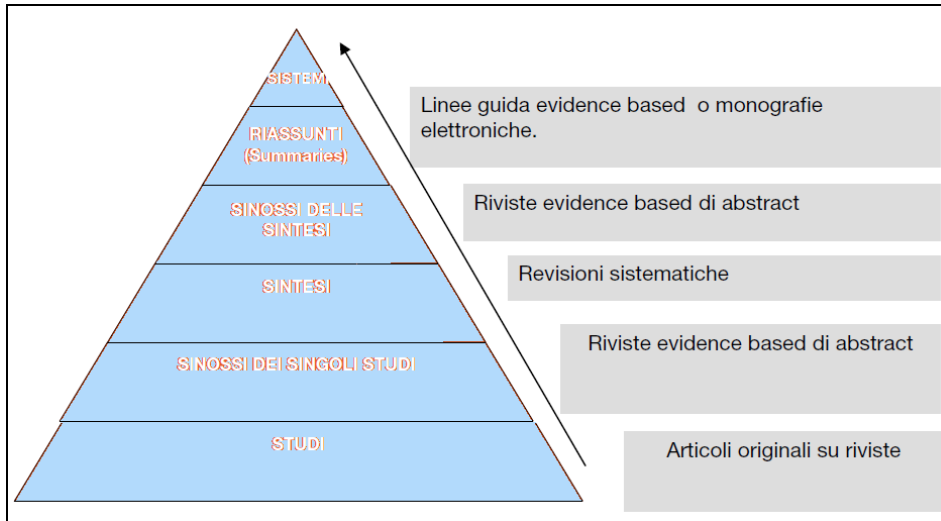
Tabella 6: Scelta delle parole chiave e costruzione delle stringhe di ricerca.

Sono in grado la valutazione dei bisogni e il modello organizzativo utilizzato	...di facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari	dei richiedenti asilo	ospiti nei centri di accoglienza?
↓	↓	↓	↓
1 - valutazione dei bisogni 2 - modello organizzativo = 1 - Needs Assessment OR 2 - Organizational Models	1 - accesso ai servizi sanitari = 1 - access to health services	1 - Richiedenti asilo = 1 - Asylum seekers	1 - centri di accoglienza = 1 - asylum seekers center
<p>(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center</p>			

La scelta dei data base è stata effettuata considerando la gerarchia delle 6 S

che è un sistema proposto per organizzare la letteratura scientifica (Immagine 3). E' auspicabile infatti iniziare la ricerca dal livello più alto della piramide piuttosto che dal singolo studio che rappresenta la forma meno sintetica dell'evidenza. Per rispondere ad un quesito è quindi opportuno percorrere la piramide dall'alto al basso (Dors 2011: 4).

Immagine 3: Tipologia di documenti. La gerarchia delle 6 S.



Fonte: Dors 2011: 4.

Per la ricerca di linee guida sono stati consultati i seguenti database:

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) del U.S. Department of health and Human Service;
- National Library of Guidelines del NICE-NHS;
- SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità.

Si è deciso di escludere i database la cui gestione è affidata a enti in paesi che non sono oggetto dell'emergenza profughi europea (Canada, Nuova Zelanda e Australia). La decisione di utilizzare una banca dati americana deriva dalla considerazione che gli Stati Uniti sono sempre stati una destinazione attrattiva per migranti e richiedenti asilo, quindi si è ritenuto potesse essere utile la sua consultazione.

Per le revisioni sistematiche sono state usate queste banche dati:

- Cochrane Database of Systematic Reviews di The Cochrane Collaboration;
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) del NHS;
- Health Evidence del Public dell'Health Agency of Canada.

La Cochrane è stata scelta perché rappresenta un punto di riferimento molto importante per l'Italia fin da quando nel 1994 è stato fondato il centro italiano con lo scopo di promuovere in Italia e in altri stati del sud Europa le attività della

Cochrane²⁸. Il NHS, National Health Service del Regno Unito rappresenta un punto di riferimento per la sanità italiana fin dalla creazione del Sistema Sanitario Nazionale ed è per questo che si è scelto di riferirsi a questo data base. La scelta di utilizzare l'Health Evidence in Public Health è stata dettata proprio dalla centralità che ha per l'Ente gestore la salute pubblica.

Per la ricerca di studi primari la scelta è caduta su quattro banche dati:

- Medline del National Library of Medicine;
- Cochrane Center Register of Controlled Trials;
- PsycINFO dell'American Psychological Association;
- Sociological Abstract di ProQuest e CSA.

Si è deciso di utilizzare PubMed, motore di ricerca gratuito, basato principalmente sul database Medline, perché l'accesso non è condizionato alla sottoscrizione di un abbonamento, perché contiene più di 15 milioni di record bibliografici a partire dal 1966, tratti da 4800 periodici biomedici e perché gli abstracts, disponibili dal 1975, sono presenti per il 75% degli articoli. PsycINFO e Sociological Abstract sono stati scelti perché il tema al centro del presente lavoro di ricerca non è strettamente sanitario, ma è anche di interesse psicologico e sociologico.

Il critical appraisal²⁹, processo di valutazione e interpretazione delle prove effettuato in maniera sistematica attraverso la considerazione della loro validità e della rilevanza dei risultati, è stato applicato sui documenti indicati dai database. Alcuni sono stati esclusi proprio a causa della loro inadeguatezza metodologica. Il processo di selezione dei documenti è riportato in tabella 7 mentre nell'allegato 1 è disponibile la sintesi dei risultati della ricerca in letteratura.

²⁸ <http://www.cochrane.it> Ultimo accesso 25 febbraio 2017

²⁹ http://www.ccm-network.it/ebp_e_lavoro/paginaLavoro.jsp?id=node/9 Ultimo accesso 25 febbraio 2017

Tabella 7: Il percorso di Selezione dei documenti

Banca dati	Parole chiave	Risultati	Limiti	Esclusi dalla lettura del titolo	Esclusi dalla lettura dell'abstract	Selezionati
Agency for Healthcare Research and Quality	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	5	Nessuno	5	0	0
	Asylum seekers	8	Nessuno	6	1	1
National Library of Guidelines	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	4	Nessuno	1	2	1
	Asylum seekers	45	Nessuno	39	4	2
SNLG	(Valutazione dei bisogni O modello organizzativo) AND accesso ai servizi sanitari E richiedenti asilo E centri di accoglienza	0	Nessuno	0	0	0
	Richiedenti asilo OR richiedenti protezione internazionale	0	Nessuno	0	0	0
Cochrane Database of Systematic Reviews	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	1	Nessuno	0	0	0
	Asylum seekers	9	Nessuno	5	2	2
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	Asylum seekers	45	Nessuno	37	4	4
Health Evidence	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	0	Nessuno	0	0	0
	Asylum seekers	2	Nessuno	0	1	1

Banca dati	Parole chiave	Risultati	Limiti	Esclusi dalla lettura del titolo	Esclusi dalla lettura del'abstract	Selezionati
Medline	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	7	Nessuno	4	0	3
	Asylum seekers	177	Review 5 years			
	Refugees	104	Review 5 years			
	("Refugees"[Mesh]) AND "Needs Assessment"[Mesh]	37	Review 5 years	18	9	10
Embase	Refugees AND "Models, Organizational"	20		14	3	3
Cochrane Center Register of Controlled Trials	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	0	Nessuno	0	0	0
	Asylum seekers	8	Publication Year from 2012 to 2017, in Trials	6	1	1

Banca dati	Parole chiave	Risultati	Limiti	Esclusi dalla lettura del titolo	Esclusi dalla lettura del'abstract	Selezionati
PsicInfo	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	0	Nessuno	0	0	0
	Asylum seekers	3	Year: 2012 To 2017	2	1	0
	"Refugees" AND "Needs Assessment"	1	Year: 2012 To 2017	0	1	0
	"Refugees" AND "Organizational Models"	0	Year: 2012 To 2017	0	0	0
	"Refugees" AND "Health"	63	Year: 2012 To 2017	52	6	5
Sociological Abstract	(Needs Assessment OR Organizational Models) AND access to health services AND Asylum seekers AND asylum seekers center	0	Nessuno	0	0	0
	Asylum seekers	13	Nessuno	0	0	0
	"Refugees" AND "Needs Assessment"	6	Nessuno	5	1	0
	"Refugees" AND "Organizational Models"	0	Nessuno	0	0	0

In tutte le banche dati si è proceduto utilizzando la stringa di ricerca descritta a pagina 29, in più, in alcuni casi, si è deciso di modificare le parole chiave a causa delle difficoltà a reperire letteratura inerente i richiedenti asilo, la valutazione dei bisogni e il modello organizzativo. Esistendo una eterogeneità nelle definizioni usate per descrivere la popolazione oggetto di studio (immagine 4), si è preferito ampliare l'ambito di ricerca per individuare studi che altrimenti sarebbero stati esclusi a causa dell'utilizzo di una terminologia non adeguata.

Immagine 4: Termini usati per descrivere la popolazione oggetto di studio

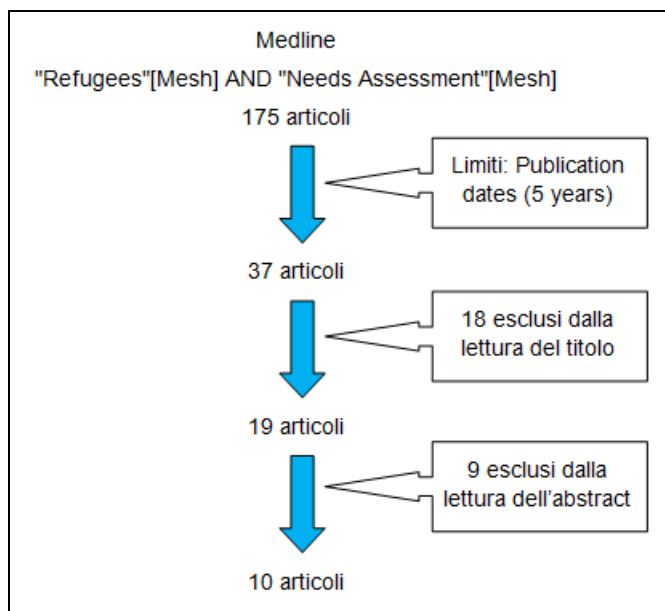


Fonte: Hannigan A, O Donnell P, O Keeffe M, MacFarlane A. How do variations in definitions of “migrant” and their application influence the access of migrants to health care services? (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

A titolo esemplificativo riportiamo la flow chart (immagine 5) che descrive le operazioni compiute e la sequenza delle stesse per effettuare la selezione dei documenti. Nella prima la ricerca è stata effettuata utilizzando il termine richiedente asilo, nella seconda, per ampliare la ricerca, con il termine rifugiato. L'utilizzo del secondo termine non è stato casuale, ma è stato scelto in base al Medical Subject Headings (acronimo: MeSH). La letteratura scientifica biomedica è stata indicizzata utilizzando i termini Mesh: quello a cui ci si deve riferire per i richiedenti asilo (Asylum Seeker) è proprio rifugiati (Refugees) che viene definito come "*Le persone in fuga verso un luogo sicuro, soprattutto quelli che fuggono in un paese o potenza straniera per sfuggire pericolo o persecuzioni nel proprio paese o della residenza abituale a causa della razza, religione o credo politico.* (Webster, 3d ed)"³⁰.

³⁰ "Persons fleeing to a place of safety, especially those who flee to a foreign country or power to escape danger or persecution in their own country or habitual residence because of race, religion, or political belief. (Webster, 3d ed)" <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=asylum+seekers>. Ultimo accesso 25 febbraio 2017.

Immagine 5: Esempio di flow chart di selezione dei documenti



2.2 QUADRO TEORICO DI RIFERIMENTO E APPROCCIO SCELTO PER L'INDAGINE

Il presente lavoro intende conciliare l'uso dell'approccio qualitativo e di quello quantitativo. Con il primo ci si riferisce a metodiche analitiche adatte a rilevare aspetti "soft", cioè ricchi e profondi, mentre nel secondo rientrano metodiche che siano in grado di trasformare il fenomeno oggetto di studio in numeri (Nicoli 2008:198).

La ricerca quantitativa discende da un paradigma neopositivista secondo cui la relazione tra teoria e ricerca è caratterizzata dalla deduzione: la teoria precede l'osservazione. Per questo motivo la letteratura è fondamentale per la definizione della teoria e delle ipotesi. Sostanzialmente viene condotta un'osservazione scientifica, distaccata e neutrale in cui studioso e realtà studiata sono separati. Il rapporto con l'ambiente utilizza un approccio manipolativo. Ne consegue che il disegno della ricerca deve precedere la ricerca stessa ed è strutturato e chiuso. La rappresentatività è fondamentale: il campione deve essere significativamente rappresentativo e lo strumento di rilevazione deve essere uniforme per tutti i soggetti, i dati devono essere hard cioè oggettivi e standardizzati. Oggetto dell'analisi è la variabile mentre il suo obiettivo è spiegare la varianza delle variabili. Viene fatto un uso intenso delle tecniche matematiche e statistiche per ottenere dati che permettano la

generalizzabilità dei risultati (Corbetta 1999: 43-76).

Nell'approccio di tipo qualitativo, che discende dal paradigma interpretativo, la relazione tra teoria e ricerca deve essere considerata interattiva. Questo significa che il ricercatore respinge le teorie a priori: tale impostazione è tesa a evitare condizionamenti nei confronti del lavoro di ricerca che potrebbero inibire la capacità di "comprendere" la realtà studiata. Ne consegue una minor importanza dell'analisi sistematica della letteratura e delle riflessioni che da questa scaturiscono. Il ricercatore deve evitare assolutamente di manipolare, stimolare o interferire con la realtà studiata in modo da evitare di distorcerla. Al centro c'è il punto di vista dell'attore sociale che viene svelato grazie a una costante scoperta. È quindi necessario che lo studioso incontri l'oggetto studiato perché solo questa condizione permette di comprendere e descrivere la realtà studiata. Gli strumenti partecipativi, come le interviste, i focus group, le osservazioni partecipanti, richiedono che studioso e studiato si incontrino mentre nel caso di un questionario, strumento quantitativo, può essere somministrato senza interazione ricercatore e oggetto di studio (Corbetta 1999: 43-76). In un'indagine qualitativa si utilizza un disegno della ricerca destrutturato e aperto: solo in questo modo è possibile rilevare cose non previste nell'evolvere della rilevazione. Visto che non interessa rappresentare statisticamente la realtà esaminata, è il giudizio del ricercatore a definire quali casi analizzare: la scelta non si basa sulla tipicità dei casi o sulla loro diffusione, ma sull'interesse che essi ricoprono all'interno dell'indagine. Non essendoci un obiettivo di standardizzare è il ricercatore a decidere quanto approfondire un caso in base alla propria convenienza perché è più importante cogliere informazioni che giungano in profondità piuttosto che ricercare oggettività e standardizzazione. Sostanzialmente l'obiettivo dell'analisi dei dati è comprendere le persone, il loro punto di vista. Per questo motivo la realtà analizzata nella sua interezza è l'oggetto di analisi: la ricerca qualitativa è case-based cioè basata su casi. Ne consegue che i dati raccolti vengono restituiti attraverso la narrazione e quindi si utilizzano brani di interviste e di focus group, che descrivono ed vengono utilizzati per elaborare quanto rilevato durante l'indagine (Corbetta 1999: 43-76).

Questi due approcci troppo spesso vengono descritti come dicotomici, ma in realtà la tendenza nelle scienze sociali e in campo medico è quella di integrare i due approcci in un'ottica di pluralismo scientifico che permette l'integrazione di più livelli di analisi (Lanzetti, Lombi, Marzulli 2008: 11).

Il presente lavoro vuole essere una ricerca quali-quantitativa: la parte statistica vuole tendere a descrivere lo stato di salute dei richiedenti asilo, mentre la parte qualitativa intende mettere in luce 'cosa c'è dentro quei dati'.

3 MATERIALI E METODI

3.1 DISEGNI DI STUDIO

Per poter proporre dei miglioramenti organizzativi per garantire il diritto alla salute dei richiedenti asilo è stato necessario utilizzare più strumenti. Attraverso un'analisi quali-quantitativa ci si è proposti di:

- rilevare necessità reali o percepite dai richiedenti asilo e dagli operatori che li seguono in quanto lavoratori dei centri di accoglienza;
- verificare l'organizzazione dei Servizi socio sanitari deputati all'assistenza dei migranti in attesa di protezione e le esigenze degli operatori ad essi afferenti.

La necessità di rilevare il bisogno di salute percepito è dettato dal fatto che il paziente è mosso più dalla salute soggettiva che dalla salute oggettiva e quindi è utile soffermarsi sui problemi avvertiti dalla popolazione (De Piccoli 2014: 42-44).

Per conoscere le condizioni di salute dei richiedenti asilo si è deciso di utilizzare strumenti e dati quantitativi ricavati da database dell'ex Azienda Ulss 9 e da un questionario da somministrare ad alcuni ospiti delle strutture di accoglienza del territorio. Per stabilire se formulare un questionario ad hoc o se utilizzarne uno già validato si è effettuata una ricerca bibliografica sui bisogni di salute dei migranti in attesa di protezione. Il disegno di studio utilizzato per il presente lavoro è lo studio osservazionale descrittivo che è utile per verificare la presenza o l'assenza di un problema di salute in una popolazione e per stimarne l'impatto reale o potenziale (Faggiano, Donato, Barbone 2005: 105).

Grazie all'uso di strumenti di analisi qualitativi, interviste e focus group, si sono raccolte informazioni sulle esigenze dei richiedenti asilo, degli operatori dei centri di accoglienza e dei servizi socio-sanitari. Gli stessi strumenti hanno fornito informazioni sull'organizzazione attuale dei Servizi che si occupano della popolazione in studio che sono state utili per valutare potenzialità e criticità del sistema. La presente ricerca si basa sulla Ground Theory, approccio che dà attenzione ai processi e al cambiamento nel tempo e che si impegna a capire i modi in cui la realtà è socialmente costruita. Sostanzialmente si cerca di comprendere un processo o una situazione a partire dalla prospettiva dei partecipanti (Richards, Morse 2009:78-80).

A tutti i soggetti coinvolti sono stati consegnati l'informativa e il consenso informato (allegati 2 e 3).

3.2 STRUMENTI QUANTITATIVI

3.2.1 Sistema di raccolta dati sullo stato di salute dei richiedenti asilo nell'ex Azienda ULSS 9 di Treviso

La raccolta dei dati appartenenti all'ex Azienda Ulss 9 è stata effettuata partendo dalle informazioni del Dipartimento di Prevenzione che è la struttura che più è implicata nella gestione dell'emergenza profughi. Attraverso i database dei software utilizzati per registrare quanto avviene in Azienda o nei software utilizzati per i flussi comunicativi verso la Regione o l'Istituto Superiore di Sanità si è cercato di descrivere lo stato di salute di questa popolazione. Vediamo ora in dettaglio a quali software ci si è riferiti.

- Pacchetto Microsoft Office: il personale incaricato raccoglie informazioni circa lo stato di salute dei richiedenti asilo registrando i dati ottenuti durante le visite mediche dei nuovi arrivi tramite dei format predefiniti. Vengono inoltre raccolti dati circa le presenze di profughi, il numero di visite effettuate dal SISP, il numero di visite specialistiche effettuate, i test Mantoux³¹ effettuati e altre prestazioni offerte. In Excel sono registrati anche i dati inerenti le richieste delle tessere STP.
- SIMIWEB: è un programma di archiviazione dei dati inerenti le notifiche delle malattie infettive: vengono raccolti in maniera sistematica le segnalazioni e le notifiche del territorio di riferimento. Il flusso informativo, gestito dalle Ulss viene inviato alla Direzione Regionale per la Prevenzione della Regione Veneto e all'Istituto Superiore di Sanità. Attraverso un'analisi dei dati presenti nell'applicativo è possibile verificare quali malattie infettive siano state diagnosticate tra i richiedenti asilo.
- ONVAC software della Regione Veneto per la gestione delle vaccinazioni. Al suo interno sono registrati i dati vaccinali degli ambulatori veneti.

In Ulss questi dati vengono raccolti ma raramente vengono sistematizzati ed elaborati al fine di produrre statistiche che permettano di conoscere il fenomeno. Anche i dati che mensilmente vengono richiesti dalla Regione Veneto per monitorare il fenomeno spesso non sono analizzati per delineare trend temporali. Per questo motivo la presente ricerca si è concentrata sull'elaborazione statistica di tali dati.

³¹ L'intradermoreazione secondo Mantoux è una prova di screening che serve per verificare la presenza in un individuo di un'infezione, anche latente, da Mycobacterium Tuberculosis.

3.2.2 Il questionario e la ricerca bibliografica dei problemi di salute dei richiedenti asilo

Per poter strutturare un questionario adeguato alle finalità del presente lavoro è stato necessario analizzare la letteratura esistente rispetto ai bisogni di salute dei richiedenti asilo arrivati in Italia durante l'emergenza profughi. Per approfondire questo tema, in parte già affrontato con la ricerca evidence based descritta nel capitolo 2, è stata impostata una strategia di ricerca orientata a indagini epidemiologiche recenti. Il fenomeno è talmente attuale che è più probabile che sia oggetto di articoli di riviste specializzate o di monografie pubblicate da enti che si occupano del fenomeno piuttosto che di revisioni sistematiche. Per questo motivo la ricerca sui bisogni di salute è stata svolta con il motore di ricerca Google nel mese di gennaio 2017.

Le parole chiave utilizzate sono state "asylum seekers" o "Refugees" e "health needs" "infection" o "mental health" o "traumatic stress disorder". Per ogni stringa sono stati analizzati i primi 50 risultati per un totale di 400 link esaminati. Da questa lista sono stati eliminati i contenuti non pertinenti o scritti in lingue che non fossero italiano, inglese, spagnolo e francese. Attraverso l'analisi di questo materiale si è arrivati a comprendere i problemi principali di salute di questa popolazione.

I richiedenti asilo godono generalmente dell'effetto migrante sano³²: esiste un'autoselezione all'origine in base a cui decidono di emigrare solo i soggetti che godono di buone condizioni di salute.

I migranti appena arrivati in Italia tendono a soffrire principalmente a causa delle condizioni di viaggio: ingiurie accidentali, ipotermia, bruciature. A questi problemi si aggiungono malattie gastrointestinali, problemi cardiocircolatori e gravidanza³³ (vedi immagine 6). La maggior parte degli interventi diagnostico terapeutici riguardano gli apparati respiratori, digerente/gastrointestinale, osteo/muscolare, tegumentario, genito-urinario, osteo/ginecologico (Geraci 2005).

Ma i problemi di salute diffusi tra i richiedenti asilo non riguardano solo il fisico: sono in forte aumento le segnalazioni di casi di disagio mentale tra i migranti arrivati da tempo in Italia e negli altri Paesi accoglienti. La vulnerabilità a livello di salute mentale si manifesta per lo più durante il periodo di accoglienza. I migranti possono essere portatori di disagio mentale o vittime di violenza e torture (Caldarozzi 2010) (Medici Senza Frontiere 2016) (Mazzetti, Aragona, Monti 2016).

³² <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/migranti.asp> Ultimo accesso 25 febbraio 2017.

³³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115> Ultimo accesso 25 febbraio 2017.

Immagine 6: La salute dei migranti



Fonte: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/293150/HLM-Refugee-Rome-Migration-Health-Infograph-en.pdf Ultimo accesso 25 febbraio 2017.

In base a queste indicazioni ci si è orientati a costruire un questionario che potesse rilevare bisogni di salute dovuti sia ad aspetti fisici che psicologici. La letteratura esaminata ha permesso di rilevare anche che tra le barriere per la fruibilità dei servizi socio sanitari da parte dei richiedenti asilo vi sono cause di tipo linguistico, comunicativo, interpretativo e comportamentale (Geraci 2011). Per questo si è deciso di non costruire un questionario ad hoc, ma di utilizzare uno strumento già validato per confrontarsi con culture e idiomi differenti. La scelta si è orientata verso strumenti caratterizzati da misure che permettessero di descrivere e di valutare lo stato di salute del paziente attraverso la sua stessa percezione della propria condizione di salute: Patient Reported Outcomes (PRO). I PRO corrispondono a criteri di massima standardizzazione, poiché utilizzano questionari a risposta chiusa, e vengono sviluppati in versioni equivalenti in varie lingue e per diverse culture (Niero 2008: 19). L'utilizzo di uno strumento che rileva la salute autopercepita permette di rilevare la multidimensionalità e la relatività del concetto di salute: anche l'OMS, nella Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute nel 21° Secolo³⁴ del 1997 raccomanda l'utilizzo della percezione di tale misura (De Piccoli 2014:43).

³⁴ [http://www.apaitaliana.it/files/1486_021\[1\].pdf](http://www.apaitaliana.it/files/1486_021[1].pdf) ultimo accesso 25 febbraio 2017.

La scelta è caduta sul questionario SF-12³⁵ che deriva dal questionario Short-Form 36 items Health Survey (SF-36) e che valuta la qualità della vita correlata alla salute. Accreditato in più lingue, descrive la salute di un gruppo di persone utilizzando alcune scale del SF-36: due domande per attività fisica [PF], ruolo e salute fisica [RP], ruolo e stato emotivo [RE], salute mentale [MH]; una domanda per dolore fisico [BP], salute generale [GH], vitalità [VT] e attività sociali [SF]. Dalla combinazione delle 12 domande estratte dall'SF-12 si ricavano due indici sintetici PCS e MCS. Il primo riflette concetti relativi a morbosità fisiche mentre il secondo riflette morbosità ed eziologie psicologiche e mentali. Livelli bassi e alti di tali indici (tabella 8) riflettono una combinazione di attività e benessere, il grado di disabilità a livello sociale e personale e una valutazione personale della salute generale. Per l'analisi dei dati si è previsto l'utilizzo del programma SPSS (Statistical Package for Social Science) e di seguire le istruzioni per la costruzione degli indici presenti sul sito internet dell'Istituto Mario Negri

Tabella 8: Descrizione valori molto alti e molto bassi degli indici PCS e MCS

Indice sintetico	Molto basso	Molto alto
PCS	Sostanziali limitazioni nella cura di sé e nelle attività fisiche, sociali e personali; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente.	Nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale; elevata vitalità; la salute è giudicata eccellente.
MCS	Frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente.	Frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi; la salute è giudicata eccellente.

Fonte: Apolone, Mosconi, Quattrococchi, Gianicolo, Groth, Ware 2005: 14.

Per conoscere l'opinione dei richiedenti asilo si è pensato di distribuire l'SF-12 a coloro che sono ospitati nella struttura ricettiva più grande del territorio dell'ex Ulss 9. Non esistono dati certi, ma si stima che in tale complesso di edifici, si tratta di un'ex Caserma, vi abitino circa 800 migranti. La decisione di scegliere questo centro piuttosto che somministrare il questionario ai richiedenti ospitati nei centri più piccoli (una decina di ospiti in media) è stata dettata dalla necessità di poter raggiungere un numero ampio di soggetti perché tra di essi molti utilizzano solo lingue e dialetti locali e non parlano lingue veicolari. Alcuni non sono in grado di leggere e scrivere. Tutte queste barriere rischiano di

³⁵ Per maggiori informazioni: <http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf> Ultimo accesso 25 gennaio 2017.

creare dei bias di selezione: su una popolazione di 800 persone si è ipotizzato di raggiungere un numero congruo di soggetti per valutare lo stato di salute generale. Per favorire l'adesione di un numero maggiore di persone sono state ricercate le versioni validate dell'SF-12 in italiano³⁶, inglese³⁷, francese³⁸, spagnolo³⁹ e arabo⁴⁰ (Allegato 4)

In caso di rifiuto è previsto un tentativo di persuasione del soggetto basato sul concetto che il questionario è essenziale per ottenere un quadro completo della salute e che, oltre ad essere probabilmente diverso da quelli compilati in precedenza, potrebbe trovarlo perfino interessante.

Per poter rapportarsi con i migranti, essendo sotto tutela legale del Prefetto, si è chiesto il permesso al Prefetto di Treviso, Dott.ssa Laura Lega, di poter somministrare il questionario.

3.3 STRUMENTI QUALITATIVI

3.3.1 Le interviste

L'intervista qualitativa è un processo di comunicazione interpersonale inserito in un contesto sociale, culturale, ambientale e storico. Si tratta di una conversazione provocata e guidata da un intervistatore orientata alla conoscenza di un determinato fenomeno. Più la conduzione riesce a rendere l'intervista simile a una conversazione naturale, maggiore è la facilità con cui un intervistato manifesta le sue convinzioni andando oltre la superficie delle sue credenze e non sostenendo solo ciò che lui vuol far credere o che ritiene desiderabile sostenere (Marrandi 2005).

La scelta dei soggetti da intervistare, nelle ricerche qualitative, avviene in base al piano di rilevazione che ha finalità di tipo conoscitivo e viene costruito dal ricercatore. L'intervistato è il vero esperto perché l'obiettivo conoscitivo è incentrato sui casi. In base agli obiettivi del seguente lavoro quindi si è deciso di coinvolgere, attraverso interviste in profondità, i richiedenti asilo e gli operatori sanitari e sociali dell'ex azienda Ulss 9 che si riteneva lavorassero in Servizi deputati a garantire il diritto alla salute dei richiedenti asilo. Per approfondire ulteriormente il tema si è voluto intervistare anche il direttore sanitario di uno dei

³⁶ <http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf> Ultimo accesso 25 gennaio 2017.

³⁷ <http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf> Ultimo accesso 25 gennaio 2017.

³⁸ http://www.snfc.org/rc/org/snfc/htm/Article/2011/20111115-180951-575/src/htm_fullText/fr/SF12.pdf Ultimo accesso 25 gennaio 2017.

³⁹ http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12_CUESTIONARIO.pdf Ultimo accesso 25 gennaio 2017.

⁴⁰ http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/52-09.pdf Ultimo accesso 25 gennaio 2017.

maggiori centri di accoglienza del territorio vista il numero di soggetti seguiti nell'ambulatorio da lui diretto.

Sono state intervistate per il presente lavoro 17 persone:

- 9 richiedenti asilo, 8 uomini e una donna;
- 3 operatori sanitari, due medici e un assistente sanitario, del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, che è il Servizio più coinvolto nell'emergenza profughi;
- 1 educatore dei Servizi Territoriali;
- 1 assistente sociale del Dipartimento di Salute Mentale;
- 1 tecnico radiologo;
- 1 ostetrica;
- 1 direttore sanitario di una struttura di accoglienza per richiedenti asilo.

Lo schema di interrogazione di un'intervista qualitativa è caratterizzato dalla non standardizzazione e dalla flessibilità infatti per affrontare il tema del diritto alla salute dei richiedenti asilo sono state effettuate due tipi di interviste:

1. non strutturate per gli operatori che si interfacciano con i richiedenti asilo, cioè interviste in cui il contenuto delle domande non è prestabilito. Durante la conversazione l'intervistatore deve introdurre tutti i temi che ritiene opportuno che l'intervistato approfondisca esplicitando il suo punto di vista. Si parte da domande generali come "In base alla sua esperienza, quali ritiene essere i bisogni di salute dei richiedenti asilo?". A seconda di come si sviluppa la conversazione, a ciò che viene detto dall'intervistato, l'intervistatore decide se approfondire alcuni elementi per ottenere informazioni molto approfondite. Attraverso queste interviste si voleva ottenere informazioni rispetto a bisogni di salute riscontrati, organizzazione dei servizi e necessità degli operatori.
2. semistrutturate per i richiedenti asilo, cioè interviste con una traccia degli argomenti da toccare nel corso dell'intervista, ma che permette all'intervistatore di scegliere liberamente la formulazione delle domande. Per la formulazione del canovaccio (allegato 5) ci si è riferiti a delle domande predisposte dall'Ufficio Europeo della World Health Organization (WHO 2016: 40). L'inclusione dei migranti nella valutazione è un modo utile per capire la loro salute, i fabbisogni e i rischi. Conoscere il punto di vista dei migranti consente di mettere in pratica i diritti umani soprattutto in termini di diritto di partecipare alla salute.

Tra i migranti potevano essere coinvolti, a causa di limiti di conoscenza delle lingue del ricercatore, solo soggetti capaci di esprimersi in uno dei seguenti idiomi: italiano, inglese, francese e spagnolo.

In entrambi i casi, durante le interviste, l'intervistatore, quando necessario,

aveva il compito di stimolare la conversazione o di arginare le divagazioni eccessive. Le interviste degli operatori si sono svolte per lo più attraverso un contatto faccia a faccia negli uffici anche se due sono state effettuate telefonicamente. I richiedenti asilo, non avendo il permesso per entrare nelle strutture di accoglienza, sono stati avvicinati per strada (davanti ai centri commerciali o nei luoghi dove si ritrovano quotidianamente come piazze e parcheggi di un supermercato). Non tutti hanno accettato di essere registrati: in quel caso il ricercatore ha deciso di includere lo stesso quei soggetti e trascrivere con carta e penna i punti salienti della conversazione. L'elaborazione dei dati è stata effettuata attraverso l'approccio etnografico e l'analisi dei contenuti.

3.3.2 I focus group

Quando un ricercatore intende indagare in profondità un argomento può decidere di utilizzare il focus group, una tecnica qualitativa che si basa sulle informazioni che vengono rilevate attraverso una discussione di gruppo su un tema o un argomento. Grazie a questo approccio è possibile approfondire motivazioni e comportamenti perché rileva opinioni, atteggiamenti e comportamenti della collettività. È uno dei metodi privilegiati per ricerche sul campo o interne ad organizzazioni come le aziende sanitarie. Attraverso la discussione di gruppo non si vuole ottenere il consenso dei partecipanti, ma far emergere le opinioni di tutti grazie al processo di interazione e confronto tra persone. La discussione è moderata e condotta da un facilitatore che, se necessario, oltre a porre domande per iniziare la discussione, formula quesiti anche per stimolare la discussione. Il facilitatore spesso è affiancato da un osservatore che deve prendere nota di quanto succede e valutare insieme al conduttore il focus group. I partecipanti vengono scelti in base allo scopo della ricerca: devono avere caratteristiche tali da poter rispondere fornendo informazione sull'argomento prestabilito.

Sono quattro le fasi per realizzare una ricerca attraverso i focus group:

1. Pianificazione

- Definizione dello scopo della ricerca: ottenere informazioni qualitative sulle condizioni di salute dei richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex azienda Ulss 9 e conoscere le esigenze di degli operatori dei centri di accoglienza a tal riguardo.
- Definire il tempo necessario per la ricerca: la realizzazione dei focus group è stata fissata per settembre e ottobre 2016. Le date e gli orari sono state concordate con i partecipanti
- Definire il piano di reclutamento dei partecipanti: si è deciso di reclutare gli operatori di 5 delle 16 strutture di accoglienza presenti

nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9. La scelta è ricaduta su di esse per poter includere nello studio esperienze differenti per numero di ospiti (dimensioni grandi, medie e piccole), localizzazione (zona urbana o periferica), caratteristiche degli operatori (età, genere, esperienza nel settore, professione) e presenza o meno di un operatore sanitario. Ad ogni partecipante è stato richiesto di compilare una scheda dati (allegato 6)

- Definire le caratteristiche del facilitatore e dell'osservatore: non è stato possibile effettuare una scelta sulle sue caratteristiche perché, a causa della scarsità di risorse, egli coincide col ricercatore stesso. Lo stile di conduzione scelto è quello della saggezza in cui il facilitatore considera i partecipanti come dispensatori di saggezza che possono fornirgli informazioni. A priori si è deciso di creare una guida del facilitatore (allegato 7). In tal modo si è cercato di favorire anche la raccolta di dati confrontabili tra i diversi focus group. Al conduttore si è affiancato un osservatore, un altro operatore sanitario, per supportare il facilitatore.
- Definire i temi di discussione e le domande da sottoporre ai partecipanti: è stata creata una guida del facilitatore (Allegato 6) in modo da favorire la conduzione del gruppo, permettere la raccolta di tutte le informazioni ed evitare che il ricercatore dimenticasse qualcosa. In essa sono state inserite le domande da porre ai partecipanti ed eventuali indizi da utilizzare come spunto di discussione. Le domande alla base del focus group sono state:
 - a) In base alla vostra esperienza quotidiana, come stanno i richiedenti asilo che seguite in questa struttura da un punto di vista fisico e psichico?
 - b) Pensando ai loro stili di vita quali alcool, fumo, alimentazione e attività fisica su quale pensi che si debba maggiormente lavorare e perché?
 - c) Che cosa ritieni debba fare l'Ulss (Servizi Sanitari e Servizi Sociali) per soddisfare i bisogni di salute dei migranti?

All'interno della guida del facilitatore sono state anche descritte le caratteristiche che deve avere l'ambiente per lo svolgimento del focus group e la sua logistica: come le caratteristiche della stanza, materiali necessari, l'accoglienza dei partecipanti, il posizionamento delle sedie e la localizzazione del registratore. Dopo questo preambolo è riportata l'introduzione da decantare a inizio incontro: sono previsti i saluti ai partecipanti, la presentazione del conduttore e dell'osservatore, la presentazione degli obiettivi, la descrizione del

metodo dei focus group, la presentazione e la compilazione della modulistica richiesta e la presentazione dei partecipanti. L'ultima parte della guida è incentrata sulle conclusioni e sui ringraziamenti. In fondo il facilitatore e l'osservatore possono riportare eventuali note.

- Definire ambiente e logistica: i focus group sono stati svolti nelle sedi disegnate dai gestori delle strutture di accoglienza. In tutte è stato possibile ricreare un cerchio di sedie al cui centro è stato posto un registratore.
- Definire il piano di analisi dei dati: Nella fase di pianificazione si è deciso di utilizzare per questo lavoro un'analisi che permettesse di utilizzare gli aspetti più significativi dando importanza al punto di vista dei partecipanti e fornendo una descrizione il più possibile accurata di ciò che è stato detto, anche utilizzando citazioni della discussione.

2. Reclutamento

I partecipanti sono stati reclutati dai responsabili delle strutture di accoglienza che, dopo un contatto telefonico con il ricercatore, hanno richiesto ai lavoratori dei centri di partecipare in orario di servizio all'incontro. In base alle indicazioni ricevute dai responsabili non è stato necessario predisporre un invito formale per gli operatori.

3. Discussione di gruppo

I focus group si sono regolarmente svolti seguendo le indicazioni della guida del facilitatore. Ai cinque incontri hanno partecipato 23 operatori. I dati raccolti grazie alla scheda dati descritta in precedenza sono stati rielaborati grazie all'ausilio del programma SPSS. La maggior parte dei partecipanti, il 69,6%, sono donne (16 contro 7 uomini) e hanno un'età inferiore ai 28 anni (52,2%). In media i rispondenti hanno 32 anni: il più piccolo ha 25 anni mentre il maggiore 52. Il 47,8% dei soggetti coinvolti lavora in quest'ambito da meno di 6 mesi e solo il 10% ha lavorato in più strutture. Il livello di istruzione degli operatori è elevato: il 13% è diplomato e l'87% è laureato. Il 67% possiede una laurea specialistica o magistrale o vecchio ordinamento. Le figure professionali che hanno partecipato agli incontri sono varie: psicologi (34,8%), educatori (30,4%), mediatori linguistici e/o culturali (17,4%), coordinatori di struttura (8,7%) e operatori sanitari (4,3%). Uno si è definito come "operatore di struttura" (4,3%). Durante tutto l'elaborato non verrà mai indicato il nome o la localizzazione delle diverse strutture in modo da non renderle riconoscibili poiché è stato garantito l'anonimato ai partecipanti. In tabella 9 sono riportate le caratteristiche di ciascun

centro e degli operatori che hanno collaborato ai focus group.

Tabella 9: Caratteristiche delle strutture e dei rispettivi operatori che hanno partecipato ai focus group

	Struttura 1	Struttura 2	Struttura 3	Struttura 4	Struttura 5
Dimensioni centro	Piccole	Medio-piccole	Medio-piccole	Grandi	Grandi
Genere degli ospiti	Maschile	Maschile	Maschile	Maschile	Maschile e femminile
Gruppi etnici prevalenti	Nigeria Gambia Pakistan	Nigeria, Mali, Afghanistan	Nigeria, Guinea, Senegal	Nigeria, Guinea, Costa d'Avorio	Nigeria, Mali, Gambia
Localizzazione centro	Periferia	Zona urbana	Periferia	Zona urbana	Periferia
Qualifica operatori	Coordinatore di struttura, educatore	Operatore di struttura, Operatore sanitario, educatori	Mediatori linguistici e/o culturali	Coordinatore di struttura, Mediatori linguistici e/o culturali, Psicologi	Psicologi
Età media operatori	42	35	28	32	29

4. Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati si è utilizzata l'analisi dei contenuti: dopo la trascrizione dei focus group si è effettuata una prima codifica dei dati, rivista in un secondo momento al fine di organizzare i dati in categorie. Per la categorizzazione si è usata la long table analysis (Krueger, Casey 2000) che, attraverso i testi degli incontri permette di identificare i temi e categorizzare i risultati. Il procedimento richiede un basso livello di tecnologia: sono necessari due copie per ciascuna trascrizione dei focus group, forbici, gomma adesiva rimovibile, cartelloni, pennarelli, fotocopiatrice. Ogni concetto viene ritagliato in una stringa e incollato nei cartelloni a disposizione in base all'argomento trattato. Questo il modo di procedere:

- il soggetto ha risposto alla domanda che gli è stata posta?
 - Se sì, si passa al punto 3.
 - Se si è incerti, si pone la stringa a parte e la si rianalizza in un secondo momento.
 - Se no, si passa al punto 2.
- il soggetto ha risposto a un'altra domanda nel focus?
 - Se sì, si incolla la stringa sul cartellone corrispondente.
 - Se no, si passa al punto 3.
- il soggetto ha detto qualcosa di importante riguardo l'argomento della ricerca?
 - Se sì, si incolla la stringa sul cartellone corrispondente.
 - Se si tratta di una categoria non prevista a priori, si crea un cartellone ad hoc.
 - Se no, la stringa viene messa da parte.
- la stringa è uguale a qualche concetto già espresso?
 - Se sì, si incolla la stringa vicina a quelle con lo stesso contenuto in modo da raggruppare tutte le frasi simili.
 - Se no, si incolla la stringa nel cartellone della categoria ma in modo che anche graficamente non sia assimilabile alle altre frasi del cartellone.

Costantemente è necessario chiedersi se le stringhe sono simili o differenti dalle altre: i cartelloni vengono riempiti delle affermazioni dei partecipanti. Una volta terminata questa parte dell'analisi si comincia la descrizione accurata e logica di quanto prodotto in modo da riportare implicazioni e conclusioni. Per questo motivo oltre a riassumere quanto emerso, sono state citate testualmente termini, espressioni o frasi significative pronunciate nel corso della discussione, a sostegno di quanto espresso dai partecipanti.

3.4 CRITICITÀ DELLA RICERCA

Le informazioni che si dovevano rilevare con il questionario SF-12 non si sono potute rilevare per la mancanza di risposta da parte del Prefetto di Treviso: la prima richiesta per la somministrazione di un questionario è stata inoltrata nel luglio 2016 dal SISP dell'Azienda Ulss 9 e, nonostante le sollecitazioni dei Dirigenti medici del Servizio agli uffici competenti per verificare a che punto fosse l'iter di approvazione, non è mai giunta una risposta ufficiale alla richiesta. All'inizio del 2017 si è interessato alla questione il Sindaco del Comune in cui è situata la struttura di alloggio per richiedenti asilo con il numero maggiore di ospiti della provincia: ha richiesto che ci fosse data l'opportunità di somministrare il questionario perché era anche nell'interesse del Comune approfondire questa tematica. La struttura ha infatti caratteristiche simili a quella di Cona (PD) dove è scoppiata la rivolta che è stata protagonista dei telegiornali e dei giornali nazionali a gennaio 2017⁴¹. Nessuna risposta positiva è arrivata in tempo utile al completamento della tesi e pertanto nessuna informazione aggiuntiva si è potuta rilevare, privando questa tesi di un ulteriore arricchimento informativo riguardante la salute percepita dal migrante. Durante la progettazione della ricerca, consapevoli delle difficoltà ad ottenere permessi ufficiali per coinvolgere i richiedenti asilo la cui tutela legale è in capo al Prefetto, si è considerata l'esistenza di una preconditione esterna che avrebbe potuto condizionare l'esito del lavoro. Per questo, per supplire ad un eventuale diniego al coinvolgimento diretto ed ufficiale dei richiedenti asilo sono stati considerati anche attività e/o risultati per colmare le lacune informative, con strategie sostitutive percorribili e che hanno consentito di arrivare allo scopo prefissato. Tra questi rientrano dati di servizio, studi ad hoc condotti in altre realtà locali simili a quella in esame, indagini epidemiologiche, relazioni di servizio e dati raccolti dai singoli operatori sanitari che si occupano di migranti.

⁴¹ Per maggiori informazioni:

- <http://nuovavenezia.gelocal.it/veneziana/cronaca/2017/01/02/news/ragazza-cade-in-doccia-i-soccorsi-arrivano-dopo-6-ore-lei-muore-1.14650635?ref=hfnvveel-1> Ultimo accesso 22 marzo 2017;
- http://www.repubblica.it/cronaca/2017/01/03/news/migranti_rivolta_in_cpa_a_cona_25_operatori_tenuti_bloccati_nella_struttura-155310307/ Ultimo accesso 10 marzo 2017;
- <http://www.lastampa.it/2017/01/03/italia/cronache/rivolta-nel-centro-accoglienza-di-cona-veneziana-operatori-trattenuti-e-poi-liberati-c6cbHVHrPenHgaSjZAEjmN/pagina.html> Ultimo accesso 10 marzo 2017;
- <http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Migranti-rivolta-nel-centro-di-Cona-ancora-polemiche-Viminale-trasferisce-100-ospiti-in-Emilia-1cbd964f-7a45-4ccc-a8d6-071177f2f8c2.html> Ultimo accesso 10 marzo 2017.

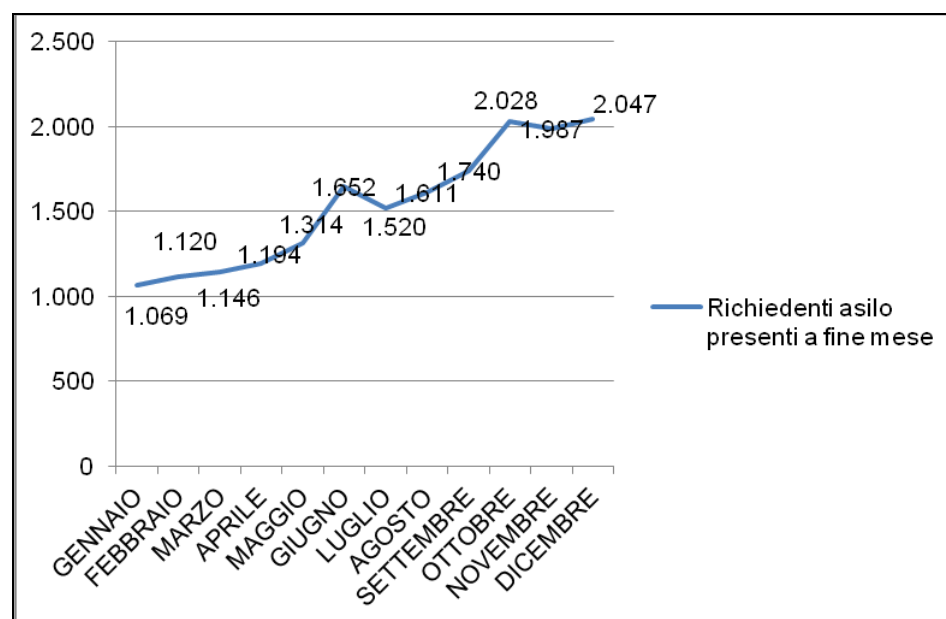
4 RISULTATI

4.1 LA SALUTE DEI RICHIEDENTI ASILO NELL'EX AZIENDA ULSS 9

La Regione Veneto, con protocollo 218483 "Nuove disposizioni dell'afflusso di profughi dal Nord Africa" del 25 maggio 2015 ha richiesto alle Aziende Ulss di inviare mensilmente una breve relazione per garantire il monitoraggio della situazione. I dati che vengono raccolti si riferiscono al numero di profughi presenti sul territorio e alle prestazioni fornite dai SISP.

Dal 2015 si sta assistendo ad una crescita costante del numero di richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso: nel 2015 ad aprile si segnalavano 202 presenze e ad ottobre 960. Nel corso del 2016 il numero di richiedenti asilo è ulteriormente raddoppiato tra gennaio e dicembre (tabella 10): si è passati dalle 1.069 presenze di profughi al 31 gennaio a 2.047 al 31 dicembre dello stesso anno.

Grafico 5: Richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso nel 2016



Fonte: Analisi dati ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

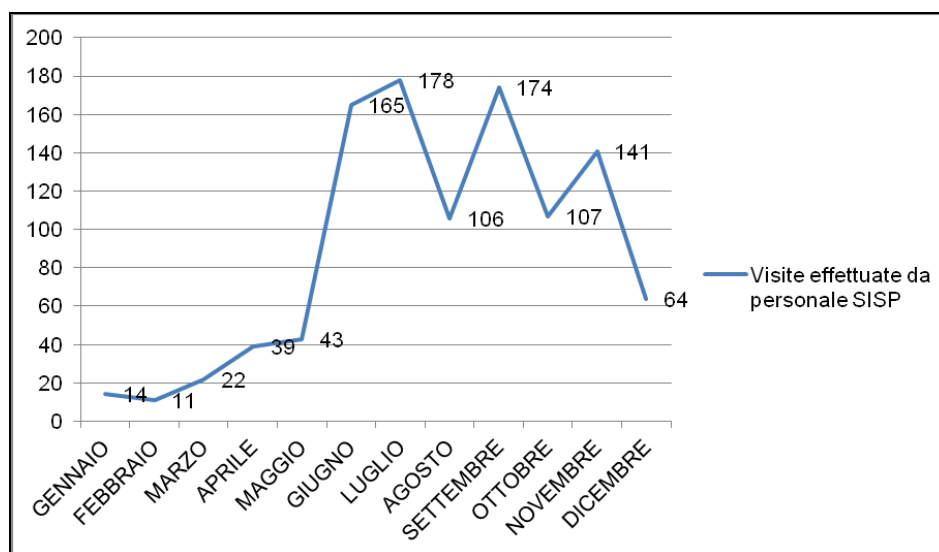
I mesi con più presenze sono ottobre, dicembre e novembre. Questo dato non rappresenta i nuovi arrivi, ma il numero di migranti presenti nelle strutture di accoglienza: vi rientrano sia i richiedenti asilo appena arrivati in Italia sia tutti i

soggetti che sono ospitati dal sistema accoglienza in attesa della decisione della commissione o del termine del ricorso per il riconoscimento di protezione internazionale. La presenza media mensile risulta essere di 1.536 persone.

I minorenni rappresentano, a seconda del mese, il 2 o il 3% delle presenze. Agosto e settembre e ottobre sono i mesi in cui si è registrata la maggior presenza di persone sotto i diciotto anni (rispettivamente 48, 47 e 47 soggetti). In media ogni mese le presenze di minorenni sono state 34.

Il Servizio SISP ha effettuato 1.064 visite nel corso del 2016. I mesi in cui sono effettuate più visite sono quelli estivi e autunnali mentre nei mesi più freddi diminuisce il numero di accessi. Il trend descritto è legato alla stagionalità dei flussi migratori: i mesi caldi sono quelli in cui aumentano gli sbarchi e di conseguenza si ha anche un numero maggiore di prime visite.

Grafico 6: Visite effettuate ai richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 da personale SISP nel 2016



Fonte: Analisi dati ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

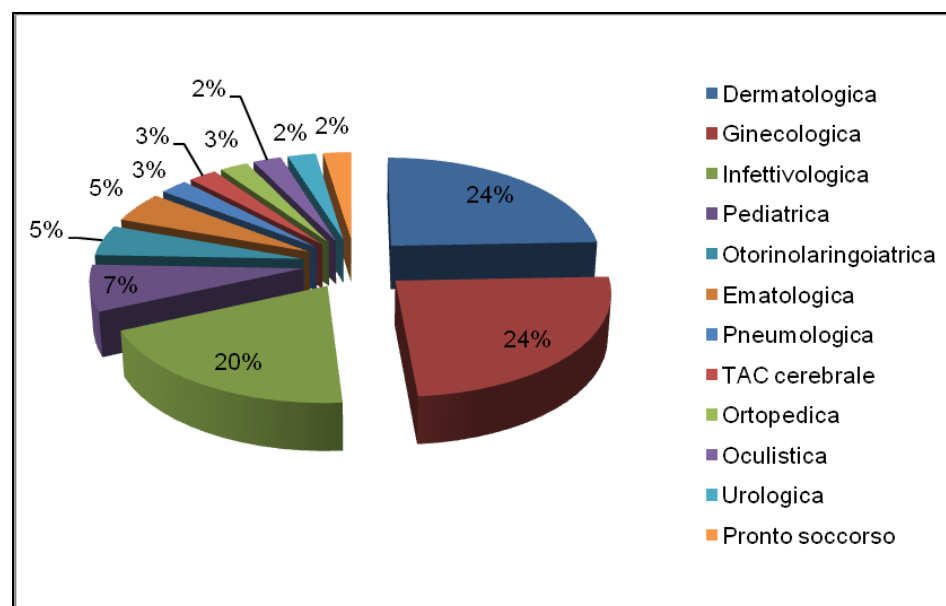
Come indicato dal "Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso di immigrati" del 2 ottobre 2014, durante le visite gestite dal SISP vengono effettuate le seguenti attività:

- prima visita all'arrivo dei richiedenti asilo. Questa visita medica è finalizzata alla prevenzione della diffusione delle malattie infettive (tubercolosi e scabbia) e alla profilassi immunitaria;
- screening per la tubercolosi (va effettuato se è previsto che il richiedente asilo rimanga nel territorio regionale);
- vaccinazioni.

Il SISP inoltre gestisce l'ambulatorio per gli stranieri temporaneamente presenti che funziona come un ambulatorio di medicina. I richiedenti asilo si rivolgono a

questo ambulatorio fintanto che non effettuano l'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale. Le tessere STP rilasciate dal SISP nel 2014 sono state 47 (di cui 17 per i richiedenti asilo) mentre nel 2016 108. Non sono disponibili dati sul 2015. Le informazioni che vengono raccolte durante queste visite permettono di descrivere le condizioni di salute dei richiedenti asilo. Se si considera che i medici SISP hanno prescritto in tutto l'anno solo 41 visite specialistiche (grafico 7) è già possibile sostenere che i migranti godono di buona salute. Tra queste in 10 casi si trattava di visite ginecologiche: nonostante le presenze femminili siano esigue tra i richiedenti asilo, ci sono molti casi di gravidanza. La visita quindi non è dovuta ad un problema di salute, ad una malattia, ma ad una condizione fisiologica: circa il 24% delle visite specialistiche quindi non sono dovute a patologia confermando nuovamente il concetto di migrante sano.

Grafico 7: Visite specialistiche effettuate per i richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 nel 2016



Fonte: Analisi dati ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

Anche le visite dermatologiche effettuate sono 10 mentre quelle infettivologiche sono risultate essere 8. In base a questo dato sembra emergere che i problemi di salute maggiori siano dovuti all'apparato tegumentario e a malattie infettive. Solo un soggetto nel corso del 2016 è stato inviato dal SISP al pronto soccorso. Non è stato possibile individuare la causa di tale scelta, ma, in base alle indicazioni regionali, "per prestazioni urgenti o non differibili i profughi possono rivolgersi ai servizi di pronto soccorso ospedalieri"⁴².

⁴² Regione Veneto. Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso di immigrati. 2 ottobre 2014. Disponibile a: <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/malattie-infettive-popolazione>. Ultimo accesso 8 marzo 2017.

Anche i dati registrati in SIMIWEB indicano che i richiedenti asilo godono dell'effetto migrante sano. Dal 2014 al 2016 sono state notificate tra soggetti appartenenti a questa categoria di migranti 108 malattie infettive (tabella 10). Il trend temporale indica un aumento di questo tipo di patologie, ma per leggere correttamente questo dato bisogna considerare che sono più che raddoppiate le presenze dei richiedenti asilo nel territorio oggetto di questo lavoro.

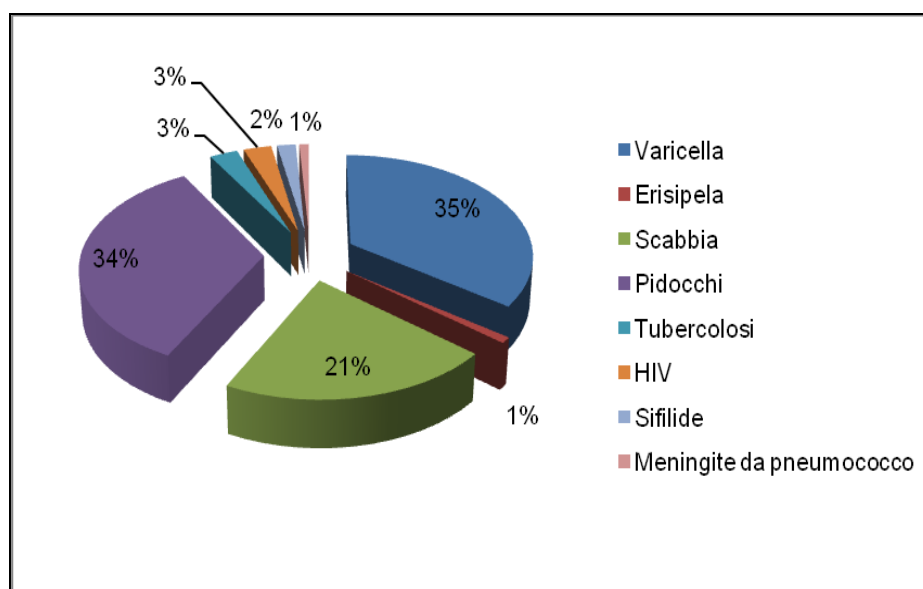
Tabella 10: Malattie infettive dei richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 notificate attraverso SIMIWEB.

Malattie infettive	2014	2015	2016	Totale
Varicella	0	5	33	38
Erisipela	0	0	1	1
Scabbia	0	2	21	23
Pediculosi	0	22	15	37
Tubercolosi	0	0	3	3
HIV	0	0	3	3
Sifilide	0	0	2	2
Meningite da pneumococco	0	1	0	1
Totale	0	30	78	108

Fonte: Analisi dati ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

Le malattie più diffuse sono varicella (35%), pediculosi (34%) e scabbia (21%) (grafico 8).

Grafico 8: Malattie infettive dei richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 notificate attraverso SIMIWEB tra il 2014 e il 2016



Fonte: Analisi dati ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

La diffusione della varicella tra i migranti è dovuta all'epidemiologia di questa malattia: nei paesi con clima tropicale, gli studi sierologici mostrano una maggiore sensibilità tra gli adulti e questo è dovuto al fatto che in questi stati l'infezione colpisce soggetti con una età media maggiore rispetto a quella dei paesi temperati (Seward, Jumaan 2007). Su 33 casi di varicella registrati nel 2016, due sono dovuti ricorrere a cure ospedaliere a causa di complicanze.

Si ritiene che siano sottotificati i casi di scabbia e di pidocchi perché molto spesso questi problemi sanitari vengono gestiti all'interno dei centri di accoglienza dagli operatori che seguono i richiedenti asilo e quindi non sempre viene inviata la segnalazione all'Ulss. Il trattamento contro la scabbia, ad esempio, viene consegnato in assenza di una diagnosi se vi sono evidenti segni clinici e quindi il sospetto di malattia è molto forte. La farmacia dell'Azienda Ulss 9 ha fornito 400 confezioni di Permetrina al 5%, prodotto galenico per trattare la scabbia, al Dipartimento di Prevenzione che a sua volta le ha distribuite alle strutture di accoglienza quando ritenuto necessario. Il numero di confezioni consegnate fa supporre che siano state ben più di 21 i soggetti con la scabbia.

Non sono molte le tubercolosi attive riscontrate tra gli ospiti del sistema di accoglienza: 2 dei 3 casi in realtà erano già stati diagnosticati e messi in trattamento antitubercolare ancora prima di giungere nel territorio trevigiano. Nel 2016 sono stati effettuati 1.181 test Mantoux e a 94 persone è stata data la profilassi antitubercolare. Circa il 50% dei migranti risulta positivo al test Mantoux, ma la chemioprofilassi viene proposta solo se il richiedente asilo viene ospitato in strutture disponibili a collaborare alla gestione del trattamento per evitare l'interruzione dello stesso e la conseguente possibile comparsa di farmacoresistenze. Infatti un prerequisito necessario per il trattamento della TB è che il soggetto abbia una vita stabile e condizioni abitative adeguate (NICE 2016). L'RX torace è stato richiesto nel 2016 per 268 persone.

Non vengono svolti screening per le malattie a trasmissione sessuale, ma nel 2016 sono stati accertati 3 casi di HIV e sono state notificate 2 sifilidi conclamate. Esami ematici per HIV, e marcatori delle epatiti sono stati eseguiti su 55 richiedenti asilo nel 2016. Per lo più si tratta di contatti dei casi diagnosticati durante il loro soggiorno nel territorio dell'Ulss 9.

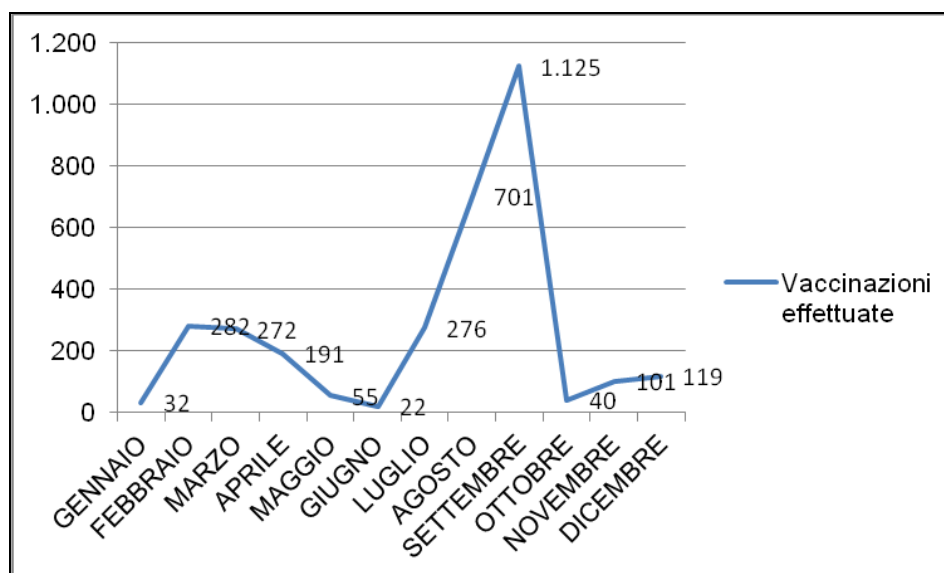
La sindrome Salgari, ovvero la diffusione di *"aspettative fantasiose di trovare persone affette da morbi tropicali senza alcuna esperienza e evidenza scientifica di tale evenienza"*⁴³, è ancor oggi ampiamente diffusa. In realtà le popolazioni migranti che entrano in Europa hanno lo stesso rischio di sviluppare malattie infettive che le altre popolazioni europee. Il rischio che si sviluppino

⁴³ Geraci S. La sindrome Salgari 20 anni dopo. Janus. Medicina: cultura, culture. 2006, 21, primavera. Sanità meticcica, Zadigroma Editore, 21.

epidemie a seguito dell'afflusso dei migranti è estremamente basso anche se è corretto considerare i rischi specifici di certe malattie per garantire diagnosi precoce e azioni preventive (tabella 11). In realtà però a destare più preoccupazione per la salute dei richiedenti asilo sono le condizioni di viaggio sostenute e quelle di vita che possono aumentare il rischio di pidocchi, pulci e ed acari, proprio come riscontrato nei dati dell'Ulss 9. Il sovraffollamento è infatti associato a aumento della trasmissione del morbillo, della varicella e dell'influenza (ECDC 2015).

Il SISP proprio in un'ottica preventiva si occupa, in base alle indicazioni regionali contenute nel "Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso di immigrati" del 2 ottobre 2014, di somministrare le vaccinazioni ai richiedenti asilo. Nel 2016 sono state effettuate 3.216 vaccinazioni. Come visibile nel grafico 9 il picco di lavoro per il Servizio di Sanità Pubblica è stato sostenuto nei mesi estivi-inizio autunno. Nuovamente la differenza tra periodi è legata all'aumento dei nuovi arrivi. La Regione Veneto si raccomanda di eseguire per tutti i soggetti adulti l'anti-poliomielite (P) e l'anti difto-tetano (DT) e di effettuare una dose di Morbillo.Parotite e Rosolia (MPR) ai soggetti non immunizzati o che ne abbiano ricevuto una sola dose.

Grafico 9: Vaccinazioni effettuate dal SISP ai richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9 nel 2016



Fonte: Analisi dati ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

Le vaccinazioni più eseguite sono proprio quelle relative a difterite, tetano e poliomielite, seguite dal Morbillo, parotite e rosolia (tabella 12). Le dosi di varicella, altro vaccino molto utilizzato per immunizzare i profughi, sono state somministrate principalmente ai contatti dei casi di varicella (297 su 315).

Tabella 11: Malattie infettive da considerare a seconda del paese di origine dei migranti

Disease	Indicator	Syria	Afghanistan	Iraq	Eritrea	Somalia
Diphtheria	Cases reported to WHO in 2012, 2013, 2014	0, 0, and NA	0, 0, 0	3, 4, and 5	8, 0 and NA	65, 7 and NA
Typhoid fever	Risk of typhoid	✓	✓	✓	✓	✓
Cholera*	Risk	No recent outbreak	Recurrent outbreaks	On-going outbreak in Baghdad Babylon, Najaf, Qadisiyyah, and Muthanna.	NA	Recurrent outbreaks
Hepatitis A	Risk	High endemicity	NA	High endemicity	High endemicity	High endemicity
Hepatitis E	Risk	NA	NA	High endemicity	NA	High endemicity
Helminthiasis	Risk of soil transmitted helminthiasis (ascaris, whipworm, hookworm)	+	++	+	++	++
	Risk of urinary schistosomiasis	✓	Non-endemic country	✓	✓	✓
Leishmaniasis	Risk of cutaneous leishmaniasis	✓	✓	✓	✓	✓
	Risk of visceral leishmaniasis	✓	✓	✓	✓	✓
Hepatitis B	Prevalence of chronic hepatitis B	Intermediate prevalence: 5.6%	High prevalence: 10.5%	Low prevalence: 1.3%	High prevalence: 15.5%	High prevalence: 12.4%
Hepatitis C	Prevalence	High prevalence: 3.1%	High prevalence: 1.1%	High prevalence: 3.2%	High prevalence: 1%	NA
HIV	Prevalence	Low	NA	Low	Low	Low
Malaria§	Risk of malaria	Malaria-free	Risk of P. vivax >> P. falciparum	Malaria-free	Risk of P. falciparum >> P. vivax	Risk of P. falciparum
Measles	Incidence per 100 000 in 2013 and 2014	1.84 and 2.68	1.41 and 1.75	2.09 and 3.02	0.77 and 0.02	2.17 and 9.12
Polio	Cases reported to WHO in 2012, 2013 and 2014	0, 35 and NA	46, 17, and 28	0, 0, and 2	0, 0, and 0	1, 195 and 5
Tuberculosis	Incidence/100 000	Low: 17	High: 189	Low: 25	High: 40 to 499	High: 285
Antimicrobial resistance	Risk of carriage of multidrug-resistance Gram-negative bacteria	NA	NA	NA	NA	NA
Rabies	Risk level for humans contracting rabies	High	High	High	High	High

Fonte: ECDC Europea Center for Disease Prevntion and Control. Infectious diseases of specific relevance to newly-arrived migrants in the EU/EEA. 2015.

Tabella 12: Vaccinazioni effettuate dal SISP ai richiedenti asilo presenti nel territorio dell'ex Azienda Ulss 9

Vaccinazioni effettuate:	
MPR	1.301
DTPolio	828
DTPPolio	473
Antivaricella	315
Esavalente	139
Antinfluenzali	134
Meningococco	12
Anti MEN (ACWY)	5
Tettravalente	4
MMRV	2
Pneumococco	2
Totale	3.216

Fonte: Analisi dati ex Azienda Ulss 9 di Treviso.

I dati quindi confermano che anche i richiedenti asilo presenti nel territorio dell'Azienda Ulss 9 godono di buona salute proprio come riscontrato nella letteratura di settore. La tutela del loro diritto di salute, in base a questi dati, deve quindi orientarsi a continuare a garantire l'assistenza di base e l'accesso alle visite e cure specialistiche e a considerare l'introduzione di elementi di promozione della salute. Promuovere stili di vita è fondamentale perché, se gli immigrati che giungono in Italia all'inizio vedono progressivamente il loro stato di salute impoverirsi a causa dell'esposizione a fattori di rischio legati a condizioni di vita generalmente precarie⁴⁴, col tempo c'è il rischio che il peggioramento delle condizioni di salute sia legato all'adozione degli stili di vita del paese ospitante. A causa del fenomeno dell'acculturazione a distanza di anni dal loro arrivo i migranti adottano gli stili di vita della società ospitante che sono tristemente correlati all'aumento delle patologie cronico-degenerative.

4.2 ESIGENZE RILEVATE

4.2.1 Richiedenti asilo

Il quadro che emerge dai racconti dei richiedenti asilo è di una realtà molto varia e frammentata. Le loro esperienze riflettono una varietà di conduzione delle

⁴⁴ <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/migranti.asp> Ultimo accesso 25 febbraio 2017.

strutture di accoglienza estremamente variegata. Vivono in strutture di grandezze differenti e alloggiano in stanze condivise da tre o cinque persone. La sensazione è che chi è ospitato in strutture più piccole abbia un rapporto diretto con gli operatori del centro, ma che al contempo si senta anche più controllato da loro. Questa percezione deriva sia da alcune affermazioni sia da alcune osservazioni effettuate durante le interviste. Una delle conversazioni ha avuto luogo fuori da un centro di accoglienza e subito è stato necessario rassicurare i ragazzi che non avrebbero avuto problemi derivanti dalla conversazione. Durante la chiacchierata uno degli operatori è uscito dalla struttura per verificare cosa stava succedendo in strada. Il sopraggiungere del lavoratore ha interrotto l'interazione tra intervistatore e intervistati non solo a livello verbale, ma anche fisico: i ragazzi si sono spostati di qualche metro e l'intervistatore ha interloquuto con l'operatore che ha semplicemente dimostrato curiosità per l'inusuale situazione creatasi.

Superato il primo momento di imbarazzo i richiedenti asilo sembrano interessati dall'attenzione che viene loro concessa:

"Intervistatore: Sto studiando. Per finire l'Università devo preparare un progetto finale. Quindi... sto facendo una ricerca sulla salute dei richiedenti asilo. I problemi dei centri dove vivete. Questo è l'argomento.

Richiedente asilo: Problemi di salute?

Intervistatore: Problemi di salute

Richiedente asilo: sì, sì, sì.

Intervistatore: Puoi vedere un dottore, ricevi le cure mediche di cui hai bisogno? Queste sono le domande.

Richiedente asilo: Lo stai chiedendo a me?"⁴⁵

"Vuoi davvero conoscere la situazione di salute dalla mia opinione? Davvero?"⁴⁶

È interessante osservare come l'improvvisa attenzione che viene data a questi ragazzi lungo la strada rappresenti per loro un momento di stupore. Uno dei partecipanti non crede nemmeno che l'intervistatore sia locale al punto tale da chiedergli la nazionalità d'origine.

⁴⁵ "Interviewer = I. Asylum Seekers = AS. I: I'm studying. To finish my University I need to do a final project. So.. I am carrying out a research on Asylum Seekers' health. The health problem of the center where do you live. This is the subject. AS1: Health programs? I: Health problems... AS1: jajaja I: Can you meet a doctor, do you receive all the care you needed? These are the questions. AS2: Are You asking us?"

⁴⁶ "AS: Do you want to know health situation from my opinion? Really? I: Yea."

"Richiedente asilo: yeeee. Sei Italiana? Di Treviso?"

Intervistatore: Sì, di Treviso

Richiedente asilo: Tu non sei di Treviso!"⁴⁷

I ragazzi appaiono poco abituati a interagire con gli autoctoni e sembrano stupiti dall'importanza che viene data alla loro opinione. La discussione, nata per permettere l'effettuazione di un'intervista diviene per i richiedenti asilo anche un'occasione per poter confrontarsi sulle diversità culturali e per poter parlare di sé e delle proprie origini. In questo modo, dopo aver spiegato che in Italia è maleducato chiedere ad una donna l'età, è stato possibile scoprire che in Nigeria chiedere l'età corrisponde quasi a una richiesta di matrimonio. Attraverso questi dialoghi, basati su argomenti poco inerenti la ricerca, si è instaurato un rapporto tale da favorire l'esternazione del bisogno di ascolto fino al punto di ricevere una confidenza da parte dell'unica donna intervistata:

"Richiedente asilo: Scusa, posso farti una domanda?"

Intervistatore: Certo, sicuro!

Richiedente asilo: Chi sei tu?

Intervistatore: Sono una studentessa

Richiedente asilo: di?

Intervistatore: promozione della salute

[...]

Richiedente asilo: Ho scoperto... il ragazzo... un segreto... puoi darmi la possibilità di dirtelo?

Intervistatore: Certo.

(Richiedente asilo e Intervistatore si allontanano dal ragazzo presente. Silenzio)

Richiedente asilo: Sul mio seno c'è qualcosa...

Intervistatore: Ok.

Richiedente asilo: C'è qualcosa sul mio seno

Intervistatore: L'hai detto al medico del centro?

Richiedente asilo: Io mai..."⁴⁸

Il fatto più interessante è che si siano stupiti che qualcuno fosse interessato alla loro opinione e che la ragazza intervistata abbia richiesto il permesso per raccontare il suo segreto ci porta a supporre che il bisogno di ascolto si molto

⁴⁷ "AS: yeeee. Are you from Italy? Treviso? I: Yes, from Treviso. AS: You are not from Treviso!"

⁴⁸ "AS: Excuse me, can I ask you a question? I: Yeah... of course! AS: Who are you? I: I'm a student. AS: of? I: Health promotion [...] AS: I have discovered... boy... secret... can you give me a chance to tell you? I: Of course. (We move away a few steps from G., the boy. Silence.) AS: My breast. There is something...I: ok AS: There is something in my breast. I: Ok: Did you tell to the doctor of the center? AS: I never..."

diffuso: sembra quasi che i richiedenti asilo non siano abituati ad avere qualcuno che presta loro attenzione. Il caso specifico della ragazza potrebbe anche rappresentare un problema culturale infatti, ci si chiede, se tra gli operatori sanitari che si occupano della sua struttura vi siano anche donne. Molti nigeriani sono di religione islamica e questo potrebbe influire sulla scelta di non rivolgersi ad un medico o infermiere uomo. Purtroppo non è stato possibile verificare tale ipotesi durante il colloquio perché la discussione si è spostata su altri temi.

Il problema della differenza culturale è emerso chiaramente in quasi tutte le interviste. Interessante è stato verificare la loro curiosità e, contemporaneamente, la loro perplessità rispetto ad alcune caratteristiche dell'assistenza sanitaria italiana:

"Richiedente asilo: In Italia loro ti controllano, controllano, controllano, controllano!

(Il Richiedente asilo indica la vena come ad indicare un prelievo di sangue)

Intervistatore: Loro ti controllano!

Richiedente asilo: Loro ti controllano prima di darti ogni medicina, ogni pastiglia o... loro devono controllarti per vedere che problemi hai.

Intervistatore: Lo so che non è molto comune... fuori dall'Italia... ogni volta che sono stata male fuori dall'Italia non è così comune che qualcuno controlli il tuo corpo...

Richiedente asilo: Sei italiana?

Intervistatore: Sì, sono italiana, ma ho viaggiato molto...

(Risate)

Richiedente asilo: Ma in questo posto... loro... appuntamento, appuntamento, appuntamento, appuntamento, appuntamento...

Intervistatore: In Italia?

(Il richiedente asilo annuisce con la testa)⁴⁹

Questo scambio di battute permette di osservare come i richiedenti asilo non siano abituati ad effettuare analisi mediche e in particolare sembrano stupiti del numero di prelievi del sangue che vengono eseguiti.

Per loro risulta incomprensibile anche dover rivolgersi al medico tramite

⁴⁹ "AS: In Italy they will test you, test, test, test! I: They check you! AS: They check you before they give you any drugs, any tablet or... they have to check you to look what problem you have. I: I know that's not very usual... out of Italy... every time I was sick out of Italy it was not so common to have somebody checking your body... AS: Are you italian? I: Yse, I'm Italian but I travelled a lot... (Laughter) AS: But in this place... they... appointment, appointment, appointment, appointment, appointment... I: In Italy? (Asylum Seeker nods)"

appuntamento. Sono abituati ad un tipo di organizzazione differente e questo può creare diversi problemi a livello di accesso ai servizi.

L'ignoranza di come funziona il Sistema Sanitario è evidente anche perché nessuno degli intervistati riesce a rispondere alla domanda se possiede o no la tessera sanitaria. Uno dei richiedenti asilo non è stato in grado di rispondere a tale domanda ma ha preferito mostrare i documenti in suo possesso, custoditi nel portafoglio, perché non capiva a cosa ci stavamo riferendo. I documenti in suo possesso erano il permesso di soggiorno e la tessera sanitaria. L'intervistato non sapeva la funzione del tesserino, ma era stato detto lui di conservare il documento. Essendo ospitato in un centro con un medico interno è probabile che non abbia mai dovuto utilizzare i Servizi dell'Azienda Ulss e che quindi non abbia mai utilizzato la tessera sanitaria. I ragazzi di un centro non avevano neanche mai visto quel tipo di documento. Il fatto che a seconda della struttura vari la gestione dell'assistenza sanitaria è riscontrabile anche attraverso queste osservazioni. In alcuni centri è sufficiente dichiarare di stare male e si viene accompagnati dal medico, in altri vengono posti dei limiti alle esigenze dei richiedenti asilo:

"(Riferendosi alla tessera sanitaria) Sì, ce l'abbiamo. Ma non possiamo andare (in ospedale), ho bisogno che loro (gli operatori del centro di accoglienza) mi autorizzino ad andare in ospedale. Anche se vado, non possono visitarmi, bisogna che loro chiamino prima, mi autorizzino a uscire... L'ultima volta ho passato una giornata a chiedere. E se qualcuno è veramente malato... loro mi hanno detto che si può andare in ospedale solo il giovedì."⁵⁰

Questa descrizione non può essere compresa appieno se non si considera che, a detta degli operatori dei centri, i ragazzi denunciano costantemente malesseri come mal di testa e prurito. Secondo gli operatori con questi sintomi i richiedenti asilo cercano di ottenere più attenzioni piuttosto che dichiarare un vero problema di salute:

"Quando mi sveglio la mattina, ho dolori in tutto il corpo, l'ho detto ma ho dovuto aspettare due mesi per vedere un medico, E poi, il medico non mi ha fatto nessun controllo, io gli ho solo detto che avevo male qui e qui..."⁵¹

⁵⁰ Intervieweuse = I. Demandeur d'asile = DDA. DDA: Oui, on a ça. Mais tu ne peux pas aller, il fait que ils m'autorisent à partir pour aller à l'hôpital. Même si je vais, ils ne peuvent pas me regarder, il fait qu'ils appellent et après ils m'autorisent à partir. La dernière fois je passé un jour à demander. Et si quelqu'un est vraiment malade...ils m'ont dit que c'est seulement le jeudi que on peut aller à l'hôpital.

⁵¹ Quand moi je me réveille le matin, j'ai tout le corps qui me faisait mal, j'ai dit ça mais j'ai dû attendre 2 mois pour voir le médecin. Et après, il ne m'a pas fait des contrôles, j'ai dit j'ai mal là et

Anche se tale denunce non riguardano un problema di salute, è chiaro che sta emergendo un bisogno dei richiedenti asilo che deve essere preso in considerazione per garantire il benessere di queste persone.

L'unica certezza, trasversale a tutti i centri, è che nessuno degli intervistati ha idea di chi sia la figura del Medico di Medicina Generale e nessuno sa dire quale sia il suo medico di riferimento:

"Intervistatore: Quindi (indicando la tessera sanitaria) se hai questa, hai un Medico di Medicina Generale. [...]"

Richiedente asilo: Quindi... dov'è il mio Medico di Medicina Generale? Lo sai?"⁵²

Nessuno tra gli intervistati è mai stato nell'ambulatorio del suo medico di base. Sembrano proprio non capire il concetto e la funzione di questa figura. Per loro stare male significa andare in ospedale:

"Intervistatore: Avete un referente nel centro? C'è qualcuno che è responsabile da cui puoi andare quando hai problemi di salute..."

Richiedente Asilo: Se ho problemi di salute vado dal direttore, direttamente..."

Intervistatore: ahh direttamente... vai direttamente dal direttore..."

Richiedente asilo: Sì... e lui mi porta direttamente in ospedale per i controlli medici. A volte andiamo a questo ospedale (La Madonnina) per incontrare il dottore."⁵³

"Ascolta, lui ha un problema (indica un altro richiedente asilo), la notte gli prude tutto il corpo, tutti i giorni il suo corpo gli prude. Lo ha detto cinque giorni fa ma non è ancora andato in ospedale."⁵⁴

Il Dottore è quindi il medico ospedaliero anche se il problema di salute richiederebbe l'intervento del medico di base. La cosa interessante è che per loro è ospedale anche "La Madonnina". In realtà questo è il nome della struttura dove è ospitato il Dipartimento di Prevenzione. I Richiedenti asilo vengono

là...

⁵² I: So...if you have this, you have a General Practitioner. [...] AS: So...where I have my general practitioner? Do you know?

⁵³ I: [...] Do you have in the center one person that is yours referent? There is somebody that is responsible and when you have health problems you can go...AS: If I have health problems I meet my director, directly... I: Ahh directly...you go directly straight to the director... AS: Ya... and he take me directly to hospital for medic check. Sometimes we go to this hospital (La Madonnina) to meet the doctor.

⁵⁴ Regard, il a un problème, la nuit son corps le gratte, chaque jour tout son corps le gratte. Il a parlé il y a cinq jours mais il n'est pas allé à l'hôpital.

visitati in questa struttura, come visto in precedenza, o per le prime visite o per screening (tubercolosi), in caso di indagine epidemiologica per malattie infettive (se a qualche compagno di struttura viene diagnosticata ad esempio l'epatite o l'HIV) o per le vaccinazioni. Qui ha sede anche l'ambulatori immigrati ma ad esso dovrebbero rivolgersi solo i richiedenti asilo che non hanno ancora ricevuto la tessera STP. Attraverso questa ricerca è stato possibile scoprire che alcune strutture sembrano meno attive di altre nel garantire il diritto alla salute dei migranti da loro ospitati. Uno degli intervistati ha dichiarato di avere un problema all'occhio. Effettivamente, anche con una semplice osservazione, è stato possibile verificare la presenza di una patina biancastra esterna l'occhio che appariva ricoprire la cornea. Tale situazione crea problemi di visione e di lacrimazione continua in presenza di fonti di luce. Rispetto al problema oculare è stato domandato al richiedente asilo:

"Intervistatore: Sei stato dal Dottore per il tuo occhio? O no?"

Richiedente asilo: Ogni volta che parlo del mio occhio, io non posso... non ho soldi, non ho documenti... loro me lo dicono."⁵⁵

Come già visto i richiedenti asilo hanno diritto alla stessa assistenza sanitaria di un italiano e di contribuire economicamente al pari degli autoctoni. In caso di indigenza, per tutti i casi, previa iscrizione al centro per l'impiego, viene riconosciuta l'esenzione dal ticket. Il ragazzo dell'intervista non ha mai visto un medico per il suo problema all'occhio. Il centro dove è ospitato si avvale molto della collaborazione del Dipartimento di Prevenzione e per questo motivo è stato possibile ricostruire alcuni dettagli di questa storia grazie alla collaborazione degli operatori sanitari dell'Azienda Ulss. Il ragazzo, benché abbia dichiarato di essere in Italia dal 2015, risulta ancor non iscritto all'Anagrafe Sanitaria. L'assistenza che gli viene offerta è quella garantita con l'STP: sono previste quindi prestazioni di primo livello o di urgenza (vedi paragrafo 1.3.2). La visita oculistica, per il problema del richiedente asilo che ha collaborato alla presente ricerca, non rientra in questi casi. Fintanto che non verrà iscritto al Sistema Sanitario egli non potrà rivendicare il diritto alla cura. La burocrazia si configura come un ostacolo per l'accesso alle cure dei Servizi Sanitari. Se il richiedente asilo conoscesse il sistema sanitario e sapesse orientarsi nelle pratiche burocratiche probabilmente sarebbe in grado di gestire in autonomia il proprio problema di salute. Non essendoci queste condizioni egli è costretto a dipendere dagli operatori del centro per poter far valere i suoi diritti. Se manca la volontà di impegnarsi su questo fronte, come sembrerebbe da quanto rilevato durante la presente ricerca, viene meno il diritto alla salute.

⁵⁵ I: Did you meet a Doctor for your eye? Or not? AS: Every time I talk about my eyes, I can't ...I have no money, I have no document...They told us.

Capire cosa succede e orientarsi nel contesto in cui si vive sono elementi fondamentali per la salute. I richiedenti asilo arrivati in Italia da più tempo (hanno dichiarato di essere giunti nel 2015 o almeno da un anno) sembrano più orientati nel contesto di coloro che sono presenti nel Paese da sei mesi circa. La differenza potrebbe essere anche dovuta alla differenza di età: gli intervistati con le idee più confuse sono anche i ragazzini più giovani (diciottenni). Nella maggior parte dei casi non sanno nemmeno riferire a quali trattamenti o terapie sanitarie sono stati sottoposti:

"Intervistatore: Avete fatto dei vaccini in Italia?"

Richiedente asilo: Appena sono arrivato, dopo tre giorni mi hanno fatto dei vaccini.

Intervistatore: E ti ricordi per quali malattie?"

Richiedente asilo: No. Qualcuno ha ricevuto tre iniezioni, altri una sola.

Intervistatore: E quando eri piccolo, un bambino, eri stato vaccinato? Ti ricordi?"

Richiedente asilo: No."⁵⁶

Tale situazione è comune anche nella popolazione italiana, ma la mancanza delle competenze linguistiche in Italiano per comunicare con gli operatori e l'incapacità di orientarsi all'interno del sistema sanitario complicano l'accesso alle cure e ai servizi. Benché non sia un problema strettamente sanitario è opportuno considerare che neppure i richiedenti asilo intervistati presenti in Italia da circa due anni hanno capacità di esprimersi in italiano. Questo influisce negativamente su tutto il percorso di integrazione e di conseguenza può diventare un ostacolo alla salute del migrante.

4.2.2 Operatori centri di accoglienza

Tra i temi ampiamente trattati dai partecipanti ai focus group è emerso il problema della barriera linguistica e culturale che condiziona i rapporti tra italiani, siano essi personale sanitario, operatori delle strutture d'accoglienza o semplici cittadini e i richiedenti asilo.

Il problema della lingua è abbastanza complesso perché i migranti non solo provengono da continenti e nazioni differenti di Africa ed Asia, ma anche perché all'interno di uno stesso paese possono coesistere differenti lingue madri in base alla zona di provenienza. Non tutti i migranti parlano una lingua veicolare

⁵⁶ *I: Vous avez faite des vaccines en Italie? DDA: Quand je suis arrivé, après trois jours j'ai fait des vaccinations. I: Et tu te rappelles pour les quelles maladies? DDA: No. Il y a quelqu'un qui a reçu 3 piqes, des autres qui ont reçu 1 seul. I: Et quand tu étais petit, un enfant, tu as reçu des vaccines? Tu te rappelles? DDA:No.*

che permetta la comunicazione tra parlanti di nazionalità diverse e quindi è necessario o rivolgersi ad un servizio di interpretariato o chiedere ad un altro migrante di fare da intermediario tra la lingua madre del soggetto e l'inglese o il francese. La mancanza di competenze linguistiche crea difficoltà comunicative a più livelli:

“[...] è una barriera linguistica, è una barriera culturale per cui molte volte non è neanche possibile attivare un vero... vero e proprio sostegno psicologico [...].”

“[...] tante volte riuscire a far capire ai ragazzi che cosa sta succedendo e farli esprimere al meglio diventa complicato anche passando attraverso le lingue veicolari quali inglese e francese comunque ci sono delle volte in cui non si riesce a spiegare bene che cosa sta succedendo, cosa vuol dire quella determinata malattia [...].”

“Per dire a me è capitato con un ragazzo pakistano di andare in pronto soccorso e lui per il momento parla poco italiano perché è arrivato da poco, nel momento si ricordava solo l'urdu e parlava inglese, non solo non hanno fatto entrare me per tradurre la lingua inglese, ma non c'era nessuno che traducesse per lui per cui sul verbale c'era scritto 'Non si riesce a comunicare.' Punto. 'Non ha niente, rimandato a casa.' Non può succedere una cosa del genere.”

La barriera linguistica complica sia la possibilità di comprendere i bisogni sia la capacità di accesso ai servizi di tipo medico o di supporto psicologico rendendo quindi più difficile rispondere alle necessità di salute dei migranti. Tale situazione può essere complicata anche dalle diversità culturali che condizionano il modo di percepire la salute e la malattia. Questi due concetti sono correlati alle caratteristiche dell'ambiente e dal contesto in cui l'individuo vive e interagisce; al variare del contesto, delle condizioni socio ambientali e culturali variano le ansie, le attese, i vissuti soggettivi, varia la percezione dello stato di salute o di malattia e quest'ultima arriva ad assumere caratteristiche e conseguenze differenti in base al contesto. Pur essendo la malattia una esperienza universale le credenze, le conoscenze e le pratiche che gli uomini mettono in atto nei suoi confronti sono differenti da cultura a cultura (Bordogna 2004: 137).

È differente la concezione di medicina a seconda del sistema di riferimento:

secondo la tradizione africana sono le religioni a fornire le spiegazioni su cause, diagnosi e trattamento delle malattie mentre in base alle credenze diffuse in una parte dell'Asia per avere salute è necessario che ci sia equilibrio tra più elementi e questo si persegue mediante un'armonia dell'alimentazione e dei ritmi quotidiani.

Tra i rifugiati seguiti dagli operatori coinvolti nei focus group sono diffuse concezioni culturali della malattia differenti dalle nostre. Un operatore ha constatato che il delirio, malattia fortemente stigmatizzata nella nostra società, sia spesso nei paesi di origine dei richiedenti asilo non solo socialmente accettato, ma visto come manifestazione di un potere come quello posseduto dai guaritori.

"Una cosa che ho notato è che se per caso viene detto che nella loro famiglia c'è un guaritore e loro sono guaritori allora probabilmente hanno un disturbo serio di mente. Questa è una cosa mia personale, non ci sono statistiche però mi sembra che è una cosa che è ritornata in 2-3 casi in cui c'era veramente un disturbo serio che probabilmente c'era prima... sì, nel senso che appunto si diceva, che era davvero un guaritore nel suo paese e allora questi episodi di allucinazioni, di deliri venivano visti come effetto del guaritore [...] socialmente accettati magari e qui invece no."

La concezione di malattia è condizionata anche dall'esperienza che i soggetti fanno di questa condizione in base al loro vissuto e alla loro zona di provenienza: i migranti sono impauriti dall'influenza d'inverno e dalle zanzare d'estate perché in molti paesi d'origine sono abituati ad associarli alla malaria.

"Ma anche tutta questa cosa legata all'influenza, per esempio tanti e soprattutto adesso arrivano disperati per l'influenza che comunque non l'hanno mai avuta, quindi questa cosa che porta mal di testa [...] è malaria e invece no, è raffreddore, succede."

Gli operatori hanno inoltre notato una forte differenza tra il proprio modo di intendere e descrivere il dolore e i sintomi e quello dei richiedenti asilo:

"Io noto per esempio una difficoltà loro nel distinguere anche il tipo di dolore che provano, per esempio un bruciore di stomaco che è diverso dal mal di stomaco, ed è diverso dal male al torace che magari è dovuto anche a patologie respiratorie, però ti dicono"

'Chest pain' che sarebbe male al torace. [...] C'era un ragazzo per esempio [...] aveva seguito la terapia con la penicillina [...] continuava a dire sto male, però non aveva spiegato che il male era diverso, era proprio all'esofago, era proprio una gastrite nel frattempo."

Questa differenza ha sicuramente un'origine culturale, ma si può supporre che anche il livello di scolarizzazione dei ragazzi arrivati in Italia influenzi la capacità di esprimersi. In base a quanto sostenuto dagli operatori dei centri di accoglienza la maggior parte dei migranti ha un basso livello di scolarità. Le difficoltà di comprensione dovute alle diverse culture degli italiani e degli stranieri provenienti da altri continenti non si limitano solo alla descrizione del dolore e dei sintomi ma anche al modo di interpretare gli esami che vengono proposti dal nostro sistema sanitario.

Molti richiedenti asilo si oppongono agli esami del sangue o ai vaccini a causa di credenze diffuse nei loro paesi di origine come emerge in quasi tutti i focus group:

"[...] 'Cos'è, mi toglie sangue, mi toglie la vita, mi toglie l'anima, lo vendete il sangue, questa cosa qua, mi prendi sangue e però io dopo sto sempre male'"

"Lo vedete anche coi vaccini che tanto sono terrorizzati, sono terrorizzati dai vaccini, dalle punture, dagli aghi... [...] tanti non vogliono donare il sangue perché, non so, hanno donato il sangue questa settimana, per un mese non possono più toccargli il sangue sennò muoiono, cadono a terra. Sì, sì, parliamo di prelievo, piccolo prelievo questa settimana... anche quelli che ti ascoltano per qualsiasi cosa 'No l'ho fatto la settimana scorsa, basta ho finito il mio sangue."

"Io per ridere vi racconto una piccola barzelletta di un ragazzo, che in pratica l'ho portato a fare il prelievo di sangue insomma, e lui ha preso un po' paura, e mi ha chiesto più di cinquanta mila volte in macchina 'Allora, tu mi lasci in strada e così io scappo' e gli dico 'Ma perché? Adesso dobbiamo fare solo il prelievo di sangue' e lui mi ha detto: 'Guarda che in Ghana, avevo rubato e mi avevano picchiato al mercato, mi hanno portato al pronto soccorso e il medico mi ha detto 'questa è la terza volta che vieni qui, tu rubare è nel tuo sangue'... allora per lui se andiamo a fare un prelievo di

sangue, il medico vedrà che è un grande ladro. Hai capito? Per dire... concezione che è... è normale."

Non solo è difficile far comprendere a molti migranti l'utilità dell'esame del sangue, ma in generale hanno difficoltà a capire in generale tutti gli esami diagnostici e il senso di rivolgersi ad un medico specialista perché:

"Secondo me l'aspettativa è 'lo sto male, tu mi dai la medicina, e mi passa'. Tutta la parte invece diagnostica, d'indagine per capire che cos'hai non viene proprio presa in considerazione, quindi Perché devo andare da un altro medico, gliel'ho già detto a lui che sto male! Perché devo andare di nuovo da un altro e fare anche degli esami?' Poi alcuni non capiscono neanche che cosa ..."

I migranti provengono da Paesi dove non esiste un sistema sanitario simile a quello italiano e quindi per loro è complesso anche comprendere come funziona la sanità in Italia e, di conseguenza, hanno difficoltà a capire quando accedere ai vari servizi messi a disposizione dalle aziende sanitarie.

"In Madagascar è così. Cioè in Madagascar se tu devi andare in ospedale, tu devi presentarti alla porta dell'ospedale con medicine, lenzuola, flebo, robetto per le flebo, tutto quanto e una persona che stia con te, perché loro non ti curano, cioè sono morti proprio davanti a delle mie amiche, operatrici anche loro, delle persone perché il medico non le ha curate per una mancanza economica. Cioè, se tu non paghi non hai le cure. Qui ovviamente tutto è diverso e quindi chiaramente loro hanno questa cosa qua, non c'è che ne sò una struttura intermedia tra l'ospedale e loro, cioè loro vanno direttamente in ospedale. Invece qua noi magari abbiamo l'opportunità di fare una visita preventiva per ovviare ad altri giri, quindi hanno proprio un rapporto diverso e devi giocarti anche su quello così."

La situazione dovuta alle diversità culturali rispetto al sistema sanitario e agli esami diventa ancora più complessa se si considera che ci sono casi in cui i richiedenti asilo vengono sottoposti a determinati esami per motivi legali e non per motivi legati alla pratica medica in senso stretto. Alla paura di essere sottoposti a esami che i migranti non conoscono e che a volte vengono percepiti come nocivi per la propria salute, si affianca la paura che non si tratti di una valutazione del proprio stato di salute ma che gli esami siano di tipo

burocratico-legale e che quindi influiscano sulla loro permanenza in Italia:

"Poi alcune cose vengono anche confuse, secondo me, i famosi raggi... eh però per accertare l'età anagrafica, qualcuno qua si è dichiarato minorenne, per accertare il fatto che siano realmente minorenni sono stati sottoposti, senza neanche tanto spiegarglielo, a dei raggi al polso e quindi comunque viene confusa la pratica medica con la pratica diciamo legale perché poi la pratica medica è stata un po' spiegata e quindi un po' carpita diciamo così, e quindi la sfiducia c'è...inutile perché comunque si mischiano i piani."

Differenze culturali emergono chiaramente anche rispetto ai farmaci e alle terapie in generale. Terapie e pratiche di cura che una cultura adotta sono rivelatrici dell'ordine simbolico di quel gruppo sociale perché il modo in cui un corpo è percepito e curato dipende dalle credenze di quella società (Tognetti Bordogna: 138). Le diversità si presentano quindi agli occhi degli operatori anche attraverso l'atteggiamento dei migranti verso i farmaci loro proposti per risolvere i problemi di salute:

"Sì, anche il fatto, ad esempio, la concezione di cosa vuol dire prendere un farmaco, quando ad esempio per un problema dermatologico viene prescritta una crema... la crema non va bene, io voglio la pastiglia, la pastiglia mi fa guarire, la crema invece è una roba che..."

Oltre a preferire una preparazione farmacologica particolare, la pastiglia, i richiedenti asilo spesso sarebbero a favore di pratiche di cura più tradizionali:

"Poi ovviamente la concezione che abbiamo noi è dell'attacco psicotico, la concezione che hanno loro è stato maledetto dai parenti che sono nel loro paese e quindi ci vorrebbe la contro maledizione, solo che qui non si può perché i rimedi tradizionali non si trovano qua [...]."

In tutti gli incontri gli operatori hanno descritto come il rapporto dei richiedenti asilo con i farmaci sia caratterizzato da un rapporto di abuso:

"[...] è il tormento finché non dai la pastiglia. Allora noi ci siamo ingegnati con dei fermenti lattici e vitamine che si fanno meno male dell'abuso di paracetamolo perché è una pastiglia, ti chiedi e stai

buono però non... cioè far capire che non è sempre necessario per ogni mal di pancia, di testa prendere la pastiglia [...]."

L'abuso di paracetamolo o altri farmaci da parte dei ragazzi ospitati viene ricollegato dagli operatori dei centri a un bisogno inespresso di richiesta di attenzioni:

"Per esempio nelle... colle medicine non si ritiene che sia il caso che ehh la persona debba prendere dei farmaci. Per cui non dare dei farmaci è come dire 'non sei stato ascoltato', non so come dire... mmh."

"[...] quindi noi abbiamo un po' eliminato, io ho un po' bloccato il paracetamolo free però per loro è comunque un placebo, perché nasconde altre, come diceva lui, nasconde altri mm bisogni."

Si tratta di un fenomeno che va preso in considerazione da parte dell'ULSS in modo tale da prevedere la possibilità di strutturare un servizio di supporto psicologico per i migranti, e da fornire indicazioni utili ai lavoratori dei centri di accoglienza su come gestire questa situazione.

Le diversità culturali emergono non solo rispetto a temi di salute e medicina, ma anche rispetto alla concezione di maternità, compresa l'impostazione del rapporto genitori figli, e di progettazione del presente e del futuro:

"C'è un... elemento che vediamo che è fondamentale di differenza con la nostra cultura che è l'elemento tempo. Nel senso che il tempo sembra essere vissuto come una quotidianità molto spinta, mi viene da dire, no cioè, un qualcosa di immediato, eehh ... l'idea di costruire un qualche cosa col futuro è un qualcosa che ci viene sempre molto difficile da gestire [...]."

Se da una parte l'atteggiamento verso il futuro può essere condizionato dalla precarietà della situazione che vivono ogni giorno (si pensi al fatto che nessuno sa se e quando verrà accolta la loro richiesta di asilo, a volte vengono spostati di centro e alcuni vivono in strutture provvisorie come tende) dall'altra vi è anche una differenza culturale nel percepire il tempo. Le società industrializzate hanno rimosso o messo in subordine le manifestazioni temporali di ordine qualitativo-ciclico-discontinuo-eterogeneo per preferire una cultura temporale dominata da rappresentazioni e preoccupazioni di ordine quantitativo-lineare-

continuo omogeneo (Gasparini 2000: 43). Il concetto di futuro espresso dall'operatore nella frase sopra citata è basato sulla linearità tipica della nostra società mentre spesso i richiedenti asilo si riferiscono a concezioni differenti dove, in base a quanto affermato durante i focus group, ha maggiore importanza l'oggi.

È la consapevolezza di doversi occupare di persone culturalmente diverse che ha portato gli operatori che hanno partecipato ai diversi focus group a richiedere che l'Ulss garantisca la disponibilità di un servizio di mediazione linguistica e culturale dove la dimensione culturale assuma un'importanza strategica per comprendere e soddisfare i bisogni di salute (e non solo) dei richiedenti asilo. Non è sufficiente trovare una lingua comune tra i sanitari italiani e i migranti. Per quanto riguarda i migranti l'opportunità di avere una figura che medi tra le diverse culture dovrebbe permettere di comprendere le pratiche mediche a cui vengono sottoposti ed eventualmente diagnosi e terapie necessarie per la loro salute.

"Per me l'accesso dei mediatori culturali e linguistici durante le visite, soprattutto le visite specialistiche di un certo livello, [...] per aiutare i ragazzi ad esprimere al meglio tutte le loro problematiche ma anche per capire che cos'è che hanno, cosa comporta quali sono i rischi, quali sono le cure e tutto il resto."

Per favorire una maggiore comprensione del sistema Italia gli operatori di due centri per richiedenti asilo hanno inoltre proposto di organizzare un corso i cui destinatari sono i migranti sul sistema sanitario:

"[...] come funziona il sistema sanitario, chi sono le persone, perché ti mando di prima di qua e poi..."

Oltre ad avere un mediatore culturale è necessario che i sanitari siano in grado di comprendere che si trovano a gestire utenti che richiedono un approccio differente rispetto a quello che si usa con i connazionali. Il personale sanitario ha scarse competenze sulla società multietnica perché i percorsi formativi di base non contemplano, né ieri né molto spesso oggi, contributi di questo tipo. La mancanza di una formazione trans-culturale può portare i sanitari non solo a diminuire la percezione della propria autoefficacia, ma anche a impostare delle relazioni coi migranti basate sulla paura del diverso o in cui predominano anche sensazioni come curiosità, pena o indifferenza. In tal modo è facile che si diffondano tra gli operatori della sanità pregiudizi tali da credere che tutti i migranti, indipendentemente da storia migratoria e origine, si comportino in un

certo modo: fanno i furbi, arrivano in ritardo, fanno finta di non capire, non rispettano le regole, non seguono le indicazioni degli operatori, sono dei cattivi pazienti a causa di questioni culturali (Tognetti Bordogna 2004: 148-149).

"Sì, quello che noto io è un po' un'insofferenza generale: dal medico di base, al dentista, al pronto soccorso non ne parliamo, cioè scene... Io al pronto soccorso voglio andarci il meno possibile. Ho fatto un periodo in cui io ci andavo spessissimo [...] andavo praticamente ogni giorno in pronto soccorso e c'è proprio un'insofferenza. Io capisco che molte volte andiamo lì anche per problemi che magari possono essere risolti, se uno non ha, non sa comunicare con la persona che ha davanti e si lamenta come se stesse per morire, io lo porto al pronto soccorso e mi aspetto che ci siano delle persone altrettanto capaci e comprensive da capire la situazione, ma non è così. C'è proprio un'insofferenza a volte immotivata o comunque non giustificabile."

"[...] a me è capitato più volte, non so se anche a loro, di andare dal medico per la visita specialistica e passare metà della visita a discutere lo, lo status del ragazzo. [...] 'Chi è? Perché è qui? Cosa vuole? Perché è venuto qui? Perché non è andato da un'altra parte?', invece di concentrarsi sul problema di salute. E quindi secondo me quella è anche una mancanza di preparazione da parte del professionista, del medico nel capire che è un paziente come tutti gli altri e qual è il suo status giuridico alla fine non è così importante quanto il problema per cui siamo venuti. Perché poi per il ragazzo è un grosso problema uscire di lì e dire che 'Il dottore mi odia.' Eh, eh chiaramente poi non vuole più andare dal dottore."

Per ovviare a questo tipo di problemi è importante preparare i professionisti dei servizi come richiesto anche dai partecipanti ai focus group:

"[...] mi piacerebbe che i medici di medicina generale che purtroppo o per fortuna devono confrontarsi con questa nuova realtà, fossero magari un po' stimolati da una parte dall'Azienda Sanitaria [...] e fossero a volte un po' più accoglienti in realtà invece ti, insomma... [...] capisco la loro difficoltà a... perché io comunque accompagno sempre i ragazzi anche quelli che sono in grado di parlare in italiano perché ho capito che lui, se ci vado anch'io ci tratta in un certo modo altrimenti diventa più sbrigativo e

anche così, tac tac ti liquida. Quindi mi piacerebbe che invece venisse fatto con i medici di base un percorso di accoglienza, in modo che loro possano accogliere queste persone che arrivano, quindi possano comprenderle, capirle, in questo senso aiutano noi perché comunque non dobbiamo fare la fatica di avere anche il rapporto con il medico [...]".

La necessità di una formazione interculturale riguarda tutto il comparto sanitario. In realtà gli operatori delle strutture che accolgono i richiedenti asilo hanno notato una difficoltà dei sanitari verso i migranti non solo a livello relazionale, ma anche a livello di competenze mediche:

"[...] quindi anche il medico di base non ha né gli strumenti né le competenze. Lui stesso ogni tanto mi dice 'Come faccio io , che sono abituato a lavorare sulla pelle bianca, a riconoscere una malattia della pelle nera!!' Mi fa: 'Non ce la faccio'. Quando vai dal dermatologo, è la stessa cosa. Non siamo allora il... come dire, l'apparato sanitario e medico non è in grado di eh... di gestire questa cosa perché, altra cosa che mi diceva il medico, mi fa: 'Proviamo questa medicina però io lo so, è testata sui nostri corpi, non so loro che effetto avr.... cioè se avrà lo stesso risultato.' [...] anche lui non sa che pesci pigliare, quindi secondo me un'attività di formazione, di sostegno a questi medici da parte di altri medici che magari hanno delle competenze un po' più specifiche."

Emerge la necessità che l'ULSS prepari i propri operatori ad affrontare una realtà come quella dei richiedenti asilo. Questo dovrebbe avvenire anche adeguando le procedure e gli apparati amministrativi ad una maggiore flessibilità operativa e organizzativa. Il funzionamento dei servizi deve essere reso il più semplice possibile, devono esserci poche regole semplici (Tognetti Bordogna: 150-152) in modo tale che lo straniero e i lavoratori che si occupano di loro non si trovino a dover affrontare ostacoli intramontabili come quelli dichiarati dai partecipanti agli incontri:

"[...] gli stranieri c'è l'aggravante che veramente non si sa da che parte girarsi, [...], cioè, non dovrebbe essere così, però quando c'è un personale sanitario accogliente, non facciamo nomi, allora riusciamo a ottenere qualcosa. Poi capita che il giorno dopo troviamo un'altra persona ci dice 'No, non hai la tessera sanitaria,

no eh, niente.' Quindi no, o è una cosa, una strada giusta da percorrere o no, sì, cioè ci è capitato anche in pronto soccorso, per fare due, una tessera STP. Se trovavamo una persona una cosa, se trovavamo un'altra persona ci diceva una cosa completamente opposta."

Bisogna rendere più facile il percorso dell'utente mettendo a punto un modello di intervento e strutture trasparenti (quali operatori, quali professioni, quali ruoli, cosa viene offerto, quali le regole di utilizzo e quali quelle di funzionamento). Questi passaggi devono essere accompagnati anche da una maggior disponibilità da parte del sistema sanitario all'ascolto per accogliere i bisogni espliciti e per individuare quelli che gli stranieri a volte non sono capaci di trasformare in domanda.

La comunicazione è essenziale anche tra Servizi per migliorare le prestazioni da fornire a persone provenienti da culture diverse:

"Una maggiore comunicazione tra Servizi stessi cioè, andiamo in pronto soccorso: 'Ma è stato visto di qua, è stato visto di là?' [...] Perché io ho la sensazione che si rimandi ad un'utenza italiana, per cui ognuno ha una consapevolezza di quello che ha o non ha fatto. Ehhh non si prevede forse che degli adulti così, ehhh non abbiano la consapevolezza di sapere perché provengono da culture completamente diverse".

Sono i sanitari a dover semplificare l'accesso ai propri servizi anche attraverso la creazione di nuove reti interne al sistema per favorire la risposta ai bisogni di questa popolazione che ha esigenze specifiche rispetto al resto degli utenti. L'organizzazione della rete dovrebbe considerare anche la differente concezione del tempo già descritta perché gli appuntamenti fissati a distanza di molto tempo, tipici del nostro sistema sanitario, sono difficili da gestire per un immigrato che non ne capisce il senso e spesso è spinto a rivolgersi alla sanità da urgenze (Tognetti Bordogna:147):

"Io rispetto alle visite oculistiche e visite del dentista, ecco sono delle cose che hanno [...] un sacco di problemi perché non sono da pronto soccorso, ma sono problemi che per essere risolti hanno tempi di attesa lunghissimi, quello sì."

"E i tempi d'attesa è un altro argomento particolarissimo perché per loro è anche molto difficile capire le tempistiche delle cose."

Sono proprio le visite dentistiche ad essere state indicate in più focus group come un problema.

"Ecco i denti sì, i denti sono purtroppo un problema perché poi [...] o trovi il dentista, e ripeto questo è stato un angelo, perché attraverso delle esenzioni particolari è riuscito a far fare una cura che costava l'ira di Dio, altrimenti non puoi affrontare, non puoi affrontare cure cioè dal dentistaaaaa."

I livelli essenziali di assistenza prevedono che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia rivolta a specifiche fasce di utenti e in particolare a programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e all'assistenza odontoiatrica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità⁵⁷. Le Regioni e le Province Autonome hanno dato attuazione alle norme statali attraverso deliberazioni, individuando specifiche categorie di soggetti destinatari di interventi e prestazioni erogabili. In Veneto il problema dell'accesso alle cure dentarie è molto sentito a tal punto che molte associazioni ed organizzazioni private hanno creato programmi ad hoc per garantire le cure dentistiche⁵⁸.

Altra richiesta particolare che è stata riscontrata in un solo incontro attraverso l'analisi dei dati riguarda la fornitura gratuita di farmaci da parte dell'ULSS:

"Farmaci gratis subito, visite ogni giorno in ogni centro."

La citazione ci permette di focalizzare anche un tema che invece è stato trattato trasversalmente durante tutti i focus group: le visite mediche. Alcuni operatori ritengono necessaria una presenza maggiore dei medici dell'ULSS all'interno delle strutture mentre altri si sono dichiarati contrari a tale proposta:

"Cioè, non so, se fosse utile di venire una volta alla settimana, qualcuno del personale venga a fare un giro ufficialmente in struttura così da... un pò sedare gli animi, e da un po' smaltire il problema di queste situazioni cicliche che ha, nel senso di avere qualcuno che sanno che in tal giorno viene, così si eviterebbe di

⁵⁷ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=727&area=Sorriso%20salute&menu=offerte Ultimo accesso 1 marzo 2017.

⁵⁸ Tra gli altri, nel territorio in cui sorgono i centri di accoglienza in cui si è svolta l'indagine, sono presenti i progetti del "Poliambulatorio Emergency di Marghera" e quello dell'associazione "Solo per il bene" di Cessalto:

- <http://www.emergency.it/italia/poliambulatorio-marghera.html> Ultimo accesso 1 marzo 2017;
- <http://www.oggi-treviso.it/cure-dentali-gli-indigenti-121109> Ultimo accesso 1 marzo 2017.

andare dal medico di base ogni due. Potrebbe essere positivo avere una persona di riferimento che magari una volta alla settimana possa spiegare o possa così rispondere rapidamente, potrebbe essere carino, più che altro [...]. Quindi magari il passaggio di avere uno alla settimana che magari fa un check a tutti e ... potrebbe sincerarli del fatto che hanno una persona che è diversa da io operatrice che gli vado a dire adesso vediamo, cioè proprio un dottore qualcuno. forse si sentirebbero anche più presi in considerazione potrebbe servire anche a loro come presa di considerazione ecc, e quindi magari ridurre un pochino delle inutili uscite dal dottore o di visite dove non è necessario, questo potrebbe essere magari utile."

"Io non so. non so nel senso che personalmente e..... personalmente magari vedo in modo diverso da lei, forse perché ci sono da più tempo (ride) è interessante però sta cosa. No io invece sono molto contenta che non venga nessuno lì in struttura di medico [...]. Ritengo invece utile che mh ci sia un medico fuori, che loro imparino che noi non siamo medici, e io continuamente dico 'Non sono in dottore, non ti do le medicine'. Non è giusto che un operatore dia le medicine", perché non si sa mai, ma questa è un decisione che io ho già detto. Ho detto basta. Se hai un problema andiamo dal medico.'

Direttamente collegato al tema delle visite c'è quello degli esami. Molti operatori interpretano la visita medica non come un'alternativa al medico di medicina generale, ma come vero e proprio screening in occasione del quale effettuare anche esami del sangue per lo più in un'ottica di medicina preventiva. Anche in questo caso sono state espresse posizioni differenti.

"[...] se dovessi dare io un consiglio alla sanità, direi 'Quando entrano fategli gli esami del sangue'... mmm personalissimo pensiero'.

Le motivazioni che spingono gli operatori dei centri a richiedere uno screening di questo tipo sono ascrivibili a tre motivazioni: la prima riguarda una necessità dei migranti stessi mentre le altre sono legate a due tipi di paure che questi lavoratori devono affrontare quotidianamente. Secondo quanto sostenuto durante i focus group, sono i richiedenti asilo a voler sottoporsi ad una visita quando arrivano nei centri che li ospiteranno e tale opzione sembra essere

apprezzata perché col medico possono avere un livello di confidenza maggiore rispetto agli operatori delle strutture:

"È che tanti ragazzi mi vengono 'Eh, non ho mai fatto la prima visita, non ho mai visto un medico... sono qui in Italia, come mai... gli altri la fanno, non la fanno...' Secondo me la prima visita per tutti quanti io la vedo necessaria..."

"Però ora che ci penso, c'è stato il ragazzo che è stato spostato, che era in terapia per la TBC, lui non l'ha detto fino a che non ha visto un medico. Alla prima visita ha rivelato di seguire la terapia per la TBC e tutto quanto, agli operatori non prima."

"[...] chi ha problemi più grandi però o forse se ne vergogna o qualcosa del genere e non te lo dice. E probabilmente è più portato a dirlo a un medico."

Il dubbio che nasce da queste parole relative alla maggiore confidenza che si ha col medico, in base a quanto descritto in precedenza sulle differenze culturali verso la salute e la medicina, è che tale interpretazione possa essere viziata da una visione occidentale del rapporto col medico.

Invece, la prima paura degli operatori riguarda le malattie in generale. Essa è veicolata anche dall'atteggiamento dei mass media più interessati a stimolare un dibattito sui rischi e sui pericoli legati all'arrivo dei migranti piuttosto che sul tema della loro tutela. Con l'intensificarsi degli sbarchi si è assistito ad un aumento dell'enfasi sul rischio di diffusione di malattie come tubercolosi e scabbia, ma anche ebola, lebbra e vaiolo. Si sono diffuse anche notizie di epidemie di tubercolosi tra le forze dell'ordine impegnate nella prima accoglienza dopo gli sbarchi, notizie poi rivelatesi infondate⁵⁹. L'arrivo di un numero sempre maggiore di migranti infatti non è associato ad un aumento delle malattie infettive in Italia né a rischi particolari con la salute pubblica (Riccardo, Napoli, Bella, Rizzo, Rota, Dente, De Santis, Declich 2011). Nonostante questo anche gli operatori coinvolti nei focus group hanno espresso chiaramente di aver paura delle malattie che potrebbero contrarre lavorando coi migranti:

"Tipo, battuta di stamattina, quando ci siamo sentiti con il collega: Sierra Leone. E dico 'O cavolo, Sierra Leone, c'era l'ebola.' Cioè, e allora mi fa: 'Si.' E allora gli faccio al collega: 'Ma come si prende?'"

⁵⁹ <http://www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza/> Ultimo accesso 1 marzo 2017.

'Basta che gli stai vicino.' Cavoli ho detto [...].'

"[...] Sì, malattie infettive, cose che possono anche mettere un po' a repentaglio la vita di chi sta attorno a loro... sì, la verità è questo che penso."

"La mia paura comunque è che anche se ce ne fosse uno positivo in quel gruppo lì, che per aspettare due settimane, in quelle due settimane può fare il disastro, mm e noi siamo in prima linea, ogni giorno, con questi ragazzi."

La paura degli operatori di contrarre malattie è diffusa non solo nelle strutture coinvolte nell'indagine, ma a più livelli. A livello nazionale, la Croce Rossa Italiana ha predisposto già nel 2011 il manuale "Igiene e Prevenzione per gli operatori dei centri per migranti" (CRI 2011). In esso vengono trattati i rischi derivanti dalle condizioni in cui vivono i migranti e le misure preventive per le malattie. Per quanto riguarda gli operatori è specificato che essi devono utilizzare i dispositivi individuali di sicurezza (DPI), attrezzature che l'operatore indossa per proteggersi dai rischi per la salute e la sicurezza durante il lavoro (guanti, mascherine e camici, che hanno una funzione di tutela sia nei confronti degli operatori sia degli utenti), e devono sottoporsi alle vaccinazioni consigliate perché in condizioni di particolare emergenza si aggiungono specifiche vaccinazioni a quelle già previste di norma. Sarebbe opportuno che anche l'ULSS si occupasse della paura dei lavoratori dei centri di accoglienza di contrarre malattie, proprio come suggerito dai partecipanti ai focus group, attraverso la creazione di protocolli specifici per la situazione e la realizzazione di corsi di formazione destinati agli operatori che trattino questi temi.

"[...] anche sulle malattie tipo TBC, piuttosto che il l'ebola o comunque anche la scabbia, magari non c'è stato un protocollo che potrebbe invece essere utile, così mhh io sono... [...] la carta ma magari affiancata ad un piccolo in contro in modo che passa anche il vis a vis. Ecco questa potrebbe essere una cosa, su queste tre malattie che tu sai potrebbero arrivare potenzialmente e che ci sono. [...] c'è sempre stata la persona che ci ha spiegato, [...], tranquillizzandoci anche perché ripeto, io per prima, ... la prima scabbia ero moltooo sulllll così... Ma devo dire che più che la scabbia, devo dire la TBC [...], infatti adesso io vado sempre via con il finestrino aperto (ride). Sì, quelle piccole cose che peròòò... cerco di evitare di distare chiusa, cioè mi hanno dato

delle indicazioni che utilizzo. Forse una piccola formazione soprattutto per i nuovi formatori e quelli vecchi dove gliela devi rinfrescare, non farebbe male ecco con pacchettino di protocollo in caso di..."

"Per esempio fare anche un'informazione così per chi opera, non è male, cioè anche agli operatori."

"Però in altre Ulss, i membri dell'Ulss che hanno fatto lezioni a tutti gli operatori..."

L'altro motivo per cui gli operatori dei centri di accoglienza sostengono l'effettuazione di visite e screening è legata alla paura di ripercussioni medico legali se dovessero esserci problemi di salute seri.

"Sì, ma si va sempre a cercare problemi secondo me... succede un problema: c'è un ragazzo qua che è arrivato due giorni fa. Domani mi muore. Non si sa niente il perché, caso mai uno dice 'Ah, noi operatori non abbiamo ascoltato il suo bisogno di andare in ospedale che stava male, ha visto il medico, ma non c'è niente che lo certifichi.' Dici: 'Sì, ha fatto la visita medica dal medico dell'Ulss.' Dimostramelo.' E non c'ho niente in mano."

Sostanzialmente emerge il bisogno degli operatori di sentirsi tutelati anche da un punto di vista legale perché non hanno chiaro il confine tra lecito e non lecito, dovere e non dovere. Potrebbe essere interessante che l'Ulss organizzi dei corsi di formazione dove il focus sono le malattie, ma in cui vengono chiarite le responsabilità legali degli operatori nella gestione della salute dei migranti sia a livello di procedure da seguire per l'accesso ai servizi del sistema sanitario sia a livello di distribuzione di farmaci presso le strutture. A tal proposito sono state espresse alcune problematiche che gli operatori si trovano a dover gestire in base al proprio buon senso e non perché esistano delle linee guida o dei protocolli che indichino quali sono le procedure più corrette da seguire in situazioni sanitarie specifiche:

"Noi cerchiamo anche di non fare impropri, [...] Mm, no.. però è vero che se arrivano, magari arrivano da Reggio Calabria o da Palermo, non hanno visto un medico la maggior parte delle volte, quindi arrivano qua alle due di notte eeh li accogliamo e se ci accorgiamo che c'è qualcosa che non riusciamo a riconoscere,

cioè per me la febbre a quaranta è subito pronto soccorso, cioè non sto tanto lì a pensare... perché non abbiamo..."

"Un'altra cosa che vorrei sottolineare è che quando un ragazzo si presenta e dice 'io voglio andare dal medico, voglio andare in pronto soccorso', noi non possiamo rifiutarci da non portarlo, se ce lo chiede noi dobbiamo portarlo per forza, che quelli dell'accettazione lo capiscano o meno, noi non abbiamo scelta, lui può andarci anche con le sue gambe se vuole [...] Perché capita che guardino male noi ma noi non possiamo, arriviamo fino a un certo punto. Possiamo cercare di fare mediazione, fargli capire le altre vie che ci sono, di vedere il medico che gli ha prescritto l'antibiotico, di aspettare qualche giorno che faccia effetto, però se lui insiste e vuole andare in pronto soccorso, dobbiamo portarlo."

"[...] non potremmo somministrare farmaci, non abbiamo proprio nel nostro mansionario questa possibilità, non siamo formati a questo e quindi per noi diventa difficile anche dare una tachipirina, [...] Sì, non sappiamo... sono allergici, non sono allergici, cioè tutte queste cose un po'...un po' ci dobbiamo adeguare poi anche è vero che uno magari arriva, come l'altro giorno, completamente afono, l'infermiere comunque c'è lunedì, la dottoressa ha l'ambulatorio chiuso, come farei con mio figlio a casa gli do anche l'antiinfiammatorio insomma [...]."

In base a quanto appena descritto, le richieste esplicite avanzate durante gli incontri con i lavoratori delle strutture di accoglienza dimostrano chiaramente il bisogno di ricevere un aiuto maggiore da parte delle strutture dell'azienda Sanitaria in particolare a livello di dipartimento di salute mentale, ospedale e territorio:

" [...] non siamo propriamente degli addetti ai settori e da parte del territorio c'è poco supporto."

Ritornando al tema delle visite mediche, chi è a favore dell'istituzione di screening specifici per gli immigrati la considera un'opportuna forma di prevenzione della salute pubblica. In realtà è dimostrato che le visite mediche preventive generalizzate siano di scarsa utilità per i migranti o per gli operatori e non devono essere ritenute urgenti o propedeutiche all'ingresso in struttura⁶⁰.

⁶⁰ http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2015/2015.PROTOCOLLO_MIGR

Esse sembrano essere utili solo a creare false sicurezze tra coloro che hanno la sindrome di Salgari e che temono che con i migranti possano giungere in Italia varie malattie. L'Ulss dovrebbe rispondere anche a questo bisogno di sicurezza assicurando operatori dei centri di accoglienza e cittadini comuni e informandoli sulle reali probabilità di rischio esistenti. Uno dei partecipanti al focus a tal proposito sostiene che:

"[...] Propongo magari dei corsi per informare la cittadinanza per informarli su quali magari sono le malattie... [...] Poi gli italiani la smettono, cioè che conoscano insomma quali sono i rischi e quali sono invece un passaparola per aumentare la paura ..."

Gli operatori dei centri contrari alle visite periodiche e agli screening ritengono invece che:

"Secondo me no, è esagerato anche perché un esame del sangue, cosa cerchiamo?... tutto... È un po' esagerato fare gli esami del sangue. [...] Sì, ma questo lo farei fare solo a chi ha male, non lo farei a tutti quanti. [...] Non so, non saprei neanche quali malattie stiamo cercando perché se pensiamo con la TBC lo stiamo già facendo. [...] Anche perché arrivano persone che sono in barcone da tre giorni, che non bevono, quindi avranno sicuramente tutti i valori sballati appena arrivati, no?"

Per quanto riguarda lo screening per la TBC, spesso i migranti arrivati da poco nella struttura di accoglienza dopo il viaggio della speranza, dopo essersi sottoposti all'esame, ma prima della lettura del risultato, lasciano i centri di accoglienza ed escono dai canali di assistenza ufficiali rendendo inutile l'intervento sanitario di screening. La paura che si possano diffondere malattie è talmente diffusa che un operatore a tal riguardo ha sostenuto:

"Meglio perderne uno e trovarne uno di positivo subito, che aspettare di più."

Nuovamente ribadiamo quindi la necessità da parte dell'ULSS di assicurare le persone sui rischi che corrono a causa dei migranti e sulla non urgenza di applicare certe procedure mediche come la visita preventiva.

Sempre l'Azienda Sanitaria dovrebbe investire nella creazione di corsi di formazione destinati ai migranti per fornirgli tutta una serie di informazioni

importanti per la loro salute:

"A me vien da dire informazione cioè, io proprio tutta la base, non so come si potrebbe strutturare perché a livello pratico me la immagino una roba quasi impossibile però come primo bisogno c'è quello dell'informazione fatta da persone specializzate che loro devono individuare in quella persona, il dottore che gli sta dicendo che funziona così, perché anche quando viene fatte delle attività, iniziative [...] secondo me manca proprio quella parte di informazione."

Secondo gli operatori i temi da trattare con i richiedenti asilo dovrebbero riguardare una moltitudine di aspetti, alcuni già trattati in altri paragrafi: il funzionamento del sistema sanitario, la trasmissione delle malattie, l'utilizzo dei farmaci, l'igiene individuale e ambientale, l'abbigliamento, gli stili di vita e tutto ciò che può favorire l'integrazione. Come vestirsi deve diventare oggetto di apprendimento perché gli operatori dei centri di accoglienza hanno notato che i migranti hanno difficoltà ad adattarsi al nostro clima e ad adottare i vestiti più adatti soprattutto per proteggersi dal freddo:

"C'è la mancata concezione proprio di come vestirsi adesso che comincia a venire il freddo, perché io magari trovo dei ragazzi che si mettono la felpa e sotto non hanno niente, sì, loro hanno il cappotto ma a petto nudo...dico 'guarda, devi metterti qualcosa per coprire la pancia, tra mezz'ora vieni a chiedere, a dire che hai mal di pancia' ma non lo sanno...ehh...sì...quindi non sono proprio pronti ad affrontare il freddo, certi hanno proprio paura."

"Se poi vedono un po' di sole è estate."

Le lezioni dovrebbero essere gestite da personale specializzato, non dagli educatori delle strutture, perché i migranti sembrano riconoscere di più l'autorevolezza di figure esterne. Contemporaneamente è molto importante destare l'interesse dei richiedenti asilo sennò il rischio è che nessuno si presenti agli incontri.

Secondo l'indagine campionaria dell'ISTAT "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri"⁶¹ svolta nel periodo 2011-2012 su circa 10 mila famiglie (per un totale di 21 mila stranieri residenti) i cittadini stranieri sono mediamente giovani e in buona salute ("effetto migrante sano") e anche eliminando il

⁶¹ <https://www.istat.it/it/archivio/191090> Ultimo accesso 27 marzo 2017.

vantaggio derivante dalla struttura per età più giovane (confrontando i tassi standardizzati). Gli indicatori di salute percepita confermano migliori condizioni di salute rispetto agli italiani anche se la letteratura scientifica sottolinea una progressiva transizione epidemiologica delle malattie che colpiscono gli immigrati: da acute e occasionali a croniche-degenerative)⁶².

Proprio in quest'ottica, come sostenuto anche durante i focus è importante che, come già avviene per gli italiani e gli stranieri da tempo residenti in Italia, vengano attivati corsi di formazione e progetti di promozione della salute il cui target sia composto dai richiedenti asilo. Questo vuol dire prevenire malattie che chi otterrà il permesso per rimanere nel nostro Paese potrebbe sviluppare a causa dello stile di vita che acquisirà amalgamandosi allo stile di vita della nostra cultura. Questo lavoro di promozione della salute e di prevenzione è importante perché la comunità scientifica ha ampiamente riconosciuto l'importanza di investire in prevenzione e nel controllo delle malattie cronico-degenerative, responsabili del 44% di tutti i decessi⁶³, e in particolare sui fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, scorretta alimentazione e inattività fisica) che da soli sono responsabili del 60% degli anni di vita in buona salute persi in Europa e in Italia⁶⁴. Dovranno quindi diventare centrali nell'operato dell'ULSS per garantire la salute dei richiedenti asilo i temi come attività fisica, alimentazione e sessualità. Le azioni su questi argomenti dovranno poi essere affiancate da interventi per favorire l'integrazione attraverso percorsi che aiutino l'inserimento degli stranieri nel nostro mondo come i percorsi di preparazione alla nascita per le gravide o approfondimenti su come funziona il sistema scolastico italiano. Sempre in accordo con altri enti, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria tipica della Regione Veneto, dovranno essere previsti dei momenti per favorire situazioni in cui parlare italiano ed aumentare quindi le possibilità di interagire con la popolazione autoctona. Tutto ciò per evitare che la loro permanenza dei migranti diventi problematica nel futuro e venga sostenuta unicamente da logiche assistenzialiste:

"Noi ci troviamo che da qua a 30 anni avremmo dei casi patologici e sociali per quanto mi riguarda."

4.2.3 Operatori sanitari

Gli operatori sanitari coinvolti nella presente ricerca hanno descritto i problemi di salute dei richiedenti asilo in base alla loro esperienza quotidiana. In generale non vengono indicati problemi di grande rilevanza infatti il medico di

⁶² http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2014/2014._Responsabilita_ed_equita_per_la_salute_dei_migranti.pdf Ultimo accesso 1 marzo 2017.

⁶³ <http://www.epicentro.iss.it> Ultimo accesso 2 marzo 2017.

⁶⁴ <http://www.guadagnaresalute.it>. Ultimo accesso 2 marzo 2017.

una delle strutture di accoglienza afferma di prescrivere come medicinali ai richiedenti asili:

"I più semplici. Antidolorifici, antispastici per l'intestino, antibiotici semplici come penicillina per le patologie più frequenti, mal di gola. Comunque ci sono tante forme da raffreddamento. Sempre piccole patologie, mai grosse patologie."

L'arrivo nei centri di accoglienza è in realtà uno dei momenti in cui si rilevano i maggiori problemi fisici:

"Quando arrivano questi qua... hanno.... un pulmann di 30 persone che riva... so sempre sporchi, stanchi, disfatti... adesso magari arrivano, non arrivano proprio subito... però chissà in estate cosa succede quando diventano matti in Sicilia e Puglia!"

" quando arrivano, appena arrivano hanno un bisogno di salute che è conseguente al tipo di percorso che hanno fatto durante il viaggio, quindi il disturbo fisico, trauma da viaggio piuttosto che il problema della pelle.. che è disidratazione , a volta scabbia, malattie infettive eventualmente [...], dopo di che c'è un periodo di stasi, non so quanto duri, e poi cominciano ad affiorare quei problemi, quelle forme di somatizzazione che ci vengono descritte dagli operatori di struttura...e non so se vengono riesumati problemi di salute presenti.... nei loro paesio problemi nuovi. Però..ovviamente vengono amplificati disturbi...i disturbetti che hanno. Cambia questo."

Nelle fasi successive a quelle della prima accoglienza, dove i problemi di salute più rilevanti sono scabbia, pidocchi , disidratazione o traumi da viaggio, i richiedenti asilo, come già visto nei paragrafi precedenti, iniziano a lamentare una serie di disturbi fisici come mal di pancia e prurito che vengono definite dai sanitari come somatizzazioni. Questa sintomatologia viene spesso associata all'ozio in cui vivono i richiedenti asilo.

"In struttura questi richiedenti asilo, che sono lì tutto il giorno, vengono spesso quasi per fare un giretto. Quindi patologie minime 'Ho la tosse', 'Ho mal di testa'. Sono tante visite, ma non hanno una patologia e vengono per passare la giornata. Quasi sempre sono patologie minime."

Si suppone infatti che i ragazzi di 20 anni giunti in cerca di protezione internazionale abbiano:

"anche l'esigenza per esempio di creare... perché questi non lavorano.. [...] .. ci sarebbe anche l'esigenza di fare ... di fare dei corsi.. si era detto di falegnameria... di tempo libero.. di giardinaggio e quant'altro. Però chi sono dei problemi... degli intoppi burocratici..assicurativi... non sappiamo bene. Quando questa richiesta è stata fatta si è fermata lì..nel senso che non si è ritenuto opportuno procedere."

Il problema sollevato durante l'intervista richiama la necessità di garantire i prerequisiti di salute descritti nella già citata Carta di Ottawa del 1986: tra le risorse per la salute rientrano la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Su di essi si deve basare il miglioramento dei livelli di salute. Garantire salute significa garantire anche l'accesso al lavoro.

La costante denuncia di problemi fisici viene collegata anche un bisogno di ascolto. A tal proposito un operatore sanitario propone di creare dei laboratori di ascolto sulla base di quelli già esistenti in altri territori:

"lo metterei un laboratorio per la terapia d'ascolto che c'è in alcune strutture territoriali o comunali. Nel trevigiano non so dove siano. Una struttura dove c'è qualcuno che ha solo la funzione di ascoltare, piuttosto che un ambulatorio dove il migrante trova un camice bianco, perché questo è quello che chiede il più delle volte, un camice bianco che lo visiti. Il che vuol dire che se non c'è nessuno, il camice bianco del pronto soccorso. Rischiamo poi di andare ad intasare quelli che poi sono dei servizi con altre funzioni. Se ci siamo noi facciamo da tampone,, filtriamo questo e però in realtà se ci fosse la presenza di un camice bianco che ha la funzione di ascoltarli."

Tra i bisogni di salute più classici vengono poi segnalati la presenza di numerosi casi di varicella (si veda paragrafo 4.1) e alcuni casi di tubercolosi latente. Se viene garantito il supporto alla terapia dalle strutture ospitanti e si ha la ragionevole garanzia di poter concludere la terapia stessa i soggetti col problema vengono messi in profilassi:

" [...] scoprire le forme latenti.. per poterle intanto trattare, metterli in profilassi, seguirli. Ma questo presuppone anche di sapere quanto tempo si possono fermare. E questo l'esperienza ci ha detto che è imprevedibile.... salvo piccole realtà. Nelle piccole realtà c'è un diverso tipo di conduzione.. le cooperative..per cui si riesce a..portare a termine perché nelle piccole realtà, nelle cooperative o nelle associazioni si fa più fatica da parte loro di abbandonare la struttura."

Secondo gli operatori sanitari si sono verificati tra richiedenti asilo alcuni casi di malattia mentale:

" Poi nella struttura qualche caso lo abbiamo avuto, affrontati con antidepressivi dagli psichiatri del CSM di casa Calamai di Treviso."

Un problema che sta emergendo in questi ultimi mesi riguarda le interruzioni di gravidanza volontarie. Uno dei centri dove sono ospitati sia uomini che donne, ha segnalato nel solo mese precedente l'interviste, dicembre 2016, 5 casi di interruzione. In realtà il problema è ancor più grave di quanto può apparire in un primo momento perché sembrano diffusi anche casi di aborti clandestini:

"

poi ancora usano altri sistemi per l'interruzione di gravidanza che è il Cytotec, farmaco che usiamo per altri motivi. Questo preso a dosaggio di 20 compresse provoca l'aborto. Se non bastasse prendono 20 compresse altre 10 in vagina e questo stimola di più l'aborto. L'ho vista una di queste che ha preso il Cytotec: una ragazza di 20 anni che mi ha detto 'Ho il mal di pancia?'. L'ho visitata: era incinta, aveva il pannolino grosso pieno di sangue, i genitali pieni di sangue. Ho fatto diagnosi di minaccia d'aborto e l'ho spedita subito in ospedale, dove la minaccia d'aborto l'han trattata con un raschiamento. La ragazza non era preoccupata per niente: era tranquilla e serena, sapeva quello che aveva fatto. Adesso il Cytotec vengono a chiedercelo in infermeria, ma sapendo che serve per l'aborto non lo abbiamo ricettato. Però se lo procurano [...]."

L'uso dell'aborto clandestino e il non utilizzo di contraccezione vengono associati dagli operatori sanitari a delle differenze culturali:

[...] per un fatto culturale può essere più semplice per loro una interruzione di gravidanza, cioè un aborto, piuttosto che pensare ad un contraccettivo. Quindi cambia a seconda della percezione... della cultura, evidentemente dell'etnia... [...]"

"Però ci sono anche culture dove la donna dimostra la sua femminilità con la gravidanza, quindi l'obiettivo non è quello di fare un figlio, ma di dimostrare di essere donna e come lo dimostri? Restando in cinta poi lo può anche eliminare non è un problema in questo caso.... il contraccettivo.. ovviamente..diventa..."

Le richiedenti asilo sembrano restie all'adozione di metodi contraccettivi nonostante sia stato spiegato loro anche il problema della trasmissione delle malattie. L'Ulss ha anche organizzato un percorso facilitato per permettere alle richiedenti di utilizzare la spirale, ma non è stato raggiunto nessun risultato.

"Il preservativo non sono tante propense a usarlo perché il maschio africano non lo vuole."

"È stato spiegato l'uso del preservativo non solo per evitare la gravidanza ma anche le malattie sessualmente trasmesse. Poi una riunione, presente anch'io, sull'uso della spirale che l'avremmo messa gratuitamente. Oltre tutto la spirale, una volta applicata darebbe per 5 anni la possibilità di non avere figli, poi se una vuol avere figli la si toglie prima e dopo 5 anni viene sostituita con un'altra. Ma sa che nessuna ha aderito e non so perché, ma non conosco la mentalità delle africane che non l'hanno voluta. Eppure era gratuita e l'abbiamo spiegata con il mediatore culturale, sembravano convinte. Poi quando abbiamo detto di passare in infermeria, per raccogliere le note cioè l'elenco, non sono venute, [...] Noi pensiamo di rifare un'altra volta il corso ma dovremmo aver sbagliato perché non abbiamo capito la mentalità delle africane, forse abbiamo toccato qualche loro convincimento. [...] (Il mediatore) Ci ha detto che gli ha spiegato e le ha convinte, ma all'atto pratico non è venuta nessuna."

La carenza di una formazione multiculturale per gli operatori della sanità ritorna più volte nelle considerazioni degli operatori intervistati. Manca la possibilità di comunicare con lo straniero e di capirlo appieno. Questo limita anche la

possibilità di costruire interventi mirati per la tutela della loro salute. Il rischio è di organizzare percorsi che finiscono per non essere utilizzati proprio come nel caso dell'offerta delle spirali. Queste donne inoltre non sanno dove saranno tra cinque anni: chi potrà rimuovere la spirale inserita? Il rischio è di proporre iniziative che, se contestualizzate in base alla cultura e alle reali necessità dei richiedenti, siano assolutamente inadeguate.

Alcuni operatori sanitari hanno anche proposto di organizzare corsi ad hoc per la promozione di stili di vita sani.

"[...] secondo me, è il momento per il quale puoi investire per il futuro. È quando è qui che gli puoi dare dei messaggi educativi che gli permettano di gestirsi in autonomia quando poi non avrà più nessuno che lo gestisce. Perché queste sono persone che adesso hanno qualcuno che gli sta garantendo il pasto, gli sta garantendo un posto dove dormire, gli sta garantendo del vestiario. Ma non è detto che questa cosa duri a lungo. Allora se adesso gli insegno le norme d'igiene della persona, ad esempio che non è cosa da poco, se adesso gli do qualche indicazione sull'importanza dell'alimentazione corretta, che loro assolutamente non hanno, se adesso gli spiego quanto importante è avere una struttura solida senza ...pensare che una volta fuori di qua ci sarà qualcun altro che si prende cura di loro..non è detto quindidovrebbero... è adesso che devo seminare!"

Se da un punto di vista logistico questa attività di promozione della salute riuscirebbe a raggiungere molte persone e magari potrebbe anche insegnargli a mangiare correttamente, piuttosto che a non bere, non fumare o a muoversi, ci si chiede se sia in realtà opportuno. L'incertezza futura per i richiedenti asilo è l'unica costante. Più della metà probabilmente vedrà rifiutata la propria richiesta ed è molto probabile che molti richiedenti asilo oggi presenti regolarmente nel territorio italiano, domani diventino clandestini. Una tale situazione rischia di rendere difficile anche solo realizzare i prerequisiti di salute. Ci si chiede se sia davvero importante insegnare ai migranti come adottare una sana alimentazione quando i richiedenti asilo non sanno nemmeno come o cosa mangeranno nel prossimo futuro.

Sempre in tema di differenze culturali ed etniche, tra gli operatori emerge la necessità di ricevere una formazione multiculturale in cui vi siano insegnamenti linguistici, almeno delle lingue veicolari, e una formazione tecnica:

"L'altra difficoltà, che abbiamo, è quella di fare diagnosi di quella che sono dei problemi di salute che abitualmente non abbiamo tra di noi...non esistono nel nostro paese.... [...] Questo dimostra che

da parte anche nostra oltre al medico di base c'è l'incapacità di gestirli questi problemi di salute. Noi stessi all'inizio quanti ne abbiamo mandati alle malattie infettive col dubbio di malaria. Dopo di che, giustamente, dici no non è possibile..se calcoli i tempi d'incubazione... però la nostra impreparazione ci ha portato a..piuttosto che i problemi dermatologici; il dermatologo dice io sono abituato a vedere questa manifestazione sulla pelle bianca, vederlo sulla pelle scura mi fa diagnosi di scabbia anche se magari...."

Gli operatori sanitari coinvolti hanno tutti, tranne uno, un rapporto diretto con i richiedenti asilo, conoscono le problematiche di salute di questa popolazione e sono tutti concordi nel sostenere che i migranti ospiti nel territorio dell'Azienda Ulss 9 complessivamente godono di buona salute. Solo un soggetto, che lavora come tecnico radiologo in ospedale, ha denunciato la propria paura delle malattie che potrebbero essergli trasmesse da questi soggetti durante il contatto ravvicinato per effettuare la radiografia. Tale affermazione, che non si è potuta registrare per dissenso dell'intervistato, indica nuovamente la diffusione di queste paure anche se:

"C'è da pensare che uno che fa sto viaggio qui di base sta bene perché se non sta bene non lo fa. Per cui le patologie che hanno in genere sono piccole patologie, malattie gravi non ce ne sono; comunque, nonostante ciò, abbiamo tutti i Servizi se servono. Per cui le dico che in genere stanno bene, al più visite specialistiche per correggere qualche piccola patologia."

Occuparsi di chi si occupa dei richiedenti asilo deve essere fatto non solo per evitare il diffondersi di paure senza fondamento scientifico, ma anche per supportare il carico emotivo che deriva dallo stare costantemente in contatto con i richiedenti asilo.

"Un altro pericolo che abbiamo assistito un anno fa è stato che abbiamo visto scoppiare F. Vedere scoppiare persone, entusiaste, empatiche che alla fine del percorso sono stati proprio respingenti, perché bisogna fare..fare rete addirittura anche tra gli operatori."

L'episodio si riferisce ad un operatore di struttura il cui atteggiamento lavorativo si è modificato così profondamente da far supporre si tratti di un caso di burnout. La gestione dei richiedenti asilo è estremamente complessa e rischia

di travolgere emotivamente e psicologicamente anche gli operatori quando non esiste un'efficace rete di supporto.

4.3 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI RICHIEDENTI ASILO NELL'EX AZIENDA ULSS 9

4.3.1 Rassegna critica della letteratura

La risposta alla domanda "sono in grado la valutazione dei bisogni e il modello organizzativo di facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari dei richiedenti asilo ospiti nella struttura di accoglienza?", in base a quanto riscontrato nella letteratura selezionata in base alle parole chiave derivanti dal PICOT e alla selezione effettuata attraverso il critical appraisal non può essere che positiva.

I documenti analizzati hanno permesso di riscontrare alcune indicazioni che dovrebbero essere considerate quando un'azienda sanitaria deve decidere come affrontare politicamente e organizzativamente l'emergenza profughi per favorire l'accesso ai servizi socio-sanitari. La valutazione dei bisogni e il modello organizzativo sono infatti dei fattori centrali per garantire il diritto alla salute della popolazione oggetto di questo studio. Il benessere dei richiedenti asilo deve essere affrontato in modo multidimensionale, attraverso il coinvolgimento della società, di enti e soggetti differenti.

Nelle pagine frequenti verrà esposto quanto appreso dalla letteratura internazionale rispetto ad alcuni temi fondamentali per la salute dei richiedenti asilo.

Politiche per la salute

- leadership locale: deve essere rafforzata (NICE 2014) e deve garantire interventi precoci. Questo tema sta assumendo sempre più importanza non solo rispetto ai richiedenti asilo ma a tutti i livelli: La Strategia di Salute 2020⁶⁵ riconosce il ruolo emblematico della leadership nello sviluppo della salute con particolare rilievo ad approcci partecipati a livello di governo e di società. Si delinea quindi l'importanza di coinvolgere la società locale che ospita i richiedenti asilo e i migranti stessi nella tutela della salute.
- considerare il numero di richiedenti asilo da trattare e loro caratteristiche epidemiologiche: sistema sanitario è basato sui numeri e

⁶⁵ http://www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020_ita_DEF_SET2014.pdf Ultimo accesso 1 marzo 2017.

sulle caratteristiche della popolazione locale e non considera che il numero di utenti e i problemi di salute possono modificarsi con l'arrivo dei richiedenti asilo (Tsitsakis, Karasavoglou, Tsaridis, Ramantani, Florou, Polychronidou, Stamatakis 2017).

- coinvolgere le ONG per fornire assistenza sanitaria a tutti i migranti esclusi dal sistema sanitario (Tsitsakis, Karasavoglou, Tsaridis, Ramantani, Florou, Polychronidou, Stamatakis 2017).

Barriere per la salute

- alloggio, lavoro, accesso ai servizi: gli operatori rilevano che le esigenze dei loro utenti non sono solo di tipo strettamente sanitario. La salute e il benessere dei migranti può essere compromesso anche da altri fattori non sanitari soprattutto se si considera il medio-lungo periodo di tempo. Per questo motivo è importante garantire ai richiedenti asilo, così come a tutti i migranti in generale, alloggi a prezzi accessibili, posti di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari (Fennelly 2016).
- ambientali:
 - la localizzazione degli alloggi può influire sulle relazioni sociali dei richiedenti asilo (zone di povertà, assenza mezzi di trasporto, lontananza dalle persone di riferimento) (Sastre L, Haldeman 2015).
 - l'ambiente non favorevole la salute: per favorire comportamenti alimentari corretti nei rifugiati può essere opportuno rendere disponibili degli spazi verdi per utilizzare le competenze agricole dei rifugiati e garantire loro prodotti di stagione salutari. I luoghi esaminati non erano dotati di spazi adeguati (Sastre L, Haldeman 2015).
- povertà: rappresenta uno dei principali ostacoli alla salute per i rifugiati (Sastre L, Haldeman 2015).
- barriere linguistiche:
 - fornire servizi di interpretariato e materiali in lingua è fondamentale perché le difficoltà di comunicazione sono una barriera per il diritto alla salute (Sastre L, Haldeman 2015). Deve essere dato un accesso sufficiente all'uso di interpreti (Bennett, Scammell 2014).
 - Affrontare le esigenze linguistiche è fondamentale per ridurre le disuguaglianze sociali a livello di salute materna e infantile (Jelland, Riggs, Szwarc, Casey, Duell-Piening, Chesters, Wahidi, Fouladi, Brown, 2016.).
 - creare punti di accesso facilitati: offrire appuntamenti con accesso ad un interprete telefonico (Nyiri, Eling 2012).
- bassa health literacy: una bassa capacità di ottenere, gestire e

comprendere l'informazione sanitaria da parte dei richiedenti asilo agisce come una barriera per gli scopi della visita medica con cui si cerca di identificare i problemi di salute per garantire il benessere dei migranti e la sicurezza della popolazione del paese ospitante (Wangdahl, Lytsy, Martensson, Westerling 2015).

- barriere burocratiche: alcuni richiedenti asilo e rifugiati non provano nemmeno a registrarsi all'anagrafe sanitaria a causa delle difficoltà burocratiche (Nyiri, Eling 2012)

Facilitare l'accesso ai servizi sanitari:

- fornire informazioni sul sistema sanitario del paese ospitante: durante i primi contatti è opportuno che oltre a valutare le condizioni di salute dei richiedenti asilo vengano fornite informazioni sul sistema sanitario del paese ospitante (Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen, Stronks 2013)
La capacità dei rifugiati di sapersi muovere nel sistema e nella comunità diminuisce anche il numero di appuntamenti mancati (Reavy, Hobbs, Hereford, Crosby 2012). Uno dei principi alla base dell'assistenza sanitaria è che i rifugiati devono avere lo stesso accesso ai servizi di cure primarie di qualità come la popolazione locale e ciò è garantito anche dalla conoscenza dei servizi disponibili e di come essi funzionano (Le Feuvre 2001).
- integrare i pazienti nei percorsi di assistenza standard: il 54% delle persone che si sono rivolte a una clinica specializzata nell'assistenza a richiedenti asilo e rifugiati sono stati allontanati dal percorso dei medici di base (Nyiri, Eling 2012). Qualsiasi servizio specializzato dovrebbe avere come obiettivo la piena integrazione dei rifugiati nei percorsi medici normali (Le Feuvre 2001).
- creare punti di accesso facilitati anche da un punto linguistico (Nyiri, Eling 2012).
- coinvolgere le organizzazioni no governative ONG nel fornire servizi sanitari adeguati a migranti, rifugiati e richiedenti asilo esclusi dal sistema sanitario pubblico (Tsitsakis, Karasavoglou, Tsaridis, Ramantani, Florou, Polychronidou, Stamatakis 2017).
- creare approcci ad hoc per sottogruppi di migranti in cui siano considerate sia la cultura di provenienza sia l'ambiente sociale della comunità ospitante (Yong, Lemyre, Farrell, Young 2016).
- utilizzare collaborazioni interdisciplinare tra servizi per raggiungere i rifugiati che entrano in contatto con i servizi anche per effettuare degli screening per verificare o meno l'esistenza di altri problemi non pertinenti al servizio a cui si sono rivolti (Johnson Agbakwu, Allen; Nizigiyimana, Ramirez, Hollifield 2014).

Promozione della salute

- in generale: quando gli operatori incontrano i richiedenti asilo per valutare le loro condizioni di salute è opportuno che vengano inseriti elementi di promozione della salute (Suurmond, Rupp, Seeleman, Goosen, Stronks 2013)
- alimentazione: le difficoltà che i rifugiati incontrano rispetto ad una sana alimentazione riguardano il budget, l'accaparramento del cibo, l'uso di bevande gasate e dolci, la percezione errata dei prodotti alimentari americani (ad esempio viene percepita la necessità di utilizzare il latte artificiale), il possedere conoscenze limitate sulla salute. In concomitanza a questi problemi si riscontra anche la presenza del diabete di tipo 2, l'aumento del peso e problemi dentali. Per contrastare questi problemi ci si può concentrare sui punti di forza dei rifugiati: preferiscono gli alimenti freschi e hanno competenze agricole. Devono solo essere disponibili spazi verdi (Sastre L, Haldeman 2015).

Problemi psichici e psicologici

- outreach dei rifugiati e dei richiedenti asilo: i migranti vengono contattati nei loro ambienti di vita. Si va alla ricerca di questi soggetti e non si attende che siano loro a presentarsi ai Servizi (Fondacaro, Harder 2014). L'outreach deve essere associato anche alla distribuzione di materiali per diminuire lo stigma della malattia mentale (Nazza, Forghany, Geevarughese, Mahmoodi, Wong 2014).
- screening per PTSD: i programmi per richiedenti asilo e rifugiati dovrebbero prendere in considerazione l'utilizzo di uno screening per valutare il rischio di disturbo post traumatico.
 - Questo dovrebbe essere culturalmente appropriato per i richiedenti asilo e i rifugiati (Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health 2013).
 - Lo screening, attraverso una collaborazione interdisciplinare potrebbe essere inserito in una delle varie situazioni in cui i rifugiati entrano in contatto con i servizi, ad esempio quando si fornisce assistenza ostetrica e ginecologica di routine alle donne appena arrivate. Sarebbe opportuno formare i lavoratori di questi servizi a tale scopo (Johnson Agbakwu, Allen; Nizigiyimana, Ramirez, Hollifield 2014).
- sostegno psicosociale per i richiedenti asilo:
 - dalla frequenza di gruppi di sostegno psicosociale deriva un evidente beneficio (Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health 2013).
 - un beneficio moderato è stato riscontrato grazie all'esposizione

narrativa e alla terapia cognitivo comportamentale, nonostante gli studi sulle differenze tra tipi di intervento siano di bassa qualità e non sembri emergere una differenza sostanziale tra tipologie di intervento. (Patel , Kellezi, Williams 2014).

- preparazione degli operatori:
 - approccio multiculturale:
chi lavora con i richiedenti asilo deve essere consapevole del proprio etnocentrismo e deve essere aperto a diverse prospettive culturali sui problemi psicologici. Questa prospettiva implica l'essere consci che esistono valori differenti, bisogna evitare gli stereotipi, si deve essere rispondere a potenziali conflitti tra valori tradizionali e valori della cultura dominante oltre che avere la capacità di capire e scegliere un approccio adeguato per il trattamento in base alla cultura dell'utente (Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health 2013).
 - formazione sulla salute mentale:
Un operatore formato deve essere in grado di riconoscere che i fattori culturali interagiscono con i fattori sociali (regione di provenienza, status socio-economico, istruzione, stato sociale, provenienza rurale o urbana) e questi fattori sono ugualmente importanti per predire sintomi di PTSD. (Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health 2013).
Sarebbe utile utilizzare workshop per educare chi assiste i richiedenti asilo su argomenti inerenti la salute mentale (Nazza, Forghany, Geevarughese, Mahmoodi, Wong 2014).

Tubercolosi

Un'organizzazione sanitaria che intenda affrontare efficacemente il problema della tubercolosi (TB) dei richiedenti asilo deve provvedere a:

- istituire una sorveglianza adeguata per il controllo della TB immigrato-associata nei paesi a bassa incidenza (Arshad, Bavan, Gajari, Paget, Baussano,2010).
- effettuare uno screening attivo (Arshad, Bavan, Gajari, Paget, Baussano,2010).
- assicurarsi che siano garantite le precondizioni per il trattamento dei malati come l'avere una vita stabile e condizioni abitative adeguate (NICE 2016).
- individuare un referente per la TB per ogni struttura di accoglienza. Questa persona deve garantire una comunicazione efficace tra sanitari e centro di accoglienza (NICE 2016).
- condividere con le strutture di accoglienza un percorso di cura

concordato (NICE 2016).

- effettuare le indagini e il follow up all'interno del centro.

Cure dentali

- deve essere sviluppata la formazione e l'istruzione della professione odontoiatrica per affrontare le sfide insite nella cura dei migranti vulnerabili (Murphy, Scully 2015).
- devono essere promosse cure intersettoriale e il coinvolgimento della comunità (Murphy, Scully 2015).

HIV

- I rifugiati sieropositivi hanno maggiori problemi psicosociali rispetto ad altri gruppi di sieropositivi. È importante usare un'ottica multidisciplinare per sviluppare interventi per questo target di soggetti (Charney, Keane 2013).

Salute materno-infantile

- per migliorare l'accesso alle cure prenatali per donne gravide con fattori sociali complessi come le richiedenti asilo è opportuno utilizzare una figura di assistente prenatale che si occupi di mantenere il contatto con queste donne e di fornirgli informazioni (NICE 2010).
- per affrontare il problema linguistico:
 - gli interpreti devono diventare membri integrati di squadre sanitarie multidisciplinari attraverso il loro coinvolgimento diretto. (Jelland, Riggs, Szwarc, Casey, Duell-Piening, Chesters, Wahidi, Fouladi, Brown, 2016).
 - le ostetriche devono avere un accesso sufficiente all'uso di interpreti (Bennett, Scammell 2014).
- esiste un problema tempo da dedicare a utenti stranieri che non parlano la lingua del Paese ospitante:
 - è difficile gestire le visite interprete-mediate nei tempi standard (Jelland, Riggs, Szwarc, Casey, Duell-Piening, Chesters, Wahidi, Fouladi, Brown, 2016);
 - il tempo ha un impatto sulla qualità delle cure e quindi le richieste supplementari di lavoro con donne richiedenti asilo devono essere riconosciute ed effettuate in orario di servizio (Bennett, Scammell 2014).

Operatori che lavorano con i richiedenti asilo:

- devono avere un approccio multiculturale (Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health 2013).
- devono ricevere un'adeguata formazione e informazione inerenti:
 - salute mentale (Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health 2013) (Nazza, Forghany, Geevarughese, Mahmoodi, Wong

2014) e formazione psicoeducativa come preparazione per affrontare la situazione sul campo. Esiste un alto rischio per gli operatori di sviluppare un danno psicologico se non formati adeguatamente soprattutto negli hotspot (Psarros, Malliori, Theleritis, Martinaki, Bergiannaki 2016).

- approccio multiculturale (Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health 2013) La differenza tra i medici di medicina generale che hanno ricevuto una preparazione in tal senso e quelli che non l'hanno ricevuta è evidente (Duncan, Harding, Gilmour, Seal 2013).
- deve essere fornito loro un supporto psicologico ad esempio un gruppo psicoterapeutico soprattutto in situazioni complesse come quelle degli hotspot (Psarros, Malliori, Theleritis, Martinaki, Bergiannaki 2016)
- la loro salute deve essere protetta grazie alle seguenti vaccinazioni (Kolb, Hörmansdorfer, Ackermann, Höller, Brenner, Herr 2016):
 - epatite a;
 - epatite b;
 - poliomielite - se l'ultimo richiamo è stato eseguito da più di 10 anni;
 - influenza.
- Dovrebbero essere previste linee guida e fogli informativi su rischi biologici, sicurezza alimentare e altri temi inerenti "richiedenti asilo e gestione della salute" (Kolb, Hörmansdorfer, Ackermann, Höller, Brenner, Herr 2016).

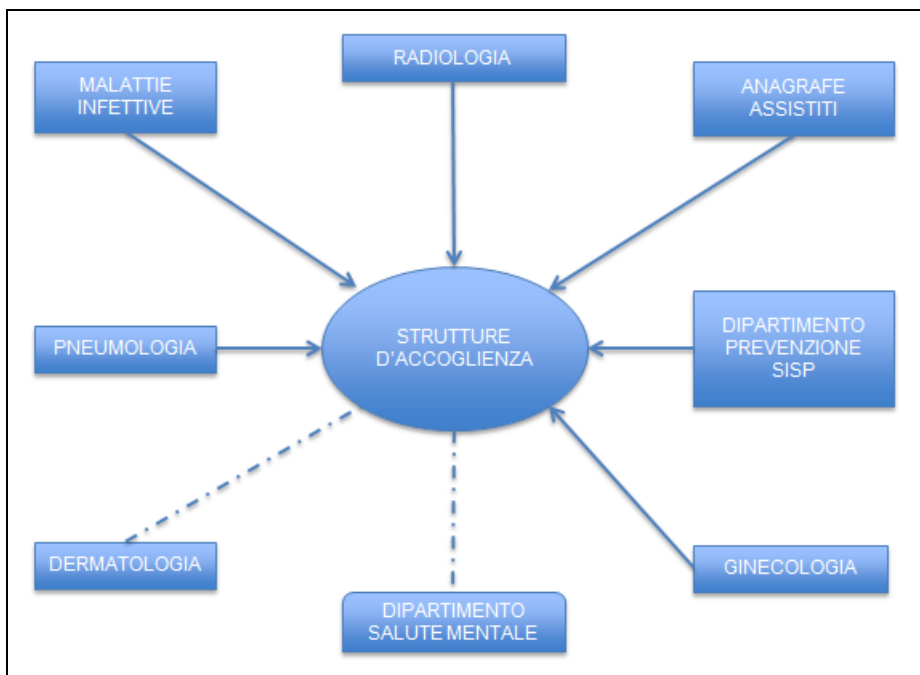
4.3.2 Servizi che si occupano dei richiedenti asilo

La ricerca ha permesso di lineare la rete di Servizi dell'ex Azienda Ulss 9 che si interfacciano con le strutture di accoglienza per garantire il godimento del diritto alla salute dei richiedenti asilo (immagine 7).

La struttura principale, implicata nella tutela della salute, è il Dipartimento di Prevenzione che attraverso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica, le cui funzioni (prima visita all'arrivo, screening tubercolosi, vaccinazioni e ambulatorio per STP) sono state più volte descritte nel corso della presente ricerca, si occupa della gestione sanitaria dei richiedenti asilo. Esso si interfaccia con quasi tutti i Servizi le cui attività riguardano anche la salute dei richiedenti asilo. Per la gestione delle STP SISP e anagrafe sanitaria sono costantemente in contatto per l'iscrizione di migranti in attesa della decisione della Commissione Territoriale al Sistema Sanitario. Il SISP insieme a Malattie infettive e Pneumologia vigila sulla salute dei singoli stranieri giunti in Italia per ottenere protezione internazionale e tutela la salute della collettività. La connessione tra

questi Servizi garantisce lo svolgimento di attività ordinarie come quella dello screening antitubercolare e, nei casi in cui è necessario, anche di attività straordinarie. Allo screening per la tubercolosi partecipa anche la radiologia che mette a disposizione personale e attrezzature per l'esecuzione degli Rx torace. Anche la ginecologia ha dovuto creare dei percorsi agevolati per i richiedenti asilo e iniziare una collaborazione con le strutture che ospitano donne a causa del numero di interruzioni volontarie di gravidanza. La collaborazione è stata creata anche con l'intento di prevenire gravidanze indesiderate. Il servizio era riuscito a organizzare l'offerta della spirale come contraccettivo a coloro che ne avessero fatto richiesta.

Immagine 7: Rete dei Servizi per l'assistenza socio-sanitaria dei richiedenti asilo.



La Dermatologia e il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rientrano nella rete perché sono tra i Servizi più richiesti a causa dei problemi di salute dei richiedenti asilo e quindi intercorrono frequenti contatti tra loro e le strutture. In realtà non si può ritenere che i rapporti esistenti tra centri per richiedenti e Dipartimento di Salute Mentale abbiano una forza della relazione adeguata perché l'unico ruolo che viene loro riservato è quello della diagnosi e della cura di malati mentali conclamati. Secondo l'Atto Aziendale dell'Azienda Ulss 9, approvato con Delibera 525 del 06/06/2014, il DSM rappresenta il livello aziendale di organizzazione dei Servizi per la salute mentale nella comunità, che si occupa della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della salute mentale della popolazione. In realtà, a detta di un'assistente sociale del DSM,

non esistono progetti che abbiano come target i richiedenti asilo nonostante gli operatori dei centri denunciino chiaramente le difficoltà di questa popolazione. Stupisce invece che nessuno abbia mai citato il Dipartimento delle Dipendenze o il Distretto Socio-Sanitario. Benché gli operatori dei centri sostengano che non esista un problema "dipendenze" nel corso della presente ricerca sono stati avvicinati lontano dalle strutture di accoglienza dei richiedenti asilo visibilmente ubriachi. Ci si chiede se si sia trattato di un caso isolato o se questo fenomeno sia diffuso. Per quanto riguarda il Distretto, articolazione che opera nel campo della solidarietà sociale, dell'assistenza e della riabilitazione, finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione, ci si aspettava di scoprire una sua collaborazione per l'assistenza sociale, neuropsichiatrica dei richiedenti asilo o per la realizzazione di azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute. Nella realtà alla domanda se qualcuno a livello distrettuale conduca progetti a livello preventivo e/o a livello sociale per i richiedenti asilo è stato risposto da un lavoratore di un Distretto:

"Magari! Ma non mi risulta. Non, non credo. Anche perché è un argomento abbastanza caldo da un punto di vista politico quindi credo che l'Ulss 9 si sia tenuto soprattutto su quelli che sono gli obblighi sanitari. Da un punto di vista sociale non mi risulta ci sia niente."

Non esiste nessun tipo di interesse verso i richiedenti asilo che vada oltre gli aspetti prettamente sanitari anche se nel territorio si sta registrando un aumento dei senza fissa dimora che viene ricollegato proprio all'entrata nell'illegalità di coloro che si vedono rifiutare la protezione internazionale.

Il diritto alla salute è garantito come prestazioni sanitarie, ma nel sociale ancora non si considera questo fenomeno.

4.3.3 Problemi organizzativi, cause e ipotesi di risoluzione

Gli operatori sanitari che hanno partecipato alla presente ricerca, hanno individuato molto chiaramente i problemi organizzativi che si trovano ad affrontare quotidianamente per garantire la tutela della salute dei richiedenti asilo:

- carenza di risorse.

A livello di risorse umane non è sufficiente il personale dedicato alla gestione dell'iter per l'assistenza sanitaria per i richiedenti asilo. Ad esempio il SISP nel periodo dell'anno in cui si registra il maggior

numero di arrivi avrebbe bisogno di aumentare i medici e gli assistenti sanitari dedicati alle prime visite mediche e a quelle per l'assistenza STP. Altri servizi, oltre a lamentare una carenza d'organico, non hanno la possibilità di aumentare il numero di esami eseguibili, ad esempio le radiografie del torace, per carenze strumentali.

- burocrazia.

Per poter svolgere un'esami di routine come la radiografia al torace, a cui vengono sottoposti molti richiedenti asilo appena giunti nei centri di accoglienza Veneti che ancora non si sono iscritti all'anagrafe sanitaria, è necessario iscrivere come STP. Questo implica un aggravio amministrativo che potrebbe essere ridotto se si considera che dopo poco gli stessi soggetti devono essere iscritti al Servizio Sanitario. Anticipare l'iscrizione all'anagrafe o trovare degli escamotage per poter effettuare l'esame senza la tessera STP potrebbe diminuire la burocrazia che complica il sistema.

Le pratiche per STP gravano non solo sugli amministrativi, ma anche sui sanitari. In base a quanto denunciato dagli intervistati, gli operatori sanitari sono costretti a incaricarsi delle pratiche amministrative per garantire l'assistenza ai richiedenti asilo perché tali procedure non vengono gestite dagli impiegati che dovrebbero essere preposti a tali incombenze. Il tempo richiesto per lo svolgimento di tale compito va a discapito di altre attività di assistenza sanitaria.

- carenza di flessibilità

La variabilità che caratterizza il fenomeno dei richiedenti asilo richiede che l'organizzazione sia flessibile. I bisogni e le esigenze dei migranti cambiano costantemente in base al numero di arrivi e di nuovi fenomeni che gli operatori delle strutture di accoglienza rilevano col trascorrere del tempo. Si pensi al problema delle interruzioni volontarie di gravidanza: questo fenomeno si è sviluppato dopo mesi dall'arrivo dei profughi: spetta al mondo sanitario dare una risposta rapida a problemi di salute di questo tipo sia a livello di intervento educativo sia a livello organizzativo. Per garantire risposte rapide deve essere possibile anche poter ricorrere a risorse che non necessariamente devono sempre essere disponibili, ma che al bisogno possano essere utilizzate.

- errata gestione dei bisogni

Ciò che emerge dal lavoro di ricerca è che il non considerare i bisogni inespresi dei richiedenti asilo rischia di ripercuotersi sui servizi del Sistema Sanitario. Il bisogno di ascolto, che emerge costantemente nelle interviste, porta spesso i migranti a cercare nei camici bianchi la

risposta alla loro necessità di ascolto. Il rischio è che venga effettuato un utilizzo non adeguato dei Servizi, ad il pronto soccorso, e ciò comporterebbe un aumento del carico lavorativo degli operatori del sistema sanitario.

- assenza di competenze multiculturali

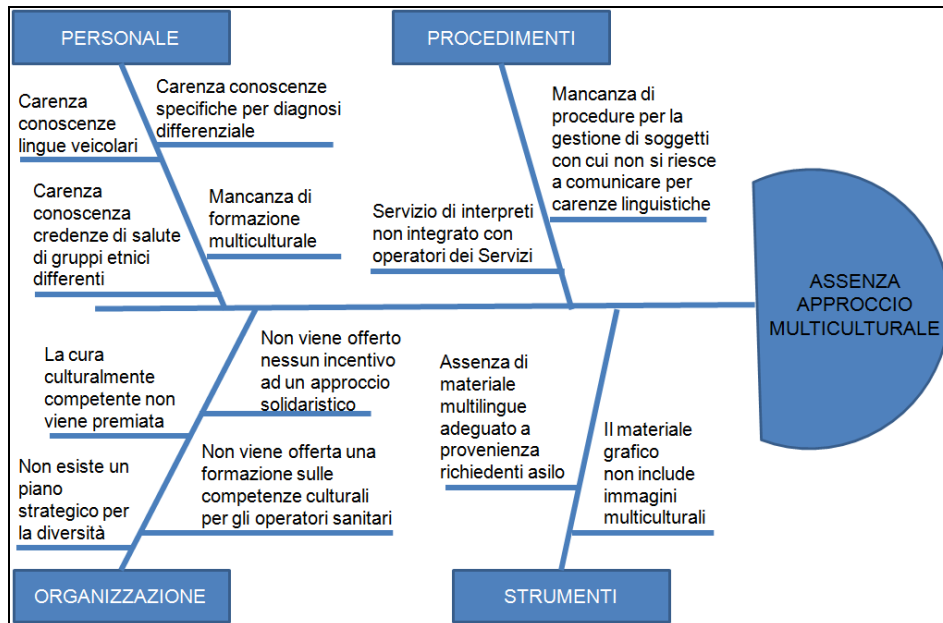
Tutti gli operatori coinvolti indicano chiaramente che i lavoratori del Sistema Sanitario non hanno le competenze adeguate per gestire utenti di altre culture. Mancano competenze linguistiche per poter comunicare, competenze specifiche per poter effettuare diagnosi differenziali, si pensi ad esempio al dermatologo che non è abituato ad esaminare la pelle scura, e competenze relazionali multiculturali. Quando ci si rapporta con gli stranieri, non si considera che loro sono portatori di valori e culture differenti e che quindi è necessario partire dalle diversità per capirsi. Nessuno degli operatori ha mai ricevuto una formazione multiculturale né durante il percorso di studio né in ambito lavorativo. La carenza di queste competenze crea incomprensioni che rischiano di influire negativamente sia a livello operativo che a livello relazionale.

Ed è proprio quest'ultimo tema, la carenza di un approccio culturale nell'ex Azienda Ulss 9, che si è deciso di affrontare perché emerge costantemente quando si affronta il tema del diritto alla salute dei richiedenti asilo. Per poter esaminare le cause di una tale mancanza si è deciso di utilizzare il diagramma a spina di pesce di Ishikawa o diagramma causa-effetto (Montgomery 2006). Kuarou Ishikawa ha proposto questo diagramma negli anni '40 per ricercare le cause a monte di un certo evento attraverso il principio delle quattro emme:

- men - manodopera: personale dei Servizi;
- machines - macchine ed attrezzature: vengono considerate anche l'energia, gli strumenti di lavoro e di misura;
- methods - metodi di lavorazione: procedure o prassi operative
- materials - materiali: vanno considerate le materie prime e ausiliari. Nel caso di un servizio pubblico o dell'analisi di un problema del terzo settore si considera l'organizzazione.

I dati raccolti durante questa ricerca hanno permesso di risalire alle cause ed effetti dell'assenza dell'approccio multiculturale nell'ex Azienda Ulss 9 come visibile nel diagramma in immagine 8.

Immagine 8: Diagramma di Ishikawa sulle cause dell'assenza di un approccio multiculturale nell'Azienda Ulss 9



Questa tecnica manageriale, utilizzata nel settore industriale e nei servizi per individuare la/le causa/e più probabile/i di un effetto o un problema ci permette di rilevare ulteriormente la carenza di percorsi formativi sulle competenze culturali per il personale dei Servizi Sanitari.

Considerato quanto emerso sia grazie al diagramma a spina di pesce, sia a quanto emerso dalle interviste condotte all'interno di questo lavoro di ricerca, per favorire un cambiamento delle dinamiche organizzative tale da migliorare l'approccio multiculturale si è pensato di proporre la realizzazione di un corso di formazione teorico esperienziale dedicato alle competenze interculturali per fornire ai dipendenti una serie di strumenti per garantire il superamento della barriera linguistica e culturale

Per poter progettare al meglio il corso di formazione non solo ci si è basati sulle affermazioni ottenute attraverso i focus group e le interviste, ma si è effettuata anche l'analisi SWOT. Sono stati analizzati i punti di forza interni (Strength), i punti di debolezza interni (Weakness), le opportunità esterne (Opportunities) e le minacce esterne (Threats) (tabella 13).

Attraverso questo tipo di analisi è possibile, utilizzando un'ottica sistemica, metter in evidenza in modo chiaro e sintetico le variabili che possono agevolare oppure ostacolare il raggiungimento degli obiettivi di un piano di formazione, distinguendo tra fattori legati all'ambiente esterno e fattori dovuti all'organizzazione interna. Ciò consente di orientare in modo più efficace le scelte strategiche ed operative successive in modo da ottenere una visione integrata degli esiti. Grazie ai risultati ottenuti, e soprattutto attraverso l'analisi del contesto interno, si possono progettare azioni correttive il cui obiettivo deve

essere migliorare gli aspetti di debolezza e verificare se la struttura del servizio (in termini di impostazione, organizzazione e competenze) e le risorse di cui dispone sono in grado di sostenere la realizzazione dell'intervento.

Tabella 13: Analisi SWOT

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> • Attualità del problema • Obbligo ECM per operatori sanitari • Bisogno reale e sentito • Consapevolezza che le competenze interculturali sono fondamentali per la salute • Forte esperienza quotidiana con stranieri • Formazione di nuove competenze • Creatività nell'affrontare la multiculturalità in assenza di competenze • Centralità della persona nel percorso di cura • Presenza servizio Mediazione linguistico-culturale • Presenza Servizio di Formazione accreditato 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindrome di Salgari • Disinteresse degli operatori • Mancanza di risorse economiche • Mancanza di risorse umane • Età media degli operatori • Formazione centrata su conoscenze e abilità e carente verso la solidarietà • Burocrazia e frammentazione istituzionale possono rallentare il processo di cambiamento
OPPORTUNITÀ	MINACCE
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento utenti stranieri a causa del massiccio arrivo di richiedenti asilo • Azienda per la formazione • Centralità della persona nella gestione del personale aziendale • Rilevazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi erogati • Rilevazione della customer satisfaction aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> • Situazione economica e dibattito politico rischiano di mettere in secondo piano il processo di inclusione sociale • Mancanza di investimenti in una gestione organizzativa più efficiente • Sottovalutare i rischi di una incomprendimento culturale • Sottovalutare i rischi di una comunicazione poco efficace per barriere linguistiche • - Non investire abbastanza nelle risorse umane

Quanto sintetizzato in tabella può quindi essere descritto attraverso i seguenti punti.

1. Punti di forza:

- l'azienda dispone internamente delle necessarie competenze per svolgere un corso di formazione sulle competenze interculturali (servizio di mediazione culturale e servizio di formazione)

accreditato);

- Il progetto non richiede nuove tecnologie e strumenti;
- L'azienda ha già sviluppato percorsi formativi analoghi per operatori di sportello;
- Sono previsti benefici in termini di buone prassi e appropriatezza delle prestazioni correlati con lo svolgimento del corso;
- è possibile farsi assegnare un budget per l'organizzazione del corso.

2. Punti di debolezza:

- gli svantaggi implicati dal progetto formativo sono legati per lo più al disinteresse e all'età degli operatori nonché alle finalità solidaristiche poco apprezzate e riconosciute in termini di efficienza ed efficacia;
- la proposta pianificata presenta aspetti non completamente realistici in quanto manca nella pianificazione un percorso di condivisione con i vari servizi aziendali.

3. Opportunità:

- il corso coinvolgerà i lavoratori dell'azienda ULSS 2;
- gli operatori sanitari presentano punti di debolezza nelle aree coinvolte dal progetto formativo;
- gli operatori sanitari richiedono crediti ECM;
- le competenze interculturali consentono di operare con efficacia su un fenomeno in continuo aumento (massiccio arrivo dei richiedenti asilo);
- sono previste periodiche rilevazioni della customer satisfaction aziendale e questa è data anche dalla soddisfazione espressa dai richiedenti asilo.

4. Minacce:

- c'è una carente sensibilità verso le opportunità comunicative e interculturali come strumento di intervento socio-sanitario;
- da valutare la compatibilità dei costi con il valore da creare e con le caratteristiche della formazione (superare le barriere linguistiche);
- i percorsi per la fruibilità dei servizi sono basati sulla cultura locale e pertanto difficilmente comprensibili per l'immigrato tanto da costituire elementi di disinformazione e a volte barriere insormontabili;
- non sono sufficientemente sostenuti economicamente i percorsi per migliorare l'efficienza delle prestazioni (attività prevalentemente sostenute da norme e circolari);
- La cultura politica ed economica locale ma anche regionale e

nazionale può avere impatto sul progetto.

Partendo dall'analisi SWOT è possibile individuare chiare indicazioni su come progettare il corso di formazione in modo da sviluppare il progetto formativo facendo leva sui punti di forza, tentando di ridurre quelli di debolezza massimizzando le opportunità e minimizzando le minacce, in modo che il processo decisionale sia maggiormente in grado di ridurre eventuali problemi di sviluppo del percorso stesso.

In quest'ottica, per esempio, per fronteggiare la mancanza nella pianificazione del percorso della condivisione con vari servizi locali è importante considerare che l'inserimento del progetto nel piano formativo aziendale costituisce il primo passo di condivisione. Il fatto che la formazione sia centrata su conoscenze ed abilità e sia carente verso la solidarietà può essere compensato o addirittura superato grazie alla quotidianità dell'esperienza, alla consapevolezza degli operatori che le competenze interculturali siano fondamentali per la salute degli utenti stranieri e dalla loro creatività nella gestione dei casi che ogni giorno si trovano a dover gestire. Per minimizzare la minaccia rappresentata dalla cultura politica ed economica locale, ma anche regionale e nazionale, che può avere un impatto negativo sul progetto, è ritenuto importante sensibilizzare l'opinione pubblica sugli effetti indotti dalla formazione (riduzione accessi al pronto soccorso, riduzione mancati appuntamenti, ecc.). Questo potrebbe aiutare ad evitare che si ripetano proteste da parte dei residenti che vedono nei profughi una minaccia. "*Ci rubano il posto*"⁶⁶.

Per questo motivo si è ipotizzata l'organizzazione di un corso di formazione come visibile in tabella 14.

Si presume, che una volta completato il percorso formativo gli operatori possano utilizzare l'insieme delle proprie conoscenze, delle capacità di comprensione e delle abilità che permettono di fornire un'assistenza coerente con le diverse necessità del richiedente asilo e, più in generale, dello straniero.

Tabella 14: Proposta formativa

CORSO FORMATIVO "DIVERSITÀ E COMPETENZE CULTURALI PER I SERVIZI DELL'AZIENDA ULSS 2"
<p><u>Obiettivo generale</u></p> <p>Sviluppo di competenze multiculturali per fornire ai dipendenti gli strumenti necessari per garantire il diritto alla salute dei migranti e in particolare dei richiedenti asilo</p>

⁶⁶ <http://tribunatreviso.gelocal.it/treviso/cronaca/2017/03/05/news/treviso-ambulatori-dei-medici-di-famiglia-paralizzati-dai-profughi-1.14976169>

Obiettivi specifici

- Acquisire conoscenze dei riferimenti teorici all'approccio interculturale
- Apprendere l'utilizzo ottimale degli strumenti relativi alla comunicazione interculturale
- Favorire la comprensione dei bisogni e delle esigenze dei richiedenti asilo

Contenuti

- Metodologia relativa all'approccio interculturale
- Approfondimento dei concetti di Identità e cultura interne alla propria professione nel lavoro con persone straniere
- Emersione e discussione delle diverse immagini di immigrato
- Il percorso migratorio: processi di acculturazione
- Individuazione di alcune variabili significative nelle fasi del percorso migratorio
- Conoscenza di usanze, tradizioni e rappresentazioni di determinati eventi cardine in differenti culture (nascita e modelli di maternage, morte, malattia, rappresentazioni mentali legate al dolore e alla sofferenza, crescita e dinamiche evolutive)
- Conoscenza di alcuni aspetti fondamentali dei migranti richiedenti protezione internazionale
- L'immigrato di religione islamica e cultura araba nell'incontro con i servizi
- Organizzazione del sistema sanitario nei differenti Paesi di maggior immigrazione
- Analisi di alcuni incidenti critici vissuti nell'incontro/scontro con l'altro/diverso
- Riconoscere le variabili culturali (le nostre cornici) che entrano in gioco nella relazione con l'altro

Destinatari

I lavoratori dell'Azienda Ulss 2. Priorità viene garantita ai dipendenti dei Servizi appartenenti alla rete di assistenza ai richiedenti asilo

Metodo

Lezione frontale, lavori di gruppo, confronti e dibattiti, role playing

Sussidi didattici

- pc
- proiettore
- materiale di cancelleria
- Lavagna a fogli mobili
- Dispense delle relazioni

Durata

Durata complessiva 16 ore. Sono previste 2 edizioni di 22 partecipanti cadauna. La frequenza è obbligatoria per la totalità delle ore

Sede, Data, Orario

Sala riunioni -Dipartimento di Prevenzione, via Castellana 2, 31100 Treviso

Edizione	Date	Orario
1	13-14 settembre 2017	8.30-12.30 13.00-17.00
2	15-16 settembre 2017	8.30-12.30 13.00-17.00

Docenti

Formatori Centro Eidos di Treviso specializzato in ricerca, formazione e intervento in ambito psicologico, sociale, comunicativo e multiculturale secondo l'approccio Sistemico relazionale

Verifica

- questionario intermedio
- questionario finale
- questionario ECM

Costi

Voce di Spesa	€
Docenza oinicomprensiva Eidos	2020,00
Accreditamento ECM	258,22
Materiale didattico	100,00
Segreteria (Servizio Formazione Ulss 2)	(isorisorse) 0,00
<i>Totale</i>	<i>2378.22</i>

Benefici e Opportunità

Benefici e opportunità	
Lavoratore	<ul style="list-style-type: none">• Formazione gratuita• Acquisizione crediti ECM• Acquisizione nuove competenze• Gratificazione professionale
Organizzazione	<ul style="list-style-type: none">• Pianificazione e gestione diretta della formazione del personale• Omogeneità della formazione• Miglioramento approccio multiculturale• Tendenza al miglioramento continuo

Stima delle risorse

- Risorse umane: docenti Eidos (docenza) e dipendenti Servizio Formazione (segreteria organizzativa del corso), dipendenti ervizi coinvolti (sostituzioni per ore di frequenza del corso)
- Risorse tecnologiche: strumenti, beni, e apparecchiature presenti in Dipartimento di Prevenzione per lo svolgimento delle attività e materiale didattico
- Risorse strutturali: sala riunioni e locali del Dipartimento di Prevenzione Ulss
- Risorse economiche: a budget del Dipartimento e utilizzo risorse aziendali destinate alla formazione

Indicatori di efficacia ed efficienza

Gli indicatori sono stati scelti in modo perché misurabili in modo semplice, accurato, riproducibile e perché assicurano il governo del processo sia in termini di efficienza organizzativa sia di efficacia del risultato. Sono misurati e controllati dal docente del corso e dalla segreteria organizzativa

Di seguito sono indicate anche le modalità di rilevazione, misurazione e reportistica degli indicatori scelti

- **indicatori di efficienza**

- ✓ di processo

(n° lavoratori partecipanti al corso/n° lavoratori dei principali servizi che si occupano di richiedenti asilo) x100

STD=100%

Misura l'efficienza valutando la partecipazione dei lavoratori che si occupano dei richiedenti asilo. L'indicatore può essere misurato in itinere sia al termine del percorso.

✓ di output

(n° dossier ECM consegnati al Provider entro 15 giorni/n° dossier ECM totali) x 100

STD=100%

Si tratta di un indicatore facilmente rilevabile grazie all'obbligo di consegna del dossier al Provider per ottenere il rilascio dei crediti. L'efficienza viene quindi garantita dal raggiungimento dell'accREDITAMENTO degli ECM da parte dei partecipanti al corso di formazione.

Si è deciso per gli indicatori di efficienza di utilizzare uno standard atteso del 100% perché il corso deve essere frequentato con profitto da tutti i lavoratori coinvolti nel garantire il diritto alla salute dei richiedenti asilo.

• **indicatori di efficacia**

✓ di processo

(n° verifiche competenze interculturali con valutazione sufficiente al termine della prima giornata/n° verifiche totali al termine della prima giornata) X 100

STD ≥ 95%

Verifica in itinere l'efficacia del processo formativo attraverso la rilevazione delle competenze interculturali apprese. Viene misurato alla fine della prima giornata di corso attraverso la somministrazione dell'apposito questionario.

✓ di output

(n° partecipanti al corso con valutazione finale positiva/n° partecipanti al corso) x 100

STD ≥ 100%

Misura l'efficacia di risultato rilevando il numero di lavoratori partecipanti al corso con valutazione positiva del questionario somministrato al termine del corso.

Gli indicatori di efficacia appena analizzati si riferiscono a standard differenziati perché il primo (standard atteso 95%) ammette una possibilità di fallimento della prova intermedia (5%) essendo possibile colmare le lacune in itinere, mentre il secondo non ammette fallimenti (standard atteso 100%).

5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Il diritto alla salute a livello giuridico può essere inteso sia come diritto di libertà, (l'individuo chiede allo Stato di astenersi e di lasciarlo scegliere liberamente) sia come diritto sociale (si chiede allo Stato di fornire un servizio, ad esempio l'assistenza sanitaria). Il presente lavoro si concentra proprio su questo aspetto del diritto alla salute dei richiedenti asilo. Il richiedente asilo è colui che ha presentato domanda di asilo ad una Questura o alla polizia di frontiera in base al modello C/3 "Modello per il riconoscimento dello status di rifugiato ai sensi della Convenzione di Ginevra". Lo status di richiedente asilo o richiedente protezione internazionale dura fino alla decisione della Commissione Territoriale competente o, in caso di appello, fino al termine del ricorso. Un esito positivo della Commissione Territoriale può garantire al migrante o il riconoscimento di rifugiato o la protezione sussidiaria. Nel primo caso si riconosce al migrante di essere un perseguitato per razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un gruppo sociale o opinioni politiche, come indicato nella Convenzione di Ginevra del 1951. Nel secondo caso si riconosce un rischio effettivo di subire un danno grave se il soggetto tornasse nel Paese di origine o di dimora abituale, non a causa di una delle persecuzioni individuali già descritte, ma a causa di condanna a morte, di tortura o di altra pena o trattamento inumano e degradante o di minaccia alla vita derivante da violenza indiscriminata in situazione di conflitto armato. L'ordinamento Italiano prevede inoltre, nel caso non ci siano motivi per concedere una delle forme di protezione internazionale, che la Commissione Territoriale possa inviare gli atti alla Questura per verificare l'esistenza di condizioni tali da rilasciare un permesso umanitario. Nel caso in cui l'esito non soddisfi il richiedente asilo, sia stata rifiutata la richiesta o lo status riconosciuto non sia quello ritenuto più idoneo, egli può presentare ricorso in appello. I diritti e gli obblighi variano in base al tipo di status riconosciuto al migrante, ma da un punto di vista di assistenza sanitaria non esistono differenze né tra le tre tipologie di protezione né tra richiedente e colui che ha già ottenuto il permesso.

Il diritto alla salute è stato per la prima volta sancito come diritto fondamentale di ogni essere umano con la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946, ma è stato incluso tra i diritti alla persona solo nel 1951 grazie alla già citata Convenzione di Ginevra. In base all'articolo 23 e 24 ai rifugiati deve essere garantito lo stesso trattamento concesso ai cittadini. In Europa l'assistenza sanitaria è garantita dalle direttive 2003/9/CE e 2004/83/CE recepite dall'ordinamento italiano con il D. Lgs n. 140/2005 e il D. Lgs 251/07. In

realtà in Italia è la Costituzione, Carta fondamentale dell'ordinamento italiano, a garantire la tutela della salute come indicato nell'art. 32: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*". In base alle normative vigenti il richiedente asilo per godere dell'assistenza Sanitaria di cui gode il cittadino italiano deve iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale. Per poterlo fare deve essere in possesso di un permesso di soggiorno che viene garantito ai richiedenti protezione internazionale, ma che non viene rilasciato contestualmente alla deposizione della domanda. Durante il periodo che intercorre tra l'arrivo del migrante e il rilascio del permesso di soggiorno il richiedente asilo non ha la possibilità di iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale e pertanto, come previsto dal D. Lgs n. 268 del 1998 deve utilizzare l'assistenza sanitaria erogata dal rilascio individuale della tessera STP (Straniero Temporaneamente Presente) che garantisce cure di primo livello, cure urgenti, la tutela della gravidanza e della maternità, vaccinazioni, screening, prevenzione HIV e prestazioni per patologie croniche. Quando il richiedente asilo ottiene il permesso di soggiorno allora, sempre in base al D. Lgs n. 268, ha l'obbligo iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale presso l'Azienda del Comune di dimora e ciò garantisce parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto agli italiani anche per quanto concerne l'obbligo contributivo. Rispetto a questo i richiedenti asilo, proprio come i cittadini, possono beneficiare delle agevolazioni previste in caso d'indigenza.

Per poter individuare quali miglioramenti organizzativi proporre per garantire il diritto alla salute dei richiedenti asilo all'interno del quadro giuridico appena descritto è stato necessario conoscere le loro condizioni di salute. Il numero di presenze è in costante aumento: si è passati dalle 1.069 presenze rilevate nel gennaio 2016 alle 2.047 nel dicembre dello stesso anno. I dati analizzati hanno permesso di rilevare, come sostenuto anche in letteratura, che i richiedenti asilo godono dell'effetto "migrante sano". I principali problemi di salute, in base alle visite specialistiche effettuate, sono di tipo ginecologico, si consideri che vi sono stati diversi casi di donne gravide, o dermatologiche. Anche le richieste di visita infettivologica sembrano essere abbastanza frequenti, ma, se si considerano le malattie infettive che hanno colpito i richiedenti asilo e che sono state notificate attraverso l'apposito sistema di sorveglianza SIMIWEB, ci si rende conto che i problemi più diffusi sono varicella, scabbia e pidocchi. La prima malattia ha una epidemiologia differente nei paesi africani rispetto ai climi temperati europei: la varicella colpisce più in età adulta e non da bambini come avviene da noi. Tra il 2014 e il 2016 si sono registrati solo 3 casi di Tubercolosi anche se la positività alla Mantoux è comune tra i richiedenti asilo e quindi vi sono state diverse persone che sono state messe in profilassi antitubercolare. Ciò non significa

però che esista un rischio per la salute degli italiani: la sindrome Salgari, il timore che i migranti siano portatori di malattie esotiche e pericolose per la salute degli autoctoni, non ha quindi nessun fondamento scientifico. Che i richiedenti asilo godano di un buon stato di salute viene dimostrato anche dai dati delle visite mediche a cui sono sottoposti i migranti quando giungono nelle strutture di accoglienza. Il "Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso di immigrati" della Regione Veneto del 2 ottobre 2014 prevede sia lo svolgimento della visita sia la somministrazione di alcune vaccinazioni. Lo scorso anno sono state somministrate 3.216 dosi di vaccino: morbillo, parotite, rosolia, difterite, tetano, polio e varicella sono le malattie per cui si vaccina di più. I problemi di salute si riscontrano principalmente in coloro che sono appena arrivati in Italia, a causa delle condizioni di viaggio sostenute. Anche i dati nazionali sulla salute degli stranieri presenti in Italia indicano che nel periodo prossimo all'arrivo i migranti hanno una salute migliore rispetto a chi vive in Italia da più tempo. Questi ultimi possono risentire delle condizioni di vita precarie in alcuni casi o di un'assimilazione culturale degli stili di vita della società ospite che porterebbe ad un aumento delle patologie cronico-degenerative anche tra gli stranieri. Per quanto riguarda violenze e problemi psichiatrici, attraverso l'analisi della letteratura, è emerso che sono problemi molto diffusi tra i migranti: la sindrome da disturbo post traumatico se non correttamente gestita in futuro rischia di trasformarsi in un'emergenza sanitaria.

La particolarità della presente ricerca è quella di aver coinvolto i richiedenti asilo nella definizione dei loro stessi bisogni di salute. Questo, non solo rientra nel diritto nel partecipare alla salute, ma favorisce anche il rilevare bisogni inespresi che rischiano altrimenti di rimanere latenti. Dalle interviste emerge chiaramente il bisogno di ascolto: i richiedenti asilo hanno bisogno di attenzioni, di qualcuno che dedichi loro, singolarmente, del tempo e permetta loro di essere quella persona e non un numero all'interno di una massa. Emergono forti differenze culturali che complicano la capacità di comprendere e orientarsi nella realtà italiana. I richiedenti asilo, ad esempio, non hanno chiaro chi sia il Medico di Medicina Generale e per qualsiasi problema di salute ricorrerebbero all'ospedale. L'incapacità di comprendere il Sistema Sanitario Nazionale si ripercuote sia nello scorretto utilizzo dei Servizi da parte dei richiedenti asilo, con il rischio di affollare inutilmente il pronto soccorso, sia nel non vedere garantito il diritto alla salute individuale per ignoranza di quale assistenza è possibile richiedere per legge. Per comprendere quanto descritto si consideri che uno degli intervistati, con evidenti problemi ad un occhio, ha dichiarato di aver riferito agli operatori del centro i propri problemi visivi, ma che ogni volta il non avere soldi e non avere documenti sono stati indicati quasi come scuse per

non intervenire. La ricostruzione del caso, ha permesso di individuare il vero problema: nonostante il ragazzo sia arrivato a Treviso da molto tempo ancora non è iscritto all'anagrafe sanitaria. Questo gli impedisce di fatto l'accesso a certe prestazioni, come quella oculistica, perché il problema in questione non rientra tra le emergenze e quindi la tessera STP non garantisce tale assistenza. Se il soggetto fosse iscritto al Sistema Sanitario sarebbe possibile accedere ad una visita specialistica solo con una richiesta del Medico di Medicina Generale. Questa mancanza burocratica lede il diritto alla salute di questo migrante. Per fortuna si tratta di un caso raro, ma questo non deve essere un alibi per non intervenire per ripristinare il diritto non rispettato.

Anche gli operatori delle strutture di accoglienza hanno individuato come ostacolo al diritto alla salute dei richiedenti asilo l'eccessiva burocrazia del Sistema Sanitario e le difficoltà legate alle differenze culturali. L'incapacità di comunicare in una lingua veicolare e l'impreparazione degli operatori sanitari a lavorare in un ambito multiculturale sono problemi che si riscontrano quotidianamente quando il richiedente asilo si rivolge al sistema sanitario. Le diverse concezioni della malattia, delle terapie, dei farmaci, di cosa aspettarsi dall'altro creano barriere per accedere ai servizi. Per questo motivo, secondo gli operatori delle strutture, questi temi, insieme ad altri come l'igiene individuale e ambientale, le modalità di trasmissione delle malattie e alcune informazioni sugli stili di vita, dovrebbero essere oggetto di corsi dedicati ai richiedenti asilo. Durante i focus group è stato possibile constatare che è diffusa la sindrome di Salgari. Tale situazione, anche se non connessa col diritto alla salute dei richiedenti asilo, andrebbe affrontata e gestita perché il problema è molto diffuso in quest'area del Veneto e può ripercuotersi anche sull'integrazione dei migranti. Infine gli operatori hanno rilevato una carenza nella propria formazione rispetto alla formazione medico-legale ad esempio se e quando somministrare farmaci. Ad esempio non è chiaro se sia legale consegnare ad un richiedente asilo un antiinfiammatorio che rappresenta un farmaco che qualunque mamma somministrerebbe senza problemi al proprio figlio. La conseguente richiesta è quella di fornire formazione in questo campo e creare delle linee guida o delle procedure da seguire in caso di situazioni sanitarie specifiche.

Anche gli operatori sanitari intervistati hanno confermato la tesi del migrante sano. I problemi di salute più diffusi riguardano la varicella, i casi di tubercolosi latente, i problemi di salute mentale, vari tipi di somatizzazioni come il prurito alla pelle, il disagio derivante dall'inattività a cui sono sottoposti per lunghi periodi e l'aumento delle interruzioni volontarie di gravidanza. Di nuovo emerge fortemente il problema dell'assenza di un approccio multiculturale: mancano competenze specifiche sia in ambito linguistico che specialistico. Queste carenze si ripercuotono sia a livello di incapacità di effettuare diagnosi

differenziali sia a livello di relazioni con i migranti. È difficile prendersi cura di una persona che non dà il tuo stesso valore ai concetti di identità, salute, malattia e cura. Si rischia di favorire il sorgere di incomprensioni che rendono inefficace il lavoro per tutelare la salute. Ad esempio, per affrontare il problema delle interruzioni volontarie di gravidanza si è progettato un percorso facilitato per l'uso della spirale come metodo contraccettivo. Durante un incontro con le donne richiedenti asilo ospitate nella struttura di accoglienza più grande della provincia è stato spiegato loro l'utilizzo della spirale ed è stata data la possibilità di prenotare gratuitamente un appuntamento per l'inserimento. Nessuna delle presenti ha aderito all'iniziativa. Le cause di tale fallimento possono essere molteplici: una concezione differente dell'aborto non influenzata dal concetto cristiano di vita, l'importanza di manifestare la propria femminilità attraverso la dimostrazione della propria capacità gestazionale, anche se poi si preferisce interrompere la gestazione, o la non adeguatezza del metodo anticoncezionale proposto. La spirale, dopo alcuni anni, deve essere rimossa e le richiedenti asilo non sanno quale sarà il loro futuro. Questo rende difficile anche ipotizzare se queste donne godranno di un'assistenza sanitaria che garantisca la rimozione in sicurezza della spirale. Sembra chiaro che il progetto, pensato con le migliori intenzioni, è stato creato senza l'utilizzo di un approccio multiculturale. La sola presenza del mediatore culturale alla riunione infatti non è sufficiente per garantire che le due culture riescano a dialogare e capirsi realmente a livello di esigenze di salute.

All'interno dell'ex Ulss 9 l'erogazione dell'assistenza ai richiedenti asilo ha favorito la formazione di una rete di Servizi composta dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica, l'Anagrafe Assistiti, la Radiologia, le Malattie Infettive, la Pneumologia e la Ginecologia. Per alcuni casi specifici collaborano anche la Dermatologia e il Dipartimento di Salute Mentale, ma non esistono progetti di prevenzione e promozione della salute destinati ai richiedenti asilo. La tutela del diritto alla salute si esplica solo nella prevenzione della diffusione di malattie infettive e nella cura di singoli casi patologici. I problemi organizzativi per garantire la tutela della salute dei richiedenti asilo più diffusi secondo gli intervistati sono la carenza di risorse, la burocrazia, la carenza di flessibilità, un'errata gestione dei bisogni dei migranti e l'assenza di competenze multiculturali.

In base a quanto rilevato grazie al presente lavoro di ricerca è possibile formulare alcuni suggerimenti organizzativi per migliorare i Servizi offerti dall'ex Ulss 9 che potrebbero essere recepiti anche dalla nuova organizzazione dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana.

Visto che l'assenza di un approccio multiculturale emerge costantemente come problema organizzativo durante tutto il lavoro di ricerca, si è deciso di utilizzare

il diagramma a spina di pesce di Ishikawa per analizzare le cause e gli effetti a monte di tale mancanza. È emerso che al personale manca la formazione multiculturale e quindi si è deciso di ipotizzare come soluzione del problema la realizzazione di un corso di formazione per gli operatori dell'Azienda Sanitaria che più sono a contatto con i richiedenti asilo. La formulazione della proposta formativa è stata preceduta dall'utilizzo dell'analisi SWOT per individuare i punti di forza su cui fare leva in modo da ridurre quelli di debolezza, massimizzando le opportunità e minimizzando le minacce. In base ai risultati è stata declinata la proposta formativa che partendo dagli obiettivi, generale e specifici, descrive i contenuti, i destinatari, il metodo, i sussidi didattici, la durata con l'indicazione della sede della data e dell'orario del corso. Sono già stati individuati i possibili docenti e i costi da sostenere, gli strumenti di verifica dell'apprendimento e i benefici e le opportunità che ne trarrebbero sia il lavoratore partecipante alla formazione sia l'Azienda che mettesse in atto tale corso. Per concludere la presentazione del corso sono stati descritti gli indicatori di efficienza ed efficacia da utilizzare per valutare il percorso.

Altra barriera che deve essere affrontata a livello organizzativo riguarda il problema linguistico: dovrebbero essere disponibili più materiali in lingua e sarebbe opportuno integrare un interprete, almeno per le lingue veicolari, nelle équipes che quotidianamente devono prendersi cura dei richiedenti asilo o dei migranti in generale. Oggi il servizio di traduzione e interpretazione è disponibile solo su chiamata e quindi gli interpreti non sono preparati per gestire o situazioni problematiche o la progettazione di interventi di prevenzione e promozione della salute. Anche questo gap andrebbe colmato in previsione di un costante arrivo di nuovi richiedenti asilo.

Inoltre è opportuno che l'organizzazione adotti misure per rimuovere le barriere alla salute. Come indicato nell'Atto Aziendale dell'ex Azienda Ulss 9 uno degli obiettivi del sistema è "*consolidare l'integrazione socio-sanitaria a garanzia della tutela della salute e del benessere della persona nella sua globalità, assicurando una presa in carico organizzata e coordinata*". Tra le attività previste nel Distretto socio-sanitario, ad esempio, esistono anche l'assistenza scolastica e l'inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale. Essendo i richiedenti asilo una nuova categoria debole si potrebbe pensare di estendere anche a loro questo servizio. Alloggio e lavoro sono fondamentali per la salute. L'ambiente in generale deve essere in grado di favorire la salute e il territorio trevigiano, sia in termini di disponibilità di spazi e risorse ambientali sia per quanto riguarda il substrato sociale, è molto ricco. Si pensi, solo per citarne alcune, alle varie iniziative di associazioni di volontariato che stanno coinvolgendo i richiedenti asilo in attività

di orticoltura e di arte casearia⁶⁷ piuttosto che in corsi di alfabetizzazione informatica⁶⁸. Nel territorio sono presenti anche una palestra popolare dove ogni giorno circa cinquanta richiedenti asilo giungono per praticare attività psicomotorie e un opificio in cui, grazie alla collaborazione con un designer, i migranti realizzano case giochi per bambini⁶⁹. Queste iniziative, lodevoli e lasciate al volontariato dovrebbero fornire un esempio di come un'Azienda Socio-Sanitaria dovrebbe integrare problemi sociali e sanitari che incidono sulla salute dei suoi utenti. Si ricorda che un altro elemento essenziale per garantire la salute delle persone è rappresentato dall'health literacy: Distretto socio sanitario e Dipartimento di Prevenzione devono creare reti capaci di aumentare la capacità di tutti, e in questo caso in particolare dei richiedenti asilo, di gestire e comprendere l'informazione sanitaria. L'organizzazione aziendale dovrebbe garantire che sia possibile condurre interventi come quelli appena descritti. Ad oggi però non esiste ancora questa possibilità.

Per facilitare l'accesso ai Servizi Sanitari si può non solo favorire l'integrazione dei migranti nei percorsi di assistenza standard, ma organizzare veri e propri corsi per insegnare come funziona il nostro sistema sanitario. Questo è utile non solo per orientare i richiedenti asilo e diminuire gli accessi inappropriati al pronto soccorso oggi, ma anche per facilitare un domani l'utilizzo dei servizi disponibili sia che i migranti ottengano lo status di rifugiato sia che diventino irregolari. L'autonomia e la capacità di orientarsi sono fondamentali: senza esse potrebbe essere messa a rischio anche la salute pubblica ad esempio nel caso di un migrante irregolare con tubercolosi polmonare che non accede agli ambulatori STP per paura di essere denunciato.

Per quanto riguarda alcuni specifici problemi di salute, si è rilevata l'eccellenza organizzativa del Dispensario Funzionale Tubercolare che risponde alle più recenti indicazioni di letteratura internazionale. Cure dentali, HIV e problemi di salute mentale sono invece ambiti che non sono considerati per quanto riguarda i richiedenti asilo se non per la gestione delle urgenze. Anche questo potrebbe essere affrontato attraverso eventuali cambiamenti organizzativi. Dovrebbe essere infatti implementata una rete che colleghi territorio e ospedale e che sia in grado, in caso di bisogno, di una flessibilità tale da attivare risorse aggiuntive rispetto a quelle quotidianamente a disposizione per il tempo necessario.

In base a quanto finora affermato si ritiene infine di dover raccomandare che, a partire da oggi e per il futuro, la tutela del diritto alla salute nell'ex Azienda Ulss

⁶⁷ <http://www.trevisotoday.it/cronaca/profughi-orti-sociali-san-paolo-treviso-giugno-2016.html> Ultimo accesso 22 marzo 2017.

⁶⁸ <http://www.oggiatreviso.it/treviso-al-corso-di-alfabetizzazione-informatica-stranieri-151878> Ultimo accesso 22 marzo 2017.

⁶⁹ <http://www.vita.it/it/article/2017/02/09/le-mani-creative-dei-rifugiati/142420/> Ultimo accesso 23 marzo 2017.

9 debba avere come focus centrale un concetto di salute globale fisica e mentale, un benessere complessivo che non si limiti a valutare solo l'assenza di malattia. Per favorire questa visione che deve essere al contempo omnicomprensiva e multiculturale è necessario coinvolgere i richiedenti asilo nella valutazione dei loro bisogni. Se ad esempio il progetto per prevenire gravidanze indesiderate avesse incluso i destinatari, le donne migranti, nel gruppo di progettazione, come suggerito anche nel Quaderno delle buone pratiche (DORS 2011), probabilmente si sarebbero potuti individuare interventi più efficaci. L'utilizzo di approcci partecipati è fortemente caldeggiato anche dalle più recenti indicazioni per costruire politiche per la salute a livello globale e non solo per l'Ulss locale, ma tutto il Sistema Sanitario Nazionale deve tenerne conto e adottare metodi partecipativi per coinvolgere gli utenti.

La realtà dei fatti è che, come già sostenuto dal sociologo di fama internazionale Zygmunt Bauman nel 2013, quando il massiccio arrivo di stranieri era considerato un'emergenza momentanea, le migrazioni sono una caratteristica della modernità che taglia fuori dal processo produttivo individui che perdono in tal modo la propria fonte di sussistenza e che niente fermerà i migranti "*persone superflue che cercano di rifarsi una vita*"⁷⁰. È compito del Sistema Sanitario Nazionale e di tutte le parti che lo compongono, Regioni e Aziende Sanitarie, governare questo fenomeno attraverso la creazione di alleanze con altri enti e il settore privato sociale per garantire che i prerequisiti di salute siano assicurati non solo oggi, ma anche domani sia a coloro che riceveranno il permesso di soggiorno grazie alla protezione internazionale o a quella umanitaria, sia a chi diventerà immigrato irregolare.

⁷⁰ http://www.huffingtonpost.it/2013/10/09/zygmunt-bauman-lampedusa_n_4071554.html Ultimo accesso 23 marzo 2017.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

MONOGRAFIE

Ambrosini M. Sociologia delle migrazioni (Seconda Edizione). Bologna: Il Mulino, 2011

Buzzi C, Sartori F. Sociologia. Questioni e metodi. Milano: Apogeo, 2012

Caldarozzi A. Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento. Nepi: Varigrafica Alto Lazio, 2010

Corbetta P. Metodologie e tecniche della ricerca sociale. Bologna: Il Mulino, 1999

De Piccoli N, Salute e qualità della vita nella società del benessere. Prospettive interdisciplinari. Roma: Carocci Editore, 2014

Dors, Come documentare l'evidenza in sanità pubblica. La guida Dors per la sintesi delle evidenze sull'efficacia degli interventi. Grugliasco, 2011.

Faggiano F, Donato F, Barbone F. Manuale di Epidemiologia per la Sanità Pubblica. Torino: Centro Scientifico Editore, 2005

Hannigan A, O'Donnell P, O'Keeffe M, MacFarlane A. How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services? (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016

Gasparini G. La dimensione sociale del tempo. Milano: Franco Angeli, 2000

Giovannetti M (a cura di). Rapporto annuale SPRAR. Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati. Atlante SPRAR 2015. Roma: Tipografia Grasso, 2016

Hannigan A, O'Donnell P, O'Keeffe M, MacFarlane A. How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services? (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016

International Organization for Migration (IOM). Geneva: International Organization for Migration, 2011

Krueger RA, Casey MA. Focus group: a practical guide for applied research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2000

Lanzetti C, Lombi L, Marzulli M. Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità. Milano: Franco Angeli; 2008

Levi M. Metodologia per la costruzione di raccomandazioni in Sanità Pubblica. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli studi di Firenze, 2008-2009

Marandi A. Raccontar storie. Roma: Carocci, 2005

Mazzetti M, Aragona M, Monti MC. Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016. In AA.VV. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016. Roma: DigitaliaLab; 2016

Montgomery DC, Controllo statistico della qualità. Milano: Mc Graw-Hill Education, 2006

Morozzo della Rocca P. Immigrazione e Cittadinanza. Profili normativi e ordinamenti giurisprudenziali. Torino: Utet Giuridica, 2008

Nicoli MA, La ricerca qualitativa come paradigma in ambito sanitario: lavori in corso. In Lanzetti C, Lombi L, Marzulli M. Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità. Milano: Franco Angeli; 2008

Niero M. Standardizzazione vs personalizzazione dei questionari negli studi sui Patient Reported Outcomes. In Lanzetti C, Lombi L, Marzulli M. Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità. Milano: Franco Angeli; 2008

Osservatorio Regionale Immigrazione. Immigrazione straniera in Veneto. Rapporto 2015. Venezia: Regione del Veneto, 2016

Perri C. Il sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati in Italia: punti di forza e criticità. in Dossier statistico immigrazione 2015. Roma: Centro studi e ricerche IDOS, 2015

Petticrew M, Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: a practical guide. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2006

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder & posttraumatic stress disorder. Melbourne: Phoenix Australia, 2013

Richards L, Morse JM. Fare ricerca qualitativa. Milano: Franco Angeli; 2009

Seward J, Jumaan A. Chapter 40 VSV: persistence in the population. In Arvin A, Campadelli-Fiume G, Mocarski E, et al., Human Herpesviruses: Biology, Therapy, and Immunoprophylaxis. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.

Tognetti Bordogna. MT. Differenze culturali e servizi sanitari nella società multi-etnica. In Società Italiana di Sociologia della Salute. Salute e società, 2004 anno III – 3

UN United Nations. International Migration Report 2015. Highlights. New York:United Nations, 2016

UNHCR Alto commissariato delle Nazioni unite per I Rifugiati. La tutela dei richiedenti asilo. Manuale giuridico per l'operatore. 2007

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends forced displacement in 2015. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2016

WHO World Health Organization. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016

Zanfrini L, Sociologia delle migrazioni. Bari: Laterza, 2007

DOCUMENTI ON LINE

AA.VV. Un futuro sospeso "dinamiche migratorie e invecchiamento della popolazione". Rapporto sulla presenza e sulla distribuzione degli immigrati nella provincia di Treviso. Tredicesima edizione. Disponibile a: <http://anolftreviso.it>. Ultimo accesso: 19 febbraio 2017

Apolone G, Mosconi P, Quattrociochi L, Gianicolo AL, Groth N, Ware JE Jr. Questionario sullo stato di salute SF-12 (Versione italiana). Milano: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano, 2001. Disponibile a: <http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf>. Ultimo accesso: 11 marzo 2017

Asylum Information Database (AIDA). Country Report Italy. Disponibile a <http://www.asylumineurope.org/reports/country/italy>. Ultimo accesso: 24 febbraio 2017

Baratto B, Berdusco M, Marengo F, Bertazzon L. Rapporto sulla presenza e sulla distribuzione degli immigrati in provincia di Treviso 2015. 2016. Disponibile a: <https://www.venetolavoro.it/documents/10180/1665817/cittadini%20stranieri%20residenti%20a%20Treviso%20-%20a.%202015%20%283%29.pdf>.

Ultimo accesso: 27 febbraio 2017

Commissione Nazionale per il diritto di asilo, Servizio Centrale SPRAR, UNHCR, ASGI. Vademecum per richiedenti protezione internazionale. Disponibile a : http://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/16/0728_vademecum_richiedenti_asilo.pdf.

Ultimo accesso: 24 febbraio 2017

CRI Croce Rossa Italiana. Igiene e prevenzione per gli operatori dei centri per migranti. 2011. Disponibile a: <https://www.cri.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/9%252Ff%252F4%252FD.ac23e1bb9b330c505d20/P/BLOB%3AID%3D21242/E/pdf>

Ultimo accesso: 8 marzo 2017

Di Marco S, Di Paolantonio M, Salvio G: Assistenza Sanitaria agli stranieri. Aggiornamento medico obbligatorio dei Medici di Medicina Generale. 2013-2014. Disponibile a: http://www.info.asl2abruzzo.it/files/140905_formazione-mmg_assistenza-sanitaria-agli-stranieri.pdf.

Ultimo accesso: 28 febbraio 2017

DORS. Buone Pratiche Cercasi. La griglia di valutazione Dors per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute. 2011. Disponibile a: http://www.dors.it/alleg/bp/201406/best%20practice_webversion_def.pdf.

Ultimo accesso: 23 marzo 2017

ECDC Europea Center for Disease Prevention and Control. Infectious diseases of specific relevance to newly-arrived migrants in the EU/EEA. 2015. Disponibile a : http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1405.

Ultimo accesso: 8 marzo 2017

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Descripción del instrumento. Cuestionario de salud SF-12. 2015. Disponibile a: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12_CUESTIONARIO.pdf.

Ultimo accesso: 13 febbraio 2017

Medici Senza Frontiere, Traumi ignorati - Rapporto. 2016. Disponibile a: http://archivio.medicisenzafrontiere.it/pdf/Rapp_Traumi_Ignorati_180716.pdf.
2016.

Ultimo accesso: 11 gennaio 2016

Morandi N, Bonetti P. La protezione sussidiaria. Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione. Scheda ASGI 2012. disponibile a: <http://www.asgi.it/wp-content/uploads/public/protezione.sussidiaria.morandi.bonetti.11.marzo.2012.pdf>.

Ultimo accesso: 21 febbraio 2017

Morandi N, Bonetti P. Lo status di rifugiato. Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione. Scheda ASGI 2013. disponibile a: <http://www.asgi.it/wp-content/uploads/public/protezione.sussidiaria.morandi.bonetti.11.marzo.2012.pdf>.

Ultimo accesso: 21 febbraio 2017

NICE National Institute for Health and Care Excellence. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors, 2010. Disponibile a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110>.

Ultimo accesso: 7 marzo 2017

NICE National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis, 2016. Disponibi <https://www.nice.org.uk/guidance/ng33/>.

Ultimo accesso: 5 marzo 2017

Patel N, Kellezi B, Williams ACC . Psychological, social and welfare interventions for psychological health and wellbeing of torture survivors. The Cochrane Library, 2014. Disponibile a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25386846>.

Ultimo accesso: 11 marzo 2017

Regione Veneto. Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso di immigrati. 2 ottobre 2014. Disponibile a :<https://www.regione.veneto.it/web/sanita/malattie-infettive-popolazione>.

Ultimo accesso: 8 marzo 2017

ARTICOLI DI RIVISTE

Arshad S, Bavan L, Gajari K, Paget S, Baussano I. Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: A systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 2010, 35 (6), 1336-1345

Bennett S, Scammell J. Midwives caring for asylum-seeking women: research findings. *Pract Midwife*. 2014 Jan;17(1): 9-12

Charney ME, Keane TM. The psychological, psychosocial, and physical health status of HIV-positive refugees: A comparative analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2013 Vol 5 (3), May, 209-216

Duncan G, Harding C, Gilmour A, Seal A. GP and registrar involvement in refugee health - a needs assessment. *Aust Fam Physician*. 2013 Jun;42 (6):405-8

Fennelly K. Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *J Cult Divers*. 2006 Winter;13 (4):190-201

Fondacaro KM, Harder VS. Connecting Cultures: A training model promoting evidence-based psychological services for refugees. *Train Educ Prof Psychol*. 2014 Nov; 8 (4): 320–327

Geraci S, El Hamad I. Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. *Italian Journal of Public Health* 2011, 8, 3: S14-S20

Geraci S. La medicina delle migrazioni in Italia. Un percorso di conoscenza e diritti. Roma: Studi Emigrazione 2005, 157: 53-74

Geraci S. La sindrome Salgari 20 anni dopo. *Janus. Medicina: cultura, culture*. 2006, 21, primavera. Sanità meticcica, Zadigroma Editore, 21-29

Jelland J, Riggs E, Szwarc J, Casey S, Duell-Piening P, Chesters D, Wahidi S, Fouladi F, Brown S. Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals experience of interpreting support in Australian maternity care. *BMJ Qual Saf*. 2016 Apr; 25 (4)

Johnson Agbakwu CE, Allen J; Nizigiyimana JF, Ramirez G, Hollifield M. Mental health screening among newly arrived refugees seeking routine obstetric and gynecologic care. *Psychological Services*, 2014 Vol 11 (4), Nov, 470-476

Kolb S, Hörmansdorfer S, Ackermann N, Höller C, Brenner B, Herr C. Taking Care of Asylum Seekers: Occupational Health Aspects with a Special Focus on

Vaccination. *Gesundheitswesen*. 2016 Apr;78(4):200-2

Le Feuvre P. How primary care services can incorporate refugee health care. *Med Confl Surviv*. 2001 Apr-Jun;17(2):131-6

Murphy J, Scully C. Oral Healthcare Implications of Mass Migration. *Dent Update*, 2015, Dec;42 (10): 965-8, 970-1

Nazza KH, Forghany M, Geevarughese MC, Mahmoodi V, Wong J. An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. *Psychological Services*, 2014, Vol 11(4), Nov, 477-485

Nyiri P, Eling J. A specialist clinic for destitute asylum seekers and refugees in London. *Br J Gen Pract*. 2012 Nov; 62(604): 599–600

Olivetti M, Appunti per una mappa concettuale sul diritto alla salute nel sistema costituzionale italiano. *Metodologia Didattica e Innovazione Clinica Nuova Serie* 2004, 3:60-67

Prestileo T, Cassarà G, Di Lorenzo F, Sanfilippo A, Dalle Nogare ER, Orlando G. Salute e malattie infettive nella popolazione migrante: l'esperienza della "Coorte di Lampedusa 2011". *Le infezioni in medicina* 2013, 1: 21-28

Psarros C, Malliori M, Theleritis C, Martinaki S, Bergiannaki JD. Psychological support for caregivers of refugees in Greece. *Lancet*. 2016 Jul 9;388(10040):130.

Reavy K, Hobbs J, Hereford M, Crosby K. A new clinic model for refugee health care: adaptation of cultural safety. *Rural Remote Health*. 2012;12:1826.

Riccardo F, Napoli C, Bella A, Rizzo C, Rota MC, Dente MG, De Santis S, Declich S., Syndromic surveillance of epidemic-prone diseases in response to an influx of migrants from North Africa to Italy, May to October 2011. *Euro Surveill* 2011;16 (46)

Sastre L, Haldeman. Environmental, Nutrition and Health Issues in a US Refugee Resettlement Community. *L. Medic Rev*. 2015 Oct;17(4):18-24

Suurmond J, Rupp I, Seeleman C, Goosen S, Stronks K. The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health*. 2013 Jul;127(7):668-73

Tsitsakis CA, Karasavvoglou A, Tsaridis E, Ramantani G, Florou G, Polychronidou P, Stamatakis S. Features of public health care services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece). *Health Policy*. 2017 Mar;121(3):329-337

Wangdahl J, Lytsy P, Martensson L, Westerling R. Health literacy and refugees experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2015 Nov 23;15:1162

Yong AG, Lemyre L, Farrell, SJ, Young MY. Acculturation in preventive health for immigrants: A systematic review on influenza vaccination programs in a socio-ecological framework. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, Vol 57(4), Nov 2016, 340-355

SITI INTERNET

<http://anolftreviso.it>

Ultimo accesso: 19 febbraio 2017

<http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf>

Ultimo accesso: 25 gennaio 2017

<http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf>

Ultimo accesso: 25 gennaio 2017

<http://eur-lex.europa.eu>.

Ultimo accesso: 21 febbraio 2017

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:031:0018:0025:IT:PDF>.

Ultimo accesso: 28 febbraio 2017

http://gds.it/2017/03/20/in-due-giorni-soccorsi-5-mila-migranti-in-1-500-nel-porto-di-augusta-nel-2017-e-gia-record-di-sbarchi_643433/

Ultimo accesso: 26 marzo 2017

<http://nuovavenezia.gelocal.it/venezia/cronaca/2017/01/02/news/ragazza-cade-in-doccia-i-soccorsi-arrivano-dopo-6-ore-lei-muore-1.14650635?ref=hfnvveel-1>

Ultimo accesso: 22 marzo 2017

<http://plus.lefigaro.fr/tag/migrants>

Ultimo accesso: 22 marzo 2017

http://popstats.unhcr.org/en/asylum_seekers_monthly

Ultimo accesso: 19 febbraio 2017

http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/52-09.pdf

Ultimo accesso: 25 gennaio 2017

<http://tribunatreviso.gelocal.it/treviso/cronaca/2017/03/05/news/treviso-ambulatori-dei-medici-di-famiglia-paralizzati-dai-profughi-1.14976169>

Ultimo accesso: 21 marzo 2017

http://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Dichiarazione-del-Millennio-2000/65.

Ultimo accesso: 27 febbraio 2017

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/trattati-internazionali-e-il-diritto-alla-salute-0>.

Ultimo accesso: 27 febbraio 2017

http://www.agi.it/cronaca/2016/07/02/news/migranti_70_930_sbarcati_nel_2016_-_0_23_-908991/

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

[http://www.apaitaliana.it/files/1486_021\[1\].pdf](http://www.apaitaliana.it/files/1486_021[1].pdf)

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

<http://www.azioniperunavitainsalute.it/files/materiali/formazione/Bologna-mar10/CartaOttawa.pdf>.

Ultimo accesso: 27 febbraio 2017

http://www.ccm-network.it/ebp_e_lavoro/paginaLavoro.jsp?id=node/9

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

<http://www.cochrane.it/it/cochrane>

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

http://www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020_ita_DEF_SET2014.pdf

Ultimo accesso: 1 marzo 2017

<http://www.emergency.it/italia/poliambulatorio-marghera.html>

Ultimo accesso: 1 marzo 2017

<http://www.epicentro.iss.it>

Ultimo accesso: 2 marzo 2017

<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/migranti.asp>

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/293150/HLM-Refugee-Rome-Migration-Health-Infograph-en.pdf

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

<http://www.governo.it/costituzione-italiana/principi-fondamentali/2839>

Ultimo accesso: 21 febbraio 2017

<http://www.guadagnaresalute.it>

Ultimo accesso: 2 marzo 2017

http://www.huffingtonpost.it/2013/10/09/zzygmunt-bauman-lampedusa_n_4071554.html.

Ultimo accesso: 23 marzo 2017

<http://www.internazionale.it/notizie/2016/01/25/che-cos-e-schengen>.

Ultimo accesso: 19 febbraio 2017

<http://www.interno.gov.it/>.

Ultimo accesso: 24 febbraio 2017

<https://www.istat.it/it/archivio/191090>

Ultimo accesso: 27 marzo 2017

<http://www.lastampa.it/2017/01/03/italia/cronache/rivolta-nel-centro-accoglienza-di-cona-veneziani-operatori-trattenuti-e-poi-liberati-c6cbHVHrPenHgaSjZAejmN/pagina.html>

Ultimo accesso: 10 marzo 2017

<http://www.lastampa.it/esteri/speciali/emergenza-migranti>

Ultimo accesso: 22 marzo 2017

http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31_dicembre_0.pdf.

Ultimo accesso: 26 febbraio 2017

<http://www.linkiesta.it/it/article/2015/08/14/caos-rifugiati-ci-vogliono-18-mesi-per-esaminare-una-richiesta-dasil/27044/>

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

<http://www.oggitreviso.it/cure-dentali-gli-indigenti-121109>

Ultimo accesso: 1 marzo 2017

<http://www.oggi-treviso.it/treviso-al-corso-di-alfabetizzazione-informatica-stranieri-151878>

Ultimo accesso: 22 marzo 2017

<http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Migranti-rivolta-nel-centro-di-Cona-ancora-polemiche-Viminale-trasferisce-100-ospiti-in-Emilia-1cbd964f-7a45-4ccc-a8d6-071177f2f8c2.html>

Ultimo accesso: 10 marzo 2017

<http://www.repubblica.it/argomenti/migranti>

Ultimo accesso: 22 marzo 2017

http://www.repubblica.it/cronaca/2017/01/03/news/migranti_rivolta_in_cpa_a_conna_25_operatori_tenuti_bloccati_nella_struttura-155310307/

Ultimo accesso: 10 marzo 2017

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=727&area=Salute&menu=offerte

Ultimo accesso: 1 marzo 2017

<http://www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dell'accoglienza/>

Ultimo accesso: 1 marzo 2017

http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12_CUESTIONARIO.pdf

Ultimo accesso: 25 gennaio 2017

http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2014/2014._Responsabilita_ed_equita_per_la_salute_dei_migranti.pdf

Ultimo accesso: 1 marzo 2017

http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2015/2015.PROTOCOLLO_MIGRANTI_Reg._Fvg._12.06.015.pdf

Ultimo accesso: 1 marzo 2017

http://www.snfc.org/rc/org/snfc/htm/Article/2011/20111115-180951-575/src/htm_fullText/fr/SF12.pdf

Ultimo accesso: 25 gennaio 2017

<http://www.trevisotoday.it/cronaca/profughi-orti-sociali-san-paolo-treviso-giugno-2016.html>

Ultimo accesso: 22 marzo 2017

<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>.

Ultimo accesso: 27 febbraio 2017

http://www.unhcr.org/global-trends-2015.html#_ga=1.204310419.204870768.1487442884.

Ultimo accesso: 19 febbraio 2017

<http://www.vita.it/it/article/2017/02/09/le-mani-creative-dei-rifugiati/142420/>

Ultimo accesso: 23 marzo 2017

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

Ultimo accesso: 27 febbraio 2017

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.

Ultimo accesso: 27 febbraio 2017

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=asylum+seekers>

Ultimo accesso: 25 febbraio 2017

<https://www.regione.veneto.it>.

Ultimo accesso: 19 febbraio 2017

https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32.

Ultimo accesso: 28 febbraio 2017

<https://www.theguardian.com/world/migration>

Ultimo accesso: 22 marzo 2017

www.venetoimmigrazione.it.

Ultimo accesso: 19 febbraio 2017

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Sintesi dei risultati della letteratura

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
1	Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder & posttraumatic stress disorder. Melbourne: Phoenix Australia, 2013	Linea guida	Linea guida.	I programmi per la gestione dei rifugiati dovrebbero prendere in considerazione l'applicazione di uno screening culturalmente appropriato per i rifugiati e i richiedenti asilo ad alto rischio di sviluppare disturbo post-traumatico da stress (PTSD). I rifugiati adulti con PTSD che hanno vissuto la guerra e la fame possono beneficiare di adeguati gruppi di sostegno psicosociale. I professionisti che lavorano con i richiedenti asilo devono essere consapevoli del proprio etnocentrismo, devono essere culturalmente qualificati e aperti a diverse prospettive culturali sui problemi psicologici. Questo comprende la consapevolezza di valori differenti, evitare gli stereotipi, la capacità di rispondere a potenziali conflitti tra valori tradizionali e valori della cultura dominante, e la capacità di capire e scegliere un approccio adeguato per il trattamento. Una serie di fattori culturali influenzano la decisione dell'individuo di farsi curare e il successivo impegno nella terapia, tra cui, la causa di malattia, e lo stigma legato alla malattia mentale e il trattamento. I medici dovrebbero anche riconoscere che i fattori culturali interagiscono con i fattori sociali - regione di provenienza, status socio-economico, l'istruzione, lo stato sociale, la provenienza rurale o urbana - e questi fattori sono ugualmente importanti per predire sintomi di PTSD.
2	National Institute for Health and Care Excellence. The Social Care Guidance Manual. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016 Jul. Process and Methods Guides No. 10.	Linee guida	Linee guida.	Uno studio randomizzato controllato è normalmente il disegno dello studio più appropriato per giudicare l'efficacia o l'efficacia degli interventi. Tuttavia, questi studi potrebbero non essere sempre disponibili al momento di valutare l'efficacia dei servizi o possono non ottenere risultati importanti. Inoltre, a causa della complessità dei servizi di assistenza sociale e il contesto, i risultati spesso devono essere integrati da dati provenienti da altri disegni di studio. Per valutare fattori che influenzano l'efficacia, come ad esempio l'accettabilità agli utenti del servizio, può anche essere necessario prendere in considerazione altri tipi di prove, come ad esempio studi qualitativi. C'è poco consenso accademico sul modo migliore per sintetizzare informazioni provenienti da diversi disegni di studio o modelli di ricerca. Può essere importante prendere in considerazione: a) prove in aggiunta agli studi di efficacia del servizio per esplorare temi quali l'accettabilità, b) elementi di prova inerenti l'impatto del contesto e del processo sull'efficacia; c) teorie e modelli che possono fornire spiegazioni sulle variazioni di efficacia.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
3	NICE National Institute for Health and Care Excellence. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors, 2010. Disponibile a: https://www.nice.org.uk/guidance/cg110	Linee guida	Linee guida.	Questa linea guida si occupa delle cure prenatali per le donne in gravidanza con fattori sociali complessi (alcool o abuso di droghe, recente migrazione o status di richiedente asilo, difficoltà di lettura o a parlare la lingua inglese, età inferiore ai 20 anni, abusi domestici). Offre consigli per migliorare l'accesso alle cure, mantenendo il contatto con gli assistenti prenatali, e ulteriori informazioni a supporto delle donne.
4	National Institute for Health and Care Excellence. Improving access to health and social care services for people who do not routinely use them, 2014	Linee guida	Linee guida.	Cosa possono fare le autorità locali per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e dall'assistenza sociale per le persone che non ne fanno uso abitualmente? Tutelare la salute pubblica attraverso la leadership locale. Fornire servizi inclusi con un impatto positivo sulle persone e le comunità. Fornire un intervento precoce. Proteggere la salute del pubblico. Prevenire malattie e mortalità prematura.
5	Evidence Aid, Leo Ho (MSF), Kevin Pottie (University of Ottawa, Canada), and Cochrane. Cochrane Library Special Collection. Health of refugees and asylum seekers in Europe, 2016	Revisione sistematica	Special Collection: guida per coloro che frequentano i rifugiati.	Lo scopo di questa raccolta speciale è quello di fornire una guida a persone che frequentano i rifugiati e richiedenti asilo, e per aiutare lo sviluppo di programmi e politiche comunitarie. La collezione si concentra sulle condizioni di maggior rilievo al contesto del transito o della popolazione di pazienti coinvolti: disturbi di salute mentale comuni (disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e la depressione), infezioni della pelle (tra cui la scabbia, la cellulite, e impetigine), sessuale e violenza fisica, malattie prevenibili vaccini, e la tubercolosi.
6	Patel N, Kellezi B, Williams ACC . Psychological, social and welfare interventions for psychological health and wellbeing of torture survivors. The Cochrane Library, 2014. Disponibile a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25386846	Revisione sistematica	Letteratura accademica e non (rapporti di agenzie non governative) aprile 2013 e giugno 2014. Gli studi controllati e randomizzati e riguardano interventi per problemi psicologici, sociali o assistenziali a superstiti di torture. Sono 9 studi con 507 adulti che hanno esaminato vari interventi psicologici rispetto al non trattamento o un trattamento alternativo credibile. Sei studi sono stati condotti presso i centri di trattamento in Europa, e tre in ambienti per profughi africani; sono tutti concentrati sullo stress post-traumatico e sono di qualità bassa o moderata.	Prove di bassa qualità non suggeriscono differenze tra le terapie e i controlli psicologici in termini di un effetto immediato sui sintomi post-traumatici, ansiosità o la qualità della vita. Tuttavia, a sei mesi di follow-up, quattro studi (86 persone) hanno evidenziato un beneficio moderato in termini di stress post-traumatico e ansiosità. Tre studi erano di terapia dell'esposizione narrativa, e uno di terapia cognitivo-comportamentale, ma le prove erano di qualità molto bassa e comprendevano un numero esiguo di persone. Nessuno studio ha valutato il peggioramento dei problemi, né i cambiamenti nei rapporti familiari e sociali o la partecipazione della comunità, con o senza il miglioramento dei sintomi.
7	NICE National Institute for Health and Care Excellence. Tuberculosis. 2016. Disponibile a: https://www.nice.org.uk/guidance/ng33/	Linea guida	Linee guida.	La linea guida contiene raccomandazioni su: prevenzione della tubercolosi (TB), diagnosi, gestione, resistenze ai farmaci, controllo delle infezioni, trattamento, follow up, organizzazione dei servizi. Prevede un referente nel centro per migranti per garantire comunicazione efficace e un percorso di cura concordato tra operatori sanitari e centri, team multidisciplinari della TB. Indagini e follow-up devono essere intrapresi all'interno del centro. Prerequisito per il trattamento della TB è che il soggetto abbia una vita stabile e condizioni abitative adeguate.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
8	National Institute for Health and Care Excellence. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors, 2010	Linee guida	Linee guida.	Questa linea guida si occupa delle cure prenatali per le donne in gravidanza con fattori sociali complessi (alcool o abuso di droghe, recente migrazione o status di richiedente asilo, difficoltà di lettura o a parlare la lingua inglese, età inferiore ai 20 anni, abusi domestici). Offre consigli per migliorare l'accesso alle cure, mantenendo il contatto con gli assistenti prenatali, e ulteriori informazioni a supporto per queste donne.
9	National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: management, 2005	Linee guida	Linee guida.	Questa linea guida copre il riconoscimento, valutazione e trattamento del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) nei bambini, giovani e adulti. Esso mira a migliorare la qualità della vita, riducendo i sintomi di PTSD come ansia, disturbi del sonno e difficoltà di concentrazione. Tra le raccomandazioni c'è anche l'aumentare la consapevolezza della condizione e migliorare il coordinamento delle cure. Rispetto a traumi conseguenti a disastri è opportuno che tutti gli operatori sanitari coinvolti in un piano di emergenza devono avere ruoli e responsabilità chiare, che devono essere concordate in anticipo per prendersi cura di coloro che sono coinvolti nel disastro anche dal punto di vista mentale
10	Arshad S, Bavan L, Gajari K, Paget S, Baussano I. Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: A systematic review and meta-analysis. European Respiratory Journal, 2010, 35 (6), 1336-1345	Revisione sistematica	Revisione sistematica e meta-analisi per determinare il rendimento dello screening attivo per tubercolosi tra i nuovi immigrati.	Anche se non è aumentata l'incidenza della tubercolosi (TB) nei paesi di accoglienza, l'aumento della migrazione di tutto il mondo solleva preoccupazioni per quanto riguarda l'adeguatezza della sorveglianza e il controllo della TB immigrato-associata nei paesi a basso incidenza. Valutare le prestazioni di proiezione di immigrati è la chiave per razionalizzare le politiche di controllo per la rilevazione e la gestione della TB. Per la TB polmonare per i rifugiati, i richiedenti asilo e gli immigrati regolari le stime sono 11,9 su 1000 casi screenati (95% CI 6,7-17,2; I-2 = 92%), 2,8 (95% CI 2,0-3,7; I-2 = 96%) e di 2,7 (95% CI 2,0-3,4; I-2 = 81%).
11	Nazza KH, Forghany M, Geevarughese MC, Mahmoodi V, Wong J. An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. Psychological Services, 2014, Vol 11(4), Nov, 477-485	Ricerca qualitativa	Modello orientato alla comunità: P&EI.	Oltre al trauma della migrazione i rifugiati devono affrontare fattori di stress post migrazione che aggravano i problemi di salute mentale. Intervenire nelle fasi iniziali della malattia è della massima importanza. Questo articolo descrive un modello orientato alla comunità che può essere utilizzato con i rifugiati appena arrivati: P&EI. Questo modello è composto da quattro fasi principali: (a) la difesa e il finanziamento, (b) selezione di chiave partner della comunità, (c) lo sviluppo e l'attuazione di un piano, d) la valutazione. Caratteristica del modello è l'Outreach dei rifugiati cioè il contattarli nei loro ambienti di vita associata alla distribuzione di materiale sulla salute mentale. Vengono poi usate varie forme di espressione artistica per diminuire lo stigma esistente per il trattamento della malattia mentale. Vengono usati workshop per educare i rifugiati o coloro che li assistono su argomenti inerenti la salute mentale. Sarebbe prevista anche la partecipazione dei partner della comunità ad un corso sulla salute mentale.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
12	Fennelly K. Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. J Cult Divers. 2006 Winter;13 (4):190-201	Ricerca qualitativa	Interviste approfondite con 62 operatori sanitari e dei servizi sociali lavorano con gli immigrati nello stato del Minnesota	Obiettivo: comprendere meglio le esigenze degli immigrati e dei rifugiati e il modo in cui sono colpite dalla povertà e da sollecitazioni post-immigrazione. Per gli operatori le principali esigenze dei loro clienti sono alloggi a prezzi accessibili, posti di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari, più che condizioni di salute. Secondo gli intervistati le esperienze post-immigrazione portano a sollecitazioni tangibili che compromettono la salute degli immigrati e il benessere.
13	Psarros C, Malliori M, Theleritis C, Martinaki S, Bergiannaki JD. Psychological support for caregivers of refugees in Greece. Lancet. 2016 Jul 9;388(10040):130.	Studio osservazionale descrittivo	Marzo 2016, Sono stati considerati 57 operatori (30 donne e 27 men) uomini con un'età media di 32 years, wche lavorano continuamente da 70 giorni. Gli operatori sanitari sono stati valutati con il Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, il Symptom Checklist Questionnaire-90 (SCL-90), l'Albert Einstein College of Medicine stili di coping Questionnaire (AECOM-CSQ), e l'insonnia Scala di Atene.	l'Università di Atene ha organizzato una task force congiunta di psichiatri e clinici di salute mentale per fornire supporto psicologico agli operatori sanitari che hanno lavorato come volontari in organizzazioni non governative presso un hotspot (4 ore di istruzione e formazione in psicotraumatologia e 3 ore di gruppo psicoterapeutico di supporto). Come le vittime di disastri e per rifugiati, anche il personale di assistenza senza un'adeguata formazione o supporto psicologico può essere ad alto rischio per lo sviluppo di un danno psicologico. Prima della partenza la formazione psicoeducativo e il supporto psicologico potrebbero essere essenziali per la prevenzione e per i caregiver.
14	Sastre L, Haldeman. Environmental, Nutrition and Health Issues in a US Refugee Resettlement Community. L. Medic Rev. 2015 Oct;17(4):18-24.	Ricerca qualitativa	Guilford County. Interviste semistrutturate guidate, audio-registrate e trascritte. Temi identificati usando l'analisi dei contenuti deduttiva e classificati in base alla frequenza di segnalazione da parte dei partecipanti (n = 40: fornitori di servizi medici e sociali, educatori, volontari, assistenti sociali).	Nel 2012, North Carolina. Sono esaminate barriere locali ambientali, nutrizionali e per la salute e le necessità dei rifugiati in base al parere degli operatori. Le abitazioni per il reinsediamento sono nelle zone di povertà e hanno barriere per il trasporto. I rifugiati raramente permettono una ricollocazione a causa di forti relazioni. I rischi alimentari percepiti sono: difficoltà di budget e il mantenimento di assistenza alimentare, accaparramento cibo, elevato consumo di bevande gassate e dolci, percezioni errate per quanto riguarda i prodotti americani (ad esempio, necessità percepita di latte artificiale), e conoscenze sulla salute limitata. I rifugiati preferiscono alimenti "freschi", e hanno forti competenze agricole ma manca lo spazio verde. I principali ostacoli alla sanità sono: la povertà, la breve durata della copertura iniziale di Medicaid, e la lingua (mancanza di servizi di interpretariato e materiali tradotti). Sono osservati diabete di tipo 2, l'aumento di peso e problemi dentali. Per contrastare questi problemi i punti di forza su cui concentrarsi riguardano le competenze agricole.
15	Murphy J, Scully C. Oral Healthcare Implications of Mass Migration. Dent Update, 2015, Dec;42 (10): 965-8, 970-1	Studio osservazionale	Accessi studi dentistici.	Il primo contatto dei richiedenti asilo con le cure dentali si ha tipicamente per cure d'emergenza. I servizi dentali NHS devono evolversi e affrontare le sfide insite nella cura per i migranti vulnerabili. Istruzione e formazione adeguata deve essere sviluppato per la professione odontoiatrica al fine di consentire nuovi modi di promuovere la cura intersettoriale e il coinvolgimento della comunità.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
16	Wangdahl J, Lytsy P, Martensson L, Westerling R. Health literacy and refugees experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. BMC Public Health. 2015 Nov 23;15:1162	Studio osservazionale trasversale	Uno studio trasversale è stato fatto tra i 360 rifugiati adulti che parlano arabo, dari, somalo o inglese. L'health literacy è stata misurata utilizzando la svedese Health Literacy Scale e la breve Alfabetizzazione Health Questionnaire european. Esperienze di comunicazione e l'utilità dell'esame di salute sono stati misurati in diverse domande. Associazioni sono state ricercate utilizzando modelli statistici univariati e multivariati.	Lo scopo della visita medica per i richiedenti asilo nella maggior parte dei paesi è quello di identificare problemi di salute al fine di garantire il benessere delle persone in cerca di asilo e di garantire la sicurezza della popolazione del paese ospitante. Poco si sa della health literacy dei rifugiati e delle loro esperienze rispetto alla visita medica. Gli scopi dello studio erano di indagare le esperienze di comunicazione dei rifugiati durante la visita medica per verificare l'utilità di tale esame e se <i>health literacy</i> sia associata a tali esperienze. In base ai risultati ottenuti un basso livello di health literacy agisce come una barriera per conseguire gli scopi della visita medica per i richiedenti asilo.
17	Fouladi F, Brown S. Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals experience of interpreting support in Australian maternity care. BMJ Qual Saf. 2016 Apr; 25(4)	Ricerca qualitativa	Sono state condotte interviste con donne (16) e uomini (14) afgani nel primo anno dopo il parto in Australia, da ricercatori multilingue e biculturali, e con ostetriche (10), medici (5) e operatori sanitari di comunità (19) che forniscono assistenza a famiglie di rifugiati.	Ostetrica e informatori medici hanno convenuto che gli interpreti accreditati sono generalmente presenti per la prima visita di gravidanza, ma non in altri appuntamenti. Pochi partecipanti afgani hanno riferito la presenza di interpreti in loco. Gli uomini comunemente sono interpreti per le loro mogli. Minimo sostegno di un interprete è fornito per immagini e screening per patologia o durante il travaglio e il parto. Gli operatori sanitari hanno notato difficoltà nella gestione di visite interprete-mediata in tempi di appuntamento standard. Il miglioramento dell'identificazione delle necessità linguistiche per accedere ai Servizi, lo sviluppo di metodi innovativi per coinvolgere gli interpreti come membri integranti delle squadre sanitarie multidisciplinari e rafforzare le capacità degli operatori sanitari per rispondere alle esigenze linguistiche sono fondamentali per ridurre le disuguaglianze sociali nella salute materna e infantile per i rifugiati e per altre popolazioni migranti.
18	Bennett S, Scammell J. Midwives caring for asylum-seeking women: research findings. Pract Midwife. 2014 Jan;17(1): 9-12	Ricerca qualitativa	La ricerca ha utilizzato interviste semi-strutturate per acquisire i dati qualitativi. I soggetti destinatari erano ostetriche qualificate con un minimo di 1 anno di pratica e con esperienza lavorativa con donne richiedenti asilo. In totale, 10 ostetriche hanno accettato di essere intervistate.	Questo articolo descrive i risultati di uno studio che ha esplorato le esperienze delle ostetriche che si occupano di donne richiedenti asilo. Il tempo e la comunicazione sono emersi come fattori di rilievo con impatto sulla qualità delle cure e questi sono il focus di questo articolo. Prendersi cura di queste donne era emotivamente impegnativo e frustrante, a volte a causa di uno scarso accesso alle informazioni e supporto. Notevoli conoscenze e competenze sono richieste per prendersi cura di questo gruppo vulnerabile, e sembra che siano apprese quasi esclusivamente 'on the job'. Raccomandazioni: 1 Le ostetriche devono avere un accesso sufficiente all'uso di interpreti 2 Le richieste supplementari di lavoro con le donne richiedenti asilo dovrebbero essere riconosciute ed effettuate in orari di lavoro. 3 Devono essere disponibili informazioni 4 L' esigenza di supporto delle ostetriche stesse deve essere riconosciuto. 5 Le ostetriche devono ricevere formazione e sensibilizzazione su come lavorare con le donne in cerca di asilo 6 la continuità delle cure è essenziale e i servizi per le migrazioni dovrebbe considerare questo fattore, oltre a stabilire migliori collegamenti con i servizi di maternità.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
19	Suurmond J, Rupp I, Seeleman C, Goosen S, Stronks K. The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. Public Health. 2013 Jul;127(7):668-73.	Ricerca qualitativa	Dei questionari (n = 89) sono stati utilizzati come input per sette interviste di gruppo con i fornitori di cura olandesi (n = 46) che lavorano con i richiedenti asilo nei Paesi Bassi. Le interviste sono state analizzate qualitativamente, utilizzando un metodo framework.	Gli operatori sanitari hanno individuato quattro temi che devono essere affrontati nei primi contatti con i richiedenti asilo: 1) valutare la condizione attuale di salute; 2) valutazione del rischio per la salute; 3) fornire informazioni sul sistema sanitario del paese ospitante; 4) educazione alla salute.
20	Duncan G, Harding C, Gilmour A, Seal A. GP and registrar involvement in refugee health - a needs assessment. Aust Fam Physician. 2013 Jun;42 (6):405-8.	Ricerca qualitativa	Interviste a Medici di medicina generale. Sono stati selezionati da una zona regionale del sud del New South Wales e l'Australian Capital Territory. I medici generici sono stati intervistati per valutare i loro bisogni e atteggiamenti nel trattamento dei rifugiati e l'impatto percepito di rifugiati nella pratica.	I Medici di medicina generale svolgono un ruolo cruciale nella comprensione delle questioni di salute e sociali dei rifugiati, in quanto sono spesso il primo contatto che i rifugiati hanno con il sistema sanitario. Fornire l'accesso equo ai servizi sanitari pone notevoli sfide. Ci sono state differenze significative tra i gruppi di medici di famiglia, tra i laureati in medicina locali e quelli addestrati internazionalmente, tra i generici a livello di loro bisogni e atteggiamenti in materia di salute dei rifugiati.
21	Nyiri P, Eling J. A specialist clinic for destitute asylum seekers and refugees in London. Br J Gen Pract. 2012 Nov; 62(604): 599-600.	Studio osservazionale descrittivo	Un questionario strutturato è stato progettato, e completato nell'arco di diversi appuntamenti come le informazioni e i risultati dei test che si sono resi disponibili. Tutti i pazienti (n=112 61 maschi e 51 femine) hanno espresso il consenso all'uso dei loro dati. Non è stato possibile verificare la precisione dei dati storici anche se le prove della tortura è stata, nella maggior parte dei casi, confermata dai tribunali. I dati sono stati raccolti dal personale clinico, che conosceva i pazienti.	Ai pazienti sono stati offerti appuntamenti di 30 minuti con accesso ad un interprete telefonico nella loro lingua madre. La maggior parte delle condizioni di salute sono state trattate in ambulatorio, con i rinvii ove necessario. Il 54% dei pazienti sono stati allontanati dal percorso dei GP. Il 72% dei pazienti ha una storia di stupro e/o tortura alle spalle. La metà è esposta a sintomi significativi di depressione, poco meno del 25% dei sintomi che sono coerenti con il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), Nel 35% dei casi è stato valutato l'esistenza di fattori di rischio per suicidio Solo 8 pazienti hanno problemi di dipendenza da alcool o droghe. Altri problemi riscontrati vanno dalle infezioni toraciche a disturbi muscolo scheletrici e scabbia. Due soggetti avevano il cancro, sei il diabete (due in insulinoterapia). Malattie trasmissibili riscontrate: 5 HIV positivi, 6 con epatite B acuta o portatori, 2 con epatite 5 e 1 con sifilide. Tre pazienti avevano la TBC attiva. Il 96% dei soggetti testati ha una carenza di vitamina D. Il 73% dei pazienti ha 3 o più fattori di vulnerabilità, mentre il 18% ne ha 5 o più. I risultati dello studi sono coerenti con altri studi. La clinica è stata coinvolta nella diagnosi e gestione di malattie in precedenza non rilevate. Molti pazienti hanno incontrato barriere burocratiche e pratiche per la registrazione in anagrafe sanitaria. Alcuni non ci hanno neanche provato. Una clinica specialistica come quella analizzata può aiutare, trattando la malattia fisica e psicologica urgente, facilitando l'accesso ai servizi del SSN, evitando un ulteriore deterioramento della salute e un uso inadeguato dei servizi per acuti o di secondo livello e integrando i pazienti nel percorso di medicina generale. Entro la fine del periodo di studio, poco più della metà (53%) dei pazienti originali era stato integrato nei percorsi di assistenza standard, obiettivo chiave della clinica.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
23	Tsitsakis CA, Karasavoglou A, Tsaridis E, Ramantani G, Florou G, Polychronidou P, Stamatakis S. Features of public health care services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece). Health Policy. 2017 Mar;121(3):329-337	Studio osservazionale descrittivo	Sono stati raccolti i dati da cinque dei sei ospedali pubblici della regione ed è stata determinata un'analisi delle diagnosi e della cittadinanza al fine di stabilire la frequenza con cui le varie diagnosi emergono per ogni gruppo distinto di migranti e non migranti in ogni clinica. Il limite principale dello studio era la mancanza di dati standardizzati per età. Un'analisi aggiuntiva è stata basata sulle frequenze di ospedalizzazione per paese di origine. Un t-test è stato eseguito per confrontare la durata media del soggiorno tra i due gruppi. Infine, i dati disponibili sono stati utilizzati anche per mappare lo stato di assicurazione dei pazienti migranti.	La conoscenza offerta dai parametri medici che caratterizzano la prestazione di assistenza sanitaria ed i risultati di studi rilevanti può portare ad un'identificazione più efficiente dei fattori di rischio per la salute e dei fattori preventivi più efficaci e del trattamento. Questa conoscenza costituisce anche uno strumento particolarmente importante e utile per aiutare le autorità a modellare le loro politiche sanitarie e a modificare i SSN, che sono attualmente basati sulle dimensioni e sulle caratteristiche delle popolazioni indigene. Devono essere considerate le diverse condizioni per quanto riguarda sia il numero di pazienti trattati sia le caratteristiche epidemiologiche dei migranti. Un maggiore apprezzamento dei ruoli delle organizzazioni non governative (ONG) può contribuire a fornire servizi sanitari adeguati ai migranti, rifugiati e richiedenti asilo, soprattutto quando questi gruppi sono esclusi dal sistema sanitario pubblico.
24	Kolb S, Hörmansdorfer S, Ackermann N, Höller C, Brenner B, Herr C. Taking Care of Asylum Seekers: Occupational Health Aspects with a Special Focus on Vaccination. Gesundheitswesen. 2016 Apr;78(4):200-2	Studio osservazionale descrittivo	Dipendenti e volontari.	I dipendenti e i volontari spesso si sentono insicuri circa il potenziale di trasmissione di malattie infettive quando si prendono cura dei richiedenti asilo. Si è potuto dimostrare che nel complesso esiste solo un rischio basso di ammalarsi a causa del contatto con i richiedenti asilo. Tuttavia, gli aspetti della salute e le vaccinazioni inerenti il lavoro dovrebbero essere tenuti in considerazione. Il comitato permanente per le vaccinazioni (STIKO) raccomanda per i dipendenti e i volontari nelle strutture di asilo, la vaccinazione contro l'epatite A, l'epatite B, poliomielite (se l'ultima vaccinazione è stata più di 10 anni prima), così come l'influenza (stagionale). A seconda del compito e dell'esposizione dei lavoratori che si occupano dei richiedenti asilo devono essere applicati diversi atti (es. Regolamento sugli agenti biologici) e le linee guida tecniche per gli agenti biologici. L'Autorità bavarese per la salute e l'Autorità per la sicurezza alimentare (LGL) hanno pubblicato diversi fogli informativi in materia di "richiedenti asilo e gestione della salute" per i dipendenti e volontari non medici.
25	Reavy K, Hobbs J, Hereford M, Crosby K. A new clinic model for refugee health care: adaptation of cultural safety. Rural Remote Health. 2012;12:1826.	Ricerca qualitativa	I dati qualitativi sono stati raccolti per valutare esperienze vissute, l'efficienza e l'efficacia del ruolo di C.A.R.E. Clinic Health Advisor. Sono stati raccolti attraverso osservazioni, focus group, e colloqui individuali con i consulenti di salute e membri del team sanitario. Sono stati raccolti anche delle recensioni grafiche per verificare i risultati ottenuti sui pazienti.	I rifugiati che non parlano inglese e che sono da poco arrivati negli USA incontrano diverse barriere nell'accedere ai servizi sanitari che si riscontrano nel numero di appuntamenti clinici mancati e in una maggiore dipendenza dai servizi ospedalieri di emergenza. È stato sperimentato un nuovo modello per le cure perinatali e dei neonati figli di rifugiati. Si è valutata anche l'efficienza e l'efficacia del ruolo dei CARE (Clinical Health Advisor). Dai dati qualitativi emerge che hanno importanza la comunicazione e la capacità dei rifugiati di sapersi muovere nel sistema e nella comunità. In questo modo diminuiscono anche gli appuntamenti clinici mancati che cadono dal 25% al 2,5%, e aumenta anche l'adesione alle vaccinazioni infantili nel primo anno di vita del bambino.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
26	Le Feuvre P. How primary care services can incorporate refugee health care. Med Confl Surviv. 2001 Apr-Jun;17(2):131-6.	Ricerca qualitativa	I dati sono stati raccolti utilizzando dati soft.	I servizi di assistenza primaria devono essere preparati per fornire assistenza sanitaria ai rifugiati e alcuni servizi dovrebbero sviluppare modelli di assistenza rivolti specificamente alle esigenze dei rifugiati. L'accesso dei rifugiati è influenzato da vari fattori, tra cui la mancanza di conoscenza sui servizi disponibili e/o come funzionano, le barriere linguistiche e la mancanza di servizi adeguati. In sostanza due principi devono essere alla base della fornitura di assistenza sanitaria di base ai rifugiati: (a) che i rifugiati devono avere lo stesso accesso ai servizi di cure primarie di qualità come la popolazione locale, e (b) qualsiasi servizio specializzato dovrebbe avere l'obiettivo della piena integrazione dei rifugiati nei percorsi medici normali.
27	Yong AG, Lemyre L, Farrell, SJ, Young MY. Acculturation in preventive health for immigrants: A systematic review on influenza vaccination programs in a socio-ecological framework. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, Vol 57(4), Nov 2016, 340-355	Revisione sistematica	Revisione sistematica che propone un quadro concettuale che utilizza un punto di vista socio-ecologico per delineare i fattori di acculturazione e culturali nei comportamenti di prevenzione sanitaria degli immigrati. È stato effettuato un esame critico dei 10 programmi di vaccinazione contro l'influenza adattati per gli immigrati e le minoranze etniche per delineare la loro sensibilità culturale.	Coinvolgere gli immigrati in programmi di assistenza sanitaria di prevenzione, quali la vaccinazione, costituisce una sfida. I programmi esistenti tendono a confondere le questioni relative allo status di immigrati con le minoranze etniche o razziali. Questi programmi inoltre tendono a ignorare che l'acculturazione in ambito salute possa variare a seconda del sottogruppo dei migranti e dall'ambiente sociale della comunità ospitante. Questo documento affronta il divario nella letteratura. Il caso di studio sulla vaccinazione contro l'influenza tra gli immigrati cinesi illustra l'importanza di adattare il tutto al target a creare approcci ad hoc per sottogruppi specifici di immigrati. La discussione include limitazioni, consigli, e le direzioni future risultanti da questo quadro di riferimento per aiutare a informare e a adattare culturalmente i programmi di prevenzione sanitaria per gli immigrati.
28	Fondacaro KM, Harder VS. Connecting Cultures: A training model promoting evidence-based psychological services for refugees. Train Educ Prof Psychol. 2014 Nov; 8(4): 320–327.	Ricerca qualitativa	Descrizione di un caso dove sono stati utilizzati il modello di giustizia sociale e il modello ecologico.	Connecting Cultures è un servizio speciale all'interno di un corso di formazione clinica non-profit per studenti universitari che lavorano per il loro dottorato in psicologia clinica. Connecting Cultures è stata fondata nel 2007 ed è volta a promuovere il benessere attraverso la fornitura di servizi di salute mentale per i rifugiati con quattro componenti uniche, fornendo un approccio culturalmente sensibile e integrato ai servizi di salute mentale, tra cui: 1) servizi di prossimità basati sulla comunità; 2) servizi clinici diretti; 3) la ricerca sulla salute mentale e valutazione; e 4) la formazione professionale. Viene effettuato un outreach dei migranti quindi si cerca di entrare in contatto con loro nei loro contesti di vita e non aspettando che vengano loro a cercare gli operatori. Sono previste sia formazione sia supervisione degli operatori, Attraverso il modello di giustizia sociale e il modello ecologico di sviluppo umano, Connecting Cultures fornisce un contesto culturalmente sensibile da cui vengono condotti vari servizi a livello psicologico.

	Autore, anno, titolo, rivista	Disegno dello studio	Caratteristiche dello studio	Outcome
29	Johnson Agbakwu CE, Allen J; Nizigiyimana JF, Ramirez G, Hollifield M. Mental health screening among newly arrived refugees seeking routine obstetric and gynecologic care. Psychological Services, 2014 Vol 11(4), Nov, 470-476	Studio osservazionale descrittivo	Viene utilizzato il Questionario Refugee health Screener-15 (RHS-15), strumento di screening di salute mentale, tra donne rifugiate somministrato a 112 donne appena arrivate che ricevono cure di routine ostetriche e ginecologiche.	Il disturbo post traumatico da stress (PTSD), ansia e depressione sono disturbi di salute mentale comuni nella popolazione di rifugiati. Alti tassi di violenza, traumi, e PTSD tra le donne rifugiate rimangono irrisolti. Il questionario RHS-15 è un efficace strumento culturalmente sensibile, validato, ed è in grado di rilevare i sintomi di stress emotivo anche in diverse popolazioni di rifugiati e con diverse lingue. Attraverso una collaborazione interdisciplinare, è stato istituito un servizio per facilitare il rinvio delle donne risultate positive al RHS-15. Sono state previste sessioni di formazione del personale e mediatori culturali. Delle donne coinvolte, 8 (30,8%) stanno ricevendo assistenza a livello di salute mentale e 5 (19,2%) hanno appuntamenti in programma. Tuttavia, 13 (50%) non sono state curate dal servizio di salute mentale a causa di una diminuzione dei servizi (46,2%) o di una mancanza di assicurazione (53,8%). Lo screening per disturbi mentali tra le donne rifugiate può promuovere maggiore consapevolezza e identificare individui che potrebbero trarre vantaggio da un'ulteriore valutazione della salute mentale ed eventualmente da un trattamento. Modelli interdisciplinari sostenibili di assistenza sono necessari per promuovere l'educazione alla salute, sfatare i miti, e ridurre lo stigma della salute mentale.
30	Nazza KH, Forghany M, Geevarughese MC, Mahmoodi V, Wong J. An innovative community-oriented approach to prevention and early intervention with refugees in the United States. Psychological Services, 2014, Vol 11(4), Nov, 477-485	Ricerca qualitativa	Descrive un modello orientato alla comunità P&E che può essere utilizzato con i rifugiati appena arrivati. Utilizzo dell'outreach.	Oltre al trauma della migrazione, i rifugiati devono affrontare fattori di stress post migrazione che aggravano i problemi di salute mentale. Intervenire nelle fasi iniziali della malattia è della massima importanza. Il modello P&E è composto da quattro fasi principali: a) la difesa e il finanziamento, b) selezione di partner della comunità, c) lo sviluppo e l'attuazione di un piano, d) la valutazione. Caratteristica del modello è l'outreach dei rifugiati cioè il contattarli nei loro ambienti di vita associata alla distribuzione di materiale sulla salute mentale. Vengono poi usate varie forme di espressione artistica per diminuire lo stigma esistente per il trattamento della malattia mentale. Vengono usati workshop per educare i rifugiati o coloro che li assistono su argomenti inerenti la salute mentale. Sarebbe prevista anche la partecipazione dei partner della comunità a partecipare ad un corso sulla salute mentale.
31	Charney ME, Keane TM. The psychological, psychosocial, and physical health status of HIV-positive refugees: A comparative analysis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2013 Vol 5 (3), May, 209-216	Ricerca qualitativa	Sono stati intervistati 84 adulti HIV-positivi, tra cui 26 rifugiati,	I risultati hanno rivelato che gli individui rifugiati sieropositivi sperimentano maggiori problemi nel funzionamento rispetto agli altri gruppi con le differenze più significative osservate nel funzionamento psicosociale. Questi risultati sottolineano l'importanza di affrontare la salute mentale dei rifugiati utilizzando un'ottica multidisciplinare che deve avere implicazioni per lo sviluppo di interventi per rifugiati sieropositivi.

ALLEGATO 2: Informativa



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

INFORMATIVA

L'utilità e la rilevanza del presente studio sono dovute al fatto che verranno analizzati i bisogni di salute dei richiedenti asilo. Scopo della sperimentazione è studiare quali problemi di salute sono diffusi tra i richiedenti asilo presenti nel territorio dell'Ulss 9 e qual è l'organizzazione dei servizi socio sanitari che si occupano della loro salute. Lo studio che durerà 6 mesi è uno studio descrittivo e prevede l'utilizzo di interviste faccia a faccia, focus group, e di un questionario. La ricerca viene svolta all'interno di una tesi del corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione dell'Università di Firenze: ad essa lavorerà una studentessa dell'Università di Firenze.

Non sono previsti benefici e rischi connessi allo studio (effetti collaterali e complicanze) perché la tipologia di indagine non fa prevedere possibili conseguenze per l'indagato. Ai soggetti si richiede o di sottoporsi ad una intervista o di partecipare ad un focus group o di compilare un questionario.

I soggetti che decideranno di partecipare allo studio potranno revocare il consenso senza giustificazioni.

Viene richiesto il consenso a rendere le informazioni confidenziali personali disponibili (accesso diretto) per il controllo e la garanzia di qualità da parte del personale.

La responsabile dello
studio -
Roberta Gallina
Studentessa matricola
5715163

ALLEGATO 3: Consenso informato



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

CONSENSO INFORMATO

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/03) la informiamo di quanto segue:

1. I suoi dati personali saranno trattati soltanto nell'ambito del progetto.
2. Il trattamento può essere effettuato sia con mezzi automatizzati che non.
3. Rispondere da parte sua è facoltativo e l'eventuale rifiuto non ha conseguenze.
4. Ella, nella sua disponibilità di interessato, gode dei diritti di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/03).
5. I dati della ricerca potranno essere diffusi soltanto in forma aggregata e in modo che non possa essere in alcun modo identificata la sua persona.
6. Responsabile del trattamento dei dati è la studentessa Roberta Gallina.

Io sottoscritto (nome e cognome, in stampatello):

DICHIARO

Di aver ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/03) della Legge stessa.

ACCONSENTO

Al trattamento dei dati da me forniti, in forma anonima e aggregata, ad opera: Roberta Gallina

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

ALLEGATO 4: Questionario SF-12 in varie lingue

SF-12 in Italiano



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Gentile partecipante,

attraverso la compilazione di questo questionario, vorremmo comprendere meglio come ti senti cioè se riesci a svolgere le tue abituali attività e come valuti la tua salute. Compila per favore questo questionario che riguarda il tuo stato di salute in generale. Il questionario è semplice da compilare e richiede solo pochi minuti del tuo tempo. Accertati di aver letto le istruzioni all'inizio della prima pagina. Tieni presente che questo non è un esame e che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Per ogni domanda scegli la risposta che meglio rappresenta il tuo modo di sentire. Devi rispondere da solo/a. Il coniuge, altri familiari o amici, non devono aiutarti nella compilazione. Ora, per favore, compila il questionario. Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta con una crocetta sopra il simbolo . Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore. Io sarò qui vicino, nel caso mi debba chiedere qualcosa. Mi restituisca il questionario quando avrà finito.

La studentessa
Roberta Gallina

1. In generale direbbe che la Sua salute è:

- eccellente molto buona buona passabile scadente

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata.

2. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

	Sì, Mi limita parecchio	Sì, Mi limita parzialmente	NO, non mi limita per nulla
• Attività di moderato impegno fisico , come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Salire qualche piano di scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

- Ha reso meno di quanto avrebbe voluto Sì No
- Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività Sì No

4. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

- Ha reso meno di quanto avrebbe voluto Sì No
- Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività Sì No

5. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolato nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

- Per nulla Molto poco Un po' Molto Moltissimo

Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane.

Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso.

6. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito ...

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
• calmo e sereno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pieno di energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• scoraggiato e triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

- Sempre Quasi sempre Una parte del tempo Quasi mai Mai

8. Lei è: Maschio Femmina

9. Qual è il suo anno di nascita? _____

10. Qual è il suo Stato civile? Celibe o nubile coniugato Separato
 Divorziato Vedovo

11. Qual è il suo titolo di studio? Laurea Scuola superiore Scuola media
 Elementari Nessun titolo, sa leggere e scrivere Nessun titolo, non sa leggere e scrivere

12. Qual è la sua nazionalità? _____

13. Qual è l'attività principale che ha svolto nel proprio paese di origine? _____

SF-12 in Inglese



Dear,

By filling out this questionnaire, we would like to better understand how you feel that if you can play your usual activities, and how you rate your health. Please fill out this questionnaire about your health in general. The questionnaire is simple to complete and only takes a few minutes of your time. Make sure you read the instructions at the beginning of the first page. Keep in mind that this is not a test and there are no right or wrong answers. For each question, choose the answer that best represents the way you feel. You must respond alone / a. The spouse, other family members or friends should not help in the compilation. Now, please, fill out the questionnaire. For each question in the questionnaire indicating your answer with a cross on the symbol . If you do not feel certain of the answer, you make the choice that's still looks better. . I will be close by, in case I need to ask something. I return the questionnaire when finished.

Roberta Gallina

1. In general, would you say your health is:

- excellent very good good fair poor

The following questions are about activities you might do during a typical day.

2. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

- | | Yes,
limited
a lot | Yes,
limited
a little | NO,
not limited
at all |
|---|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • Moderate activities such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Climbing several flights of stairs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| • Accomplished less than you would like | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • Were limited in the kind of work or other activities | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
-

4. During the past 4 weeks, have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

- Accomplished less than you would like Yes No
 - Did work or activities less carefully than usual Yes No
-

5. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including work outside the home and housework)?

- Not at all A little bit Moderately Quit a bit Extremely
-

These question are about how you have been feeling during the past 4 weeks.

For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling.

6. How much of the time during past 4 weeks...

- | | All of the time | Most of the time | A good bit of time | Some of the time | A little of the time | None of the time |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • have you feel calm & peaceful? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • did you have a lot of energy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • have you felt down-hearted and blue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

7. During the past 4 weeks, how much of the time has you physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting friends, relatives, etc.)?

- All of the time Most of the time Some of the time A little of the time None of the time
-

8. Are you: Male Female

9. What is your year of birth? _____

10. What is your marital status? Unmarried or single Conjugate Separated
 Divorced Widowed

11. What is your qualification? Degree Secondary School Secondary school
 Primary school No title, read and write No title, can not read and wright

12. What is your nationality? _____

13. What was your main activity in your country? _____

The SF-12TM Health Survey - Versione americana standard del questionario - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano.
<http://irc.marionegri.it/qdv/> (ultimo accesso: 13 gennaio 2017)

SF 12-in Francese



Cher,

En remplissant ce questionnaire, nous aimerions mieux comprendre comment vous vous sentez: si vous pouvez jouer à vos activités habituelles, et comment évaluez-vous votre état de santé. S'il vous plaît remplir ce questionnaire sur votre santé en général. Le questionnaire est simple à remplir et ne prend que quelques minutes de votre temps. Assurez-vous de lire les instructions au début de la première page. Gardez à l'esprit que ce n'est pas un test et il n'y a pas de bonnes ou mauvaises. Pour chaque question, choisissez la réponse qui représente le mieux la façon dont vous vous sentez. Vous devez répondre seul. Le conjoint, d'autres membres de la famille ou des amis ne devrait pas aider à la compilation. Maintenant, s'il vous plaît, remplir le questionnaire

Pour chaque question dans le questionnaire il faut indiquer votre réponse avec une croix sur le symbole . Si vous ne vous sentez pas sûr de la réponse, vous faites le choix qui semble le mieux. Je serai tout près, au cas vous voulez me demander quelque chose. Retournez moi s'il vous plaît le questionnaire lorsque vous avez terminé.

Roberta Gallina

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- excellente très bonne bonne médiocre mauvaise

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata.

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours.

2. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes géné(e) en raison de votre état de santé actuel. - Entourer la réponse de votre choix, une par ligne-

Liste d'activités	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout
• Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique. Entourer la réponse de votre choix, une par ligne

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? Oui Non
- Avez-vous été limité pour faire certaines choses ? Oui Non

Questionnaire de qualité de vie: SF-12. Société Nationale Française de Colo-Proctologie.
http://www.snfcp.org/coloproctologie/Article2011/20111115-180951-575/rohtm_fullText/fr/SF12.pdf (ultimo accesso: 13 gennaio 2017)

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé):

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? Oui Non
- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? Oui Non

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

6. Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti...

- | | Toujours | La plupart du temps | Souvent | Parfois | Presque jamais | Jamais |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • calme et détendu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • débordant d'énergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • triste et abattu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

8. Elle est Mâle Femelle

9. Quelle est votre année de naissance? _____

10. Quel est votre état civil? Célibataire Marié Séparé
 Divorcé Veuf

11. Quel est votre niveau d'éducation? Licence, Master Baccalauréat Collège
 Elémentaire Sans titre, lire et écrire Aucun titre, ne peut pas lire et écrire

12. Quelle est votre nationalité? _____

13. Quelle est l'activité principale réalisée dans votre pays d'origine? _____

Questionnaire de qualité de vie: SF-12. Société Nationale Française de Colo-Proctologie.
http://www.snfcpro.org/snfcpro/Article/2011/20111115-180951-575/sr/htm_JulText/MSF12.pdf (ultimo accesso: 13 gennaio 2017)

SF-12 in Spagnolo



Estimado paciente,

Al llenar este cuestionario, nos gustaría entender mejor cómo se siente: si se puede llevar a cabo sus actividades cotidianas, y cómo calificaría su salud. Por favor, rellene este cuestionario sobre su salud en general. El cuestionario es fácil de completar y sólo toma unos minutos de su tiempo. Asegúrese de leer las instrucciones al comienzo de la primera página. No es una prueba y no hay respuestas correctas o incorrectas. Para cada pregunta, seleccione la respuesta que mejor representa la forma de sentir. Usted debe responder por sí solo: el cónyuge, otros miembros de la familia o los amigos no debe ayudar en la compilación. Ahora, por favor, rellene el siguiente cuestionario

Para cada pregunta en el cuestionario indica su respuesta con una cruz en el símbolo . Si usted no está seguro de la respuesta, tome la decisión que todavía usted cree sea la mejor.

Yo estaré cerca, en caso necesite pedir algo. Regrese el cuestionario cuando haya terminado.

Roberta Gallina

1. En general, usted diría que su salud es:

- excelente muy buena buena regular mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?

- | | Sí,
me limita
mucho | Sí,
me limita un
poco | NO,
no me limita
nada |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Subir varios pisos por la escalera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| • ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? | <input type="checkbox"/> Sí, | <input type="checkbox"/> No |
| • ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> Sí, | <input type="checkbox"/> No |

4. Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? Sí, No
- ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? Sí, No

5. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada Un poco Regular Bastante Mucho

*Las preguntas que siguen se refieren a cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**.*

En cada pregunta responda lo que se parezca más cómo se ha sentido usted.

6. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

- | | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Durante las **4 últimas semanas** ¿con qué frecuencias **la salud física o los problemas emocionales** le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

8. Usted es: Masculino Femenino

9. ¿Cuál es su año de nacimiento? _____

10. ¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Casado/a Separado/a
 Divorciado/a Viudo/a

11. ¿Cuál es su calificación? Graduación Bachillerato/Formación Profesional Educación Secundaria obligatoria
 Educación primaria Sin título, sabe leer y escribir Sin título, no puede leer y escribir

12. ¿Cuál es su nacionalidad? _____

13. ¿Cuál es su actividad principal en su país de origen? _____

Versión española del Cuestionario de Salud SF-12 adaptada por J. Alonso y cols. - Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMM-IMAS)
http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF12_CUESTIONARIO.pdf (último acceso: 13 gennaio 2017)



قرأ هذا المجموعة من التعليمات على الناس التي كينشاركو
التعليمات : هذا الإستطلاع ميسوك على رلك فصحتك. هذه المعلومات ستعاوننا باش
نعرفو كيفاش كتعش وكيفاش فالتردير الأصلى دبالك لعابية اليومية بشكل مزين

اختار الجواب التي كيوصف الحالة دبالك أكثر

32- بصفة عامة واتش نقرر نقول بللى صحتك

1 - مزينة بزاف

2 - مزينة

3 - مزينة شوية

4 - ما بهاش

5 - عجبة

33- هذا الإستئلة خاصة بالأشغال التي يمكنك تديرها ففهار عادي
واتش صحتك داب كتتملك من أنك تدير الأشغال ؟ (إلى كان الجواب إيه
شحال؟

33- أ. واتش صحتك كتتملك تدير أعمال متوسطة (أعمال مصصيات) بحال تعمله
لطفلة/تنشط/تشي شوية ؟

1 - كتتمشي بزاف

2 - كتتمشي شوية

3 - مكنتمش نهائيا

ب - واتش صحتك كتتملك تطلع مجموعة (شوية) نبال الدروج ؟

1 - كتتمشي بزاف

2 - كتتمشي شوية

3 - مكنتمش نهائيا

36- فهدا الربعة دبال السماعات التي دازت شحال أثر عليك الحريق فالأشغال العادية دبالك فقلب الدار و لا برا (خارج الدار)

- 1- دائرش عليك نهشيا
 2- أتر عليك هيشوية
 3- أتر عليك شوية
 4- أتر عليك شوية بزاف
 5- أتر عليك بزاف

37- هاد الأسئلة خاصة بكيفاش كنت كتخصس وكيفاش كنت داير فهدا الربعة دبال السماعات التي دازت.
اختار هذاك الجواب التي قريب لحالة دبالك.
شحال من مررة فهدا الربعة دبال السماعات التي دازت؟

37- أ- كنت كتخصس بالهدا وراحة الببال ؟

- 1- دائما
 2- أغلب المرات (أغلب المرات)
 3- شي مرات
 4- قليل
 5- حتى مرة

37- ب- كنت كتخصس بزاف النشاط (العبودية) ؟

- 1- دائما
 2- أغلب المرات (أغلب المرات)
 3- شي مرات
 4- قليل
 5- حتى مرة

37- ج- كنت تكتسب بالنفسية ديوالك مبرسة أو مهبوم؟

1 - دائما

2 - أغلب المرات (أغلب المرات)

3 - شي مرات

4 - قليل

5 - حتى مرة

38- فيهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت شحال من مرة الحالة اديالك
الصحية و النفسية لثروعك على الأنشطة الاجتماعية (بحال تزور وتمشي
عند صحابك وحبابك)

1 - دائما

2 - أغلب المرات (أغلب المرات)

3 - شي مرات

4 - قليل

5 - حتى مرة

ALLEGATO 5: Tracce interviste semistrutturate in varie lingue per richiedenti asilo

Traccia intervista semistrutturata - versione italiana



Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

INFORMAZIONI INDIVIDUALI

1. Qual è il tuo nome?
2. Qual è la sua nazionalità?
3. Quanti anni hai?
4. Quando sei arrivato al centro?
5. Sai quanto tempo devi stare nel centro?
6. Quante persone sono alloggiate nella tua camera / tenda?
7. Sei in grado di comunicare efficacemente con il personale del centro?
8. Ti senti sicuro in questo centro? Mi puoi raccontare qualcosa in proposito?
9. Hai un modo per comunicare con la famiglia e le persone care? Se sì, come?

ASSISTENZA SANITARIA E IMMUNIZZAZIONE PASSATE

1. Che tipo di assistenza sanitaria hai ricevuto nel tuo paese e durante il viaggio?
2. Hai ricevuto vaccinazioni durante la tua vita? Se sì, sai quali?
3. Hai avuto esperienze di violenza durante il tuo viaggio o nel tuo paese? Cosa mi puoi dire in proposito?

BISOGNI DI SALUTE

1. Hai problemi di salute? Quali sono i tuoi bisogni di salute?
2. Quali sono i principali bisogni di salute delle persone che soggiornano nel centro?
3. Sono questi bisogni affrontati dai servizi forniti qui?
4. Ci sono delle barriere all'accesso ai servizi sanitari essenziali? Hai difficoltà ad accedere ai servizi sanitari?

ASSISTENZA

1. Puoi descrivere una tipica giornata al centro, per favore? In che tipo di attività sei stato coinvolto presso il centro?
2. Hai ricevuto consulenza legale?

IN GENERALE

3. Ci sono delle lacune nella assistenza o ci sono esigenze che non sono soddisfatte?

Traccia intervista semistrutturata - versione inglese



Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

INDIVIDUAL INFORMATION

1. What's your name?
2. What is your nationality?
3. How old are you?
4. When did you arrive at the centre?
5. Do you know how long you have to stay in the centre?
6. How many people are accommodated in your room/tent?
7. Are you able to communicate effectively with the staff of the centre?
8. Do you feel safe in this centre? Can you tell me about this?
9. Do you have a way to communicate with your family and loved ones? If so, how?

HEALTH CARE AND IMMUNIZATION IN THE PAST

1. What health care have you received in your home country and during your journey?
2. Have you received any immunizations during your life? If you know, which ones?
3. Did you experience any violence during your journey, or in your home country? Can you tell me about this?

HEALTH NEEDS

1. Do you have health needs? What are your health needs?
2. What are the major health needs of the people staying in the centre?
3. Are these needs addressed by the services provided here?
4. Are there any barriers to accessing essential health services? Do you have difficulties in accessing health services?

ASSISTENCE

1. Can you describe a typical day at the centre, please? What kinds of activities have you been involved in at the centre?
2. Are you receiving legal advice?

IN GENERAL

1. Are there any gaps in the assistance, or are there needs that are not met?



Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

INFORMATION INDIVIDUELLE

1. Quel est votre nom?
2. Quelle est votre nationalité?
3. Quel âge avez-vous?
4. Quand êtes-vous arrivé au centre?
5. Savez-vous combien de temps vous devez rester au centre?
6. Combien de personnes sont logées dans votre chambre / tente?
7. Êtes-vous en mesure de communiquer efficacement avec le personnel du centre?
8. Vous sentez-vous en sécurité dans ce centre? Pouvez-vous m'en parler?
9. Avez-vous aucun moyen de communiquer avec votre famille et vos proches? Si c'est le cas, comment?

SANTÉ ET IMMUNISATION DANS LE PASSÉ

1. Quels soins de santé avez-vous reçus dans votre pays d'origine et pendant votre voyage?
2. Avez-vous reçu des vaccinations au cours de votre vie? Si vous le savez, lesquels?
3. Avez-vous jamais été victime de violence pendant votre voyage ou dans votre pays d'origine? Pouvez-vous m'en parler?

BESOINS SANITAIRES

1. Quels sont vos besoins en matière de santé?
2. Quels sont les principaux besoins en matière de santé des personnes qui séjournent au centre?
3. Les services fournis ici répondent-ils à ces besoins?
4. Existe-t-il des obstacles à l'accès aux services de santé essentiels?

ASSISTANCE

1. Pouvez-vous décrire une journée typique au centre, s'il vous plaît? Dans quels types d'activités avez-vous participé au centre?
2. Recevez-vous des conseils juridiques?

EN GÉNÉRAL

1. Y a-t-il des lacunes dans l'assistance ou des besoins qui ne sont pas satisfaits?

Traccia intervista semistrutturata - versione spagnola



Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

INFORMACIÓN INDIVIDUAL

1. ¿Cuál es tu nombre?
2. ¿Cuál es su nacionalidad?
3. ¿Cuántos años tienes?
4. ¿Cuándo llegó al centro?
5. ¿Sabes cuánto tiempo tienes que quedarte en el centro?
6. ¿Cuántas personas se alojan en su habitación / tienda?
7. ¿Es capaz de comunicarse eficazmente con el personal del centro?
8. ¿Te sientes seguro en este centro? ¿Me puedes contar sobre esto?
9. ¿Tiene una manera de comunicarse con su familia y sus queridos? ¿Si es así, cómo?

CUIDADOS DE SALUD E INMUNIZACIÓN EN EL PASADO

1. ¿Qué atención médica ha recibido en su país de origen y durante su viaje?
2. ¿Ha recibido alguna inmunización durante su vida? Si usted sabe, ¿cuáles?
3. ¿Experimentó alguna violencia durante su viaje, o en su país de origen?
¿Puede usted hablarme de esto?

NECESIDADES DE SALUD

1. ¿Cuáles son sus necesidades de salud?
2. ¿Cuáles son las principales necesidades de salud de las personas que se alojan en el centro?
3. ¿Son atendidas estas necesidades por los servicios aquí proporcionados?
4. ¿Existen barreras para acceder a los servicios esenciales de salud?

ASISTENCIA

1. ¿Puede describir un día típico en el centro, por favor? ¿En qué tipo de actividades ha participado en el centro?
2. ¿Está recibiendo asesoría legal?

EN GENERAL

1. ¿Hay algún vacío en la asistencia, o hay necesidades que no se cumplen?

ALLEGATO 6: Scheda dati partecipanti focus group



SCHEDA DATI PERSONALI

Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

1. Sesso: M F

2. Anno di nascita _____

3. Qual è il suo titolo di studio?
 - nessun titolo
 - licenza elementare
 - licenza media
 - diploma di scuola superiore
 - laurea triennale
 - laurea specialistica / magistrale / vecchio ordinamento

4. Con quale ruolo operi nella Struttura di Accoglienza?
 - Coordinatore di Struttura di Accoglienza
 - Direttore di Struttura di Accoglienza
 - Insegnante
 - Mediatore culturale o linguistico
 - Operatore Sanitario
 - Psicologo
 - Altro (specificare) _____

5. Da quanto tempo operi nella Struttura di Accoglienza?
 - da meno di 6 mesi
 - da 6 mesi a 12 mesi
 - da 12 mesi a 18 mesi
 - da più di 18 mesi

6. Ha operato anche in altre Strutture d'Accoglienza?
 - SI
 - NO

La ringraziamo per la collaborazione.

ALLEGATO 7: Guida del facilitatore



GUIDA DEL FACILITATORE

Ricerca sul diritto alla salute dei richiedenti asilo: stato dell'arte, bisogni e organizzazione nell'ex Azienda Ulss 9 di Treviso

Caratteristiche dell'ambiente e logistica

1. Stanza: luogo accogliente, possibilmente di 6 x 6 metri, calda o fresca a seconda della stagione, con buona illuminazione e poco rumoroso, locale accessibile (e se possibile conosciuto dai partecipanti), tavolino se possibile esterno al cerchio, sedie mobili, presa elettrica con ciabatta e adattatori.
2. Materiali: guida del facilitatore, due registratori a cassetta classica o elettronici, pile di riserva, lettera di invito, moduli per il consenso informato, modulo per la raccolta dei dati dei partecipanti, eventualmente targhette per il nome dei partecipanti o con numero per identificare chi interviene di volta in volta.
3. Accoglienza partecipanti: sul tavolo esterno al cerchio di sedie posizionare pasticceria secca, acqua, frutta e succhi, bevande calde o fredde.
4. Cerchio dei partecipanti: chiuso e costituito da tante sedie quanti sono i partecipanti al focus e non di più.
5. Registratore: posizionato al centro del cerchio dei partecipanti, appoggiato su un supporto (una scatola, una borsa, un tavolino basso) che non costituisca una barriera alla comunicazione.

Introduzione

10 minuti

Il facilitatore si presenta, illustra gli obiettivi dell'incontro, gli strumenti e il metodo. Avviare il registratore prima di iniziare avvisando i presenti.

"Buongiorno a tutti e grazie a tutti per essere venuti e di aver accettato di darci un po' del vostro tempo."

"Io sono Roberta, sono una Assistenza Sanitaria del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 9 di TV e oggi sono qui per animare questo incontro."

"Questo è Rosy che quasi tutti voi conoscete già, ma che si presenterà quando faremo il giro di presentazioni. Oggi farà da osservatore e prenderà qualche nota sulle idee principali che nasceranno dalla nostra discussione."

Saluti ai partecipanti

Presentazione del conduttore

Presentazione dell'osservatore

“Il presente incontro nasce all’interno di un progetto di tesi di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione. Ciò di cui c’è bisogno ora è di monitorare gli interventi sanitari finora adottati nei confronti dei richiedenti asilo da parte dei Dipartimenti di Prevenzione dell’Azienda ULSS 9 e capire come rispondere alla mission aziendale che è quella di “promuovere e tutelare la salute della collettività”, di cui i migranti fanno parte.

In particolare, durante la discussione di oggi vorremmo sapere da voi

- *se riscontrate dei bisogni di salute nei migranti che non emergono durante i routinari controlli di screening fatti all’arrivo nel nostro territorio;*
- *se ritenete che rispetto al mandato di “promuovere la salute, prevenire gli stati morbosi e migliorare la qualità della vita” dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizio Sociali Aziendali ci sia l’esigenza integrare con delle nuove azioni al fine di soddisfare il vero bisogno di salute dei migrati ;*
- *se rispetto agli stili di vita adottati dai migranti (alcool, fumo, alimentazione e attività fisica) ci siano delle priorità in merito ad interventi sanitari da adottare immediatamente al fine di evitare delle conseguenze future quali malattie croniche degenerative.*

“In cosa consiste l’incontro di oggi?”

La discussione durerà circa un’ora e mezza e io porrò alcune domande alle quali voi potrete rispondere liberamente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, non dobbiamo arrivare a una conclusione unitaria, ci interessano le opinioni di tutti, anche se sono diverse tra loro.

Il tutto verrà registrato su questo registratore che vedete in mezzo al gruppo e ci servirà per poter utilizzare tutte le cose che sono state dette. Ovviamente quanto direte sarà considerato confidenziale e tenuto anonimo. Per quanto mi riguarda, interverrò sia per porvi le domande sia per far sì che tutti possano parlare e che siano rispettati i tempi della discussione.”

(Decidere di volta in volta se porre al gruppo il “tu” o il “Lei”, dichiararlo comunque all’inizio per evitare che si creino gerarchie.)

“Se siete d’accordo, proporrei di tenere spenti i cellulari.

Alla fine ci sarà un piccolo rinfresco per tutti.”

“Se quindi decidete di partecipare vi preghiamo di compilare il modulo di consenso alla partecipazione e di riempire il modulo anonimo con alcune informazioni che ci permettono di capire meglio le informazioni che ci darete. Se poi siete interessati a conoscere i risultati di tutta questa indagine lasciatemi la vostra mail e tra qualche mese, quando avrò finito il lavoro, vi farò avere per posta un breve rapporto sui risultati.”

“Se siete d’accordo prima di iniziare con le domande farei un giro di presentazioni cominciando dalla mia destra ciascuno presentandosi solo con il proprio cognome.”

(Il facilitatore e l’osservatore prendono nota dei cognomi dei partecipanti.)

Presentazione degli obiettivi

Descrivere il metodo

Presentazione e compilazione della modulistica richiesta

Presentazione dei partecipanti

Le domande e gli indizi**75 minuti**

Domanda	Indizi
<p>1. <i>In base alla vostra esperienza quotidiana, come stanno i richiedenti asilo che seguite in questa struttura da un punto di vista fisico e psichico?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - disturbi psicosomatici - disturbi psicologici/psichiatrici - disturbi fisici (ferite, incidenti,) - malattie infettive quali tubercolosi, varicella, malaria, disturbi della pelle, disturbi intestinali, - igiene della persona - comportamenti sessuali - violenze subite - manifestazioni violente/aggressive - è propositivo o distruttivo
<p>2. <i>Che cosa ritieni debba fare l'ULSS (Servizi Sanitari e Servizi Sociali) per soddisfare i bisogni di salute dei migranti?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - integrazione con i compagni - Interventi di educazione di salute - Corsia preferenziale per gli accessi ospedalieri - Maggiore disponibilità dell'ambulatorio immigrati presso il DP - Maggiori informazioni sui servizi dell'ulss
<p>3. <i>Pensando ai loro stili di vita quali alcool, fumo, alimentazione e attività fisica, su quale pensi che si debba maggiormente lavorare e perché?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - fumo (fumano impropriamente - alcool e droghe, - alimentazione (usano tanto olio, non mangiano mai la verdura, - attività fisica (fanno sport? Giocano a calcio, pallavolo, camminano? Vanno in bici? ecc), - ???? uso del cellulare in modo improprio???

Conclusione del focus group**5 minuti**

<p><i>"Siamo al termine del nostro incontro. Volete aggiungere qualche idea a ciò che ci siamo già detti? Grazie per averci dedicato il vostro tempo. Arrivederci."</i></p>	<p>Conclusioni e ringraziamenti</p>
---	--

Nota per il facilitatore e per l'osservatore:

Subito dopo il *focus group*, il facilitatore annota e discute con l'osservatore le impressioni sull'andamento del *focus* stesso riportando i commenti nell'apposito modulo. Queste note potrebbero essere utili nel momento dell'analisi.