

Servizi e progetti rivolti a persone marginalizzate

Secondo l'approccio della Primary Health Care, la marginalità non è una condizione statica né una caratteristica innata delle persone, bensì il risultato di processi sociali, economici e politici che generano esclusione. In altre parole, le persone non sono "marginali" di per sé, ma lo diventano quando disuguaglianze strutturali limitano l'accesso a risorse, servizi e opportunità, alimentando un circolo vizioso di esclusione e discriminazione sistemica (Krieger, 2011). Per sottolineare che la marginalità non è una condizione intrinseca ma il prodotto di fattori che influenzano lo stato di benessere e malattia, preferiamo utilizzare il termine "persone marginalizzate" anziché "marginali" (AMA, 2021).

Le forme di marginalità non derivano da un singolo fattore, ma emergono dall'interazione di molteplici dimensioni che possono cambiare nel tempo (Gkiouleka et al., 2018; Samra e Hankivsky, 2020). Le persone possono infatti collocarsi simultaneamente in strutture sociali che definiscono sia privilegi che svantaggi: ad esempio, un uomo bianco omosessuale impiegato in un lavoro manuale o una donna immigrata eterosessuale con un impiego dirigenziale possono sperimentare forme diverse e intersecate di inclusione ed esclusione.

A questo proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità utilizza il concetto di determinanti sociali della salute, riferendosi alle condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, e all'insieme più ampio di forze e sistemi che modellano le condizioni della vita quotidiana. Tali determinanti includono fattori come il reddito, il genere, l'istruzione, l'accesso ai servizi sanitari, le condizioni lavorative e abitative e lo status socioeconomico. Poiché questi fattori influenzano la distribuzione delle opportunità di salute e malattia in modi che non sono giustificabili da un punto di vista biologico, le disuguaglianze che ne derivano sono evitabili e ingiuste (Marmot, 2017).

La ricerca scientifica ha ampiamente dimostrato che le persone marginalizzate non solo registrano peggiori esiti di salute, ma subiscono anche maggiori disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure (Wilkinson 2002; Marmot e Wilkinson, 2005). Il medico Julian Tudor Hart formulò nel 1971 la “Legge dell'assistenza inversa”, secondo cui chi ha maggiore bisogno di cure tende a riceverne di meno. Questo fenomeno si manifesta in molteplici modi: dall'accesso limitato ai servizi sanitari alla minore disponibilità di professionisti qualificati nelle aree più svantaggiate, fino a esperienze di cura frammentate e caratterizzate da scarsa attenzione. Le difficoltà non si limitano alla possibilità di ottenere cure tempestive, ma riguardano anche la qualità dell'assistenza ricevuta, spesso compromessa da discriminazione, pregiudizi impliciti e da una scarsa capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni specifici di queste persone. Di conseguenza, molte persone marginalizzate vedono la propria salute peggiorare non solo a causa delle condizioni di partenza, ma anche per l'inefficienza o l'inadeguatezza delle risposte assistenziali.

Nonostante la crescente produzione di evidenze scientifiche sulle disuguaglianze in salute, queste ultime non solo persistono, ma continuano ad aumentare. Questo paradosso è spesso descritto attraverso il concetto di “know-do gap”, ossia il divario tra le conoscenze acquisite dalla ricerca e la loro effettiva traduzione in azioni concrete (OMS, 2008b). Sebbene vi sia una maggiore consapevolezza delle cause strutturali delle disuguaglianze, le politiche sanitarie tendono ancora a privilegiare interventi mirati con un approccio emergenziale e frammentario. Tuttavia, queste misure, pur essendo necessarie nel breve periodo, rischiano di consolidare nel lungo termine i meccanismi che perpetuano tali disparità, anziché risolverli.

Secondo la visione della Primary Health Care, invece, è necessario intervenire sulle radici strutturali delle disuguaglianze, superando una concezione della salute limitata alla semplice erogazione

di servizi sanitari e sociosanitari (Breilh, 2013; Gilmour et al., 2020). Ciò significa riconoscere che la salute è modellata da determinanti economici, politici e sociali e che le disuguaglianze sanitarie sono il riflesso di squilibri più ampi di potere e risorse. Questo approccio richiede il potenziamento delle politiche di welfare, il miglioramento delle condizioni lavorative, l'accesso equo all'istruzione e alla casa, la riduzione delle discriminazioni sistemiche e il coinvolgimento attivo delle persone nella progettazione e nell'organizzazione dei servizi. Nel Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia (Campagna PHC, 2021), a questo proposito, si afferma:

“Questo cambiamento [da un approccio centrato sulla patologia a uno centrato sulla salute] implica che compito della nuova organizzazione del territorio non sia solo la cura o la prevenzione delle patologie, ma anche temi come l'inclusione sociale, la giustizia, l'equità, il rispetto di sé e della dignità, di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa e la partecipazione”.

In questo capitolo, verranno presentate cinque esperienze rivolte a popolazioni marginalizzate, accomunate dal tentativo di superare la frammentarietà delle risposte assistenziali e di promuovere un approccio più integrato e strutturale alla riduzione delle disuguaglianze. In particolare:

- il Centro di Medicina Preventiva di Prossimità di Napoli è nato per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione e alla cura, integrando servizi sanitari, attività di outreach work e counselling in un modello multidisciplinare e intersettoriale. La sinergia con il Terzo settore e le uscite sul territorio consentono di raggiungere le popolazioni hard to reach, facilitando l'accesso ai servizi sanitari e contribuendo a una presa in carico più continuativa;

- il Progetto “SuPrEme” di Medici con l’Africa Cuamm porta assistenza socio-sanitaria ai braccianti agricoli stranieri della Capitanata (FG) tramite una clinica mobile, superando le barriere di accesso ai servizi per i lavoratori sfruttati dal caporalato. L’équipe multidisciplinare garantisce cure primarie, screening e orientamento socio-sanitario direttamente nei luoghi di vita, costruendo percorsi di salute integrati e riducendo il divario tra sanità pubblica e persone marginalizzate. Riconosciuto dall’OMS come buona pratica globale, il progetto rappresenta spesso l’unico punto di accesso alla salute per queste persone;
- il “Modello sanitario operativo per popolazioni migranti e non italiane” di Palermo offre screening e trattamenti per infezioni sessualmente trasmissibili e tubercolosi, garantendo un accesso equo alle cure. Basato su una rete ospedale-territorio, integra professionisti sanitari, mediatori culturali e associazioni del terzo settore. Il modello hub & spoke facilita il coordinamento tra servizi, migliorando la presa in carico e riducendo le barriere di accesso alla salute per le persone migranti;
- la “Rete per la salute e la vulnerabilità dei migranti” di Palermo coordina i servizi sanitari della città per migliorare l’accesso alle cure di migranti, richiedenti asilo e rifugiati. Attraverso un modello collaborativo tra istituzioni sanitarie e terzo settore, il progetto facilita il linkage to care e la presa in carico integrata, con particolare attenzione all’identificazione precoce delle vittime di torture e violenze;
- l’Ambulatorio medico migranti “Anlaidis” di Perugia offre assistenza sanitaria di base e supporto psicologico a persone escluse dal Servizio Sanitario Nazionale, tra cui richiedenti asilo, persone senza codice ENI o in attesa di ricongiungimento familiare, e sex workers. L’accesso è libero e gratuito, con attività di screening e prevenzione delle IST. Nonostante la mancanza di un coordinamento istituzionale strutturato, la rete informale consente di garantire alcune prestazioni specialistiche gratuite.

Il Centro di Medicina Preventiva di Prossimità di Napoli

Esperienza mappata da Maria Rosaria Granata, Raffaella Pennone, Roberto Celentano, Virginia Ezinwanne Giangiacomo Nwokocha e Maria Ciliberti

Parole chiave: intersettorialità; medicina di comunità e cure primarie; multiprofessionalità; prevenzione; terzo settore.

Sede dell'esperienza: Dipartimento di Prevenzione (ASL Napoli 2 Nord), Via Nicola Amore 2, Casavatore (NA)

Durata dell'esperienza: da agosto 2023 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: Il Centro di Medicina Preventiva di Prossimità per la sorveglianza e il controllo delle patologie correlate alle vulnerabilità e fragilità sociali nasce in risposta alle indicazioni del Piano di Prevenzione della Regione Campania 2020/2025 (PL15 e PL16). Questo centro si sviluppa in un'ottica intersettoriale di equità e multidisciplinarietà e ha come obiettivo principale la riduzione delle disuguaglianze nella prevenzione e cura di specifiche patologie.

Le attività del Centro sono erogate attraverso:

- Attività ambulatoriali di medicina generale STP/ENI, destinate a soggetti stranieri non regolarmente iscritti al SSN, in sinergia con la U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria dell'ASL Napoli 2 Nord;
- Attività di outreach work e incontri di comunità, finalizzati a coinvolgere le popolazioni hard to reach nei percorsi di prevenzione, cura e monitoraggio delle principali malattie;
- Attività di orientamento e invio ai servizi distrettuali, come Centri Vaccinali, programmi di Screening Oncologici, servizi di Psicologia di Base e ambulatori di Dietetica Preventiva;
- Counselling per le Malattie Infettive Prioritarie, inclusi malattie

- sessualmente trasmissibili e prevenzione della TBC;
- Counselling per le Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) e promozione di stili di vita sani.

Attori, governance, coordinamento e risorse: L'esperienza è gestita nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 2 Nord, attraverso i fondi destinati all'attuazione del Piano di Prevenzione della Regione Campania 2020/2025 - PL15 e PL16.

Per le attività del Centro è stato assegnato un Dirigente Medico del Servizio di Epidemiologia e prevenzione, supportato da due specializzandi in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (MCCP), che sono dedicati a tempo pieno alle fasi organizzative e cliniche del Centro (questo progetto funge anche da materiale per le tesi degli specializzandi). Inoltre, nel Centro sono coinvolti:

- MMG facenti parte di alcune AFT locali, con l'obiettivo di intercettare pazienti vulnerabili e indirizzarli verso prime visite e controlli per le principali malattie croniche non trasmissibili, infezioni sessualmente trasmissibili e programmi di screening;
- Mediatori linguistico-culturali, infermieri e altri medici specialisti dell'ASL Napoli 2 Nord impegnati nelle attività cliniche.

Sono stati sviluppati specifici protocolli d'intesa con associazioni del terzo settore, come la Croce Rossa Italiana - Comitato Napoli Nord, per promuovere le attività cliniche e organizzare giornate di outreach per raggiungere le comunità più marginalizzate. Sono inoltre in fase di avviamento protocolli d'intesa con diverse realtà del territorio, al fine di ampliare la capacità di raggiungere ulteriori utenti. I medici coinvolti nelle attività del Centro mantengono un contatto diretto con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione. È previsto anche un monitoraggio periodico delle attività per la rendicontazione del lavoro svolto e per la programmazione delle future azioni da intraprendere.

Partecipazione comunitaria: Sono previsti degli incontri di comunità con le associazioni del terzo settore, principalmente volti all'educazione alla salute. Ad oggi sono state realizzate alcune uscite nel Mercato Rionale del Comune di Casavatore, al fine di intercettare i bisogni sanitari della popolazione in una dinamica di prossimità. Tali attività in outreach work, svolte in collaborazione con la Sezione Napoli Nord della Croce Rossa Italiana, hanno previsto, come di consueto, la visita di Medicina Preventiva, l'analisi dei determinanti sociali di salute e la conseguente indicazione ad effettuare eventuali percorsi di approfondimento nei servizi distrettuali o aziendali disponibili.

Formazione e ricerca: È previsto uno studio osservazionale sui dati raccolti dal Centro durante le attività cliniche e di outreach work. L'obiettivo di questo studio è valutare l'impatto dei determinanti sociali sulla salute della popolazione assistita.

Processi di monitoraggio e valutazione: Le attività del Centro vengono rendicontate mensilmente al Dipartimento di Prevenzione aziendale.

“Indicatori di risultato” per il Centro di Medicina di Prossimità sono:

- Numero di accordi di collaborazione con gli Enti del Terzo Settore;
- Numero di Incontri Formativi organizzati/anno;
- Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per Anno;
- Numero di accessi ambulatoriali dei soggetti con particolari fragilità sociali (STP/ENI, ROM, SFD, soggetti con precarietà sociale...) verso il SSN di primitiva afferenza, agevolando e promuovendo l'accesso garantito indifferentemente presso l'ambulatorio di Medicina Preventiva del Dipartimento di Prevenzione.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza:

L'organizzazione del lavoro in un'ottica multidisciplinare consente di collaborare con diverse figure professionali del distretto, facilitando una migliore gestione dei percorsi dei pazienti all'interno dei servizi sanitari. Il coinvolgimento del terzo settore rappresenta un importante punto di forza, poiché non solo amplia la portata dell'assistenza, ma permette soprattutto di superare i confini dell'ambiente sanitario, portando letteralmente la salute sul territorio.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza:

Essendo un progetto recentemente avviato, molte relazioni intersettoriali e le relative attività devono ancora essere costruite. È fondamentale prestare attenzione agli accordi con il terzo settore, al fine di raggiungere un numero maggiore di utenti appartenenti a diverse comunità marginalizzate, garantendo così una significativa riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari. Un'altra area di miglioramento consiste nella possibilità di organizzare incontri di formazione per il personale interno ed esterno all'azienda, con l'obiettivo di diffondere la conoscenza del Centro e creare momenti di aggiornamento sulle tematiche della prevenzione e sull'accesso ai servizi sanitari.

Riferimenti normativi: Delibere Azienda Asl Napoli 2 Nord 1160/2023 e 1859/2024; Piano Nazionale di Prevenzione 2020/2025.

Il progetto SuPrEme: Cliniche mobili dell'ONG Medici con l'Africa per portare assistenza socio-sanitaria ai braccianti agricoli stranieri della Capitanata (FG)

Esperienza mappata da Cesare De Virgilio Suglia

Parole chiave: mediazione culturale; medicina delle migrazioni; multiprofessionalità; partecipazione; terzo settore.

Sede dell'esperienza: baraccopoli e insediamenti informali dove vivono i migranti impiegati come braccianti agricoli nelle campagne della provincia di Foggia

Durata dell'esperienza: dal 2020 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: Il settore agricolo in Italia dipende dal lavoro di circa 500.000 migranti, che rappresentano quasi la metà della forza lavoro totale. Tuttavia, dietro questa realtà spesso invisibile si cela un dato preoccupante: almeno 180.000 di questi lavoratori sono coinvolti in situazioni di sfruttamento. La situazione in Puglia, una delle regioni simbolo dell'agricoltura italiana, è particolarmente critica. Oltre il 60% dei lavoratori migranti vive in condizioni indegne, accampati in baracche o rifugi di fortuna. Queste strutture, spesso costituite da tende, assi di legno e vecchie lenzuola, presentano finestre ricavate da cerchioni di auto o copriesedili. Chi è "fortunato" trova rifugio in case abbandonate, ma queste sono prive di acqua corrente, riscaldamento ed elettricità. Per riscaldarsi, sono costretti ad accendere fuochi, con il rischio di incendi pericolosi. Anche i servizi igienici e sanitari sono carenti: mancano bagni, accesso alle cure mediche e sicurezza. Vivere in queste condizioni comporta un'esposizione continua a rischi per la salute e la vita. Tale realtà non riguarda solo il disagio individuale, ma costituisce un'emergenza sociale e sanitaria che interessa

l'intero sistema agricolo italiano.

In Puglia, specialmente durante i periodi di raccolta, circa 15.000 lavoratori stranieri vivono in accampamenti precari, sparsi nelle campagne, in particolare nella provincia di Foggia. Questi braccianti lavorano in condizioni di estrema vulnerabilità, spesso reclutati illegalmente attraverso il sistema del caporalato. Questo meccanismo illecito, gestito da intermediari noti come "caporali", sfrutta la manodopera migrante senza garantire diritti o sicurezza. Per contrastare questa situazione, dal 2015 l'ONG Medici con l'Africa Cuamm ha attivato un progetto mirato a migliorare le condizioni di salute dei lavoratori agricoli che vivono in baraccopoli e insediamenti informali. Grazie a una clinica mobile, precedentemente fornita dalla Regione Puglia all'ONG Emergency, l'equipe multidisciplinare del Cuamm raggiunge queste aree remote per offrire assistenza sanitaria gratuita. La clinica non si limita a visite mediche e somministrazione di farmaci, ma fornisce anche orientamento socio-sanitario, prestazioni infermieristiche e supporto da parte di mediatori culturali specializzati.

Nel 2020, il progetto ha dato vita a Supreme, quando la Regione Puglia ha intercettato un finanziamento europeo destinato alla lotta contro il caporalato, destinando una parte di esso a potenziare le attività di Medici con l'Africa in quel territorio. Da allora, l'ONG ha effettuato oltre 15.000 visite, fornito 60.000 pasti e assistito più di 4.000 pazienti.

Nel 2024, il numero di uscite programmate è stato significativamente ridotto, poiché nel 2023 si sono esauriti i fondi stanziati dalla Regione e dall'Unione Europea, e le spese per il servizio, tra cui benzina, farmaci e assistenza, sono rimaste completamente a carico dei donatori dell'ONG.

Questo servizio rappresenta spesso l'unico punto di contatto tra i lavoratori migranti e il sistema di welfare italiano. Sebbene l'Italia possa vantare un sistema sanitario universale e una legislazione che garantisce l'accesso alle cure per tutti, inclusi i migranti, la realtà

sul campo è ben diversa. Per molti braccianti agricoli stranieri, l'accesso ai servizi di base è una sfida quasi insormontabile. Le barriere linguistiche, culturali e burocratiche rendono difficile ottenere anche cure essenziali, mentre le difficili condizioni di vita favoriscono la diffusione di malattie infettive.

Nonostante il modello di assistenza del progetto sia relativamente semplice da immaginare e strutturare, l'esperienza pugliese è considerata unica tanto da essere riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come una delle 49 migliori pratiche mondiali nell'assistenza ai migranti. Tra i progetti simili, si può citare la clinica mobile dell'ONG Emergency, che ha fornito assistenza sanitaria ai migranti pugliesi fino al 2016 e che nel 2018 è stata rilevata da Cuamm Medici con l'Africa. A livello globale, esperienze simili sono quelle di Medici Senza Frontiere a Cox's Bazar in Bangladesh, di Croce Rossa e Amref negli slum del Kenya, e di Americares nelle baraccopoli di Mumbai.

La Regione Puglia ha riconosciuto il progetto dell'ONG Cuamm (tramite l'Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale) come il modello principale da seguire per la presa in carico socio-sanitaria degli abitanti dei ghetti. Il progetto è stato ufficialmente denominato Su.Pr.Eme (Sud Protagonista nel superamento delle Emergenze).

Attori, governance, coordinamento e risorse: Il servizio di assistenza socio-sanitaria ai migranti è fornito tramite un camper attrezzato come clinica mobile, di proprietà della Regione Puglia e gestito dall'ONG CUAMM Medici Con l'Africa. Con una media di 1-2 uscite settimanali, il camper parte da Bari, sede locale di CUAMM, con a bordo un'équipe di volontari composta da 1-2 medici, 1 infermiere, 1 operatore socio-sanitario (OSS), 1 autista e 1 mediatore culturale. Prima di ogni uscita, vengono selezionati gli insediamenti da visitare, con mappature aggiornate ogni 4 mesi, considerando la mobilità stagionale dei lavoratori in base alle raccolte agricole. Le

attività si alternano tra gli insediamenti, chiedendo ai braccianti se desiderano essere visitati o hanno bisogno di assistenza. Ogni bracciante preso in carico riceve un codice univoco, consentendo di tracciare la sua storia clinica tramite un database interno. Al termine di ogni uscita, l'équipe redige un breve report che include il numero di interventi, casi particolari e farmaci da rifornire. Ogni 2-3 mesi, i volontari si riuniscono per discutere i punti di forza e le criticità dell'organizzazione, la gestione dei casi complessi, le aree da migliorare e le strategie per aumentare il coinvolgimento dei pazienti.

Alcune dottoresse del CFSMG prestano servizio come volontarie per l'ONG, e si cerca di coinvolgere anche i medici di medicina generale (MMG) che seguono i migranti. Secondo i dati disponibili, solo il 7% dei braccianti agricoli ha un MMG di riferimento, nonostante il diritto previsto per legge. Tuttavia, le barriere culturali, le difficoltà nell'ottenere il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) e la resistenza di alcuni attori pubblici locali rendono complesso l'accesso a questo diritto, impedendo l'accesso ai servizi sanitari.

Dal 2015, CUAMM Medici Con l'Africa ha stipulato una convenzione con la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie dell'Università di Bari. Grazie a questa convenzione, i giorni dedicati al volontariato nei progetti di assistenza ai migranti, senza fissa dimora e alle famiglie a basso reddito, sono riconosciuti come ore di formazione.

Nel tempo sono stati sviluppati accordi di collaborazione con diversi reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria del Policlinico di Bari, talvolta formali, altre volte informali. L'assistenza fornita dal progetto CUAMM è principalmente di tipo primario e a bassa soglia, includendo screening, esami clinici, somministrazione di farmaci e, quando necessario, l'approfondimento diagnostico o il ricovero specialistico. In questi casi, l'ONG si occupa di garantire una presa in carico globale, seguendo i migranti in tutte le fasi, inclusi la

prenotazione e l'accompagnamento alle visite specialistiche. Il progetto Supreme, con la clinica mobile della ONG CUAMM, è parte integrante del sistema di presa in carico socio-sanitaria per i migranti nei ghetti pugliesi. Tuttavia, la cooperazione con le istituzioni territoriali non sempre avviene in modo efficace. La ASL di Bari è ben attrezzata per assistere migranti e cittadini stranieri, avendo attivato anche uno sportello dedicato. Al contrario, la situazione nella ASL di Foggia è più complessa, con carenze di organico che rallentano il rilascio dei codici STP necessari per l'accesso ai servizi sanitari, lasciando i migranti con la clinica del progetto Supreme come unico punto di assistenza. Inoltre, la presa in carico ospedaliera dei migranti in Foggia è ostacolata da barriere linguistiche, assenza di mediazione culturale e mancanza di informazioni in altre lingue, nonostante l'alta presenza migratoria. Il rapporto con i Comuni è variabile, spesso influenzato dal colore politico e dalla disponibilità delle giunte locali. Alcuni Comuni supportano attivamente l'Ong, facilitando l'intervento per i braccianti agricoli, mentre altri sono diffidenti, temendo che l'assistenza sanitaria possa incentivare il loro stazionamento. Dal 2015 al 2020, le attività sono state finanziate interamente dalla ONG CUAMM, tramite donazioni di cittadini e fondazioni. Dal 2020 al 2023, il progetto è stato potenziato con il finanziamento del PON Inclusione e il contributo della Regione Puglia, permettendo un monitoraggio sistematico e uscite fino a 3-4 volte a settimana. Con l'esaurirsi dei fondi regionali e comunitari alla fine del 2023, l'ONG ha dovuto ridurre la frequenza delle uscite, affidandosi esclusivamente alle donazioni private e a un contributo dell'USAID per lo sviluppo internazionale. Si spera che nel 2025 la Regione Puglia possa nuovamente finanziare parte del progetto, permettendo di riprendere le attività con regolarità.

Partecipazione comunitaria: Il progetto promuove attività volte a favorire il coinvolgimento della comunità di braccianti

agricoli stranieri che vivono nelle campagne del nord barese. Un elemento chiave di questo processo è la presenza di mediatori culturali con competenze linguistiche in francese, inglese e arabo, che rappresentano una risorsa fondamentale per facilitare la comunicazione tra i migranti e l'ONG.

Inoltre, il progetto crea punti di riferimento nelle comunità, selezionando lavoratori e lavoratrici migranti che, per capacità relazionali, disponibilità e riconoscimento all'interno del gruppo, si rendono disponibili a collaborare con le attività. A queste persone vengono forniti i contatti utili e viene affidato il compito di avvisare i pazienti delle visite e supportare i medici nelle prese in carico più complesse. In alcuni casi svolgono anche il ruolo di caregiver temporanei. Il coinvolgimento risulta particolarmente efficace negli insediamenti con una popolazione più stanziale, come nei ghetti e nelle baraccopoli (ad esempio negli insediamenti di Arena/Borgo Mezzanone e Casa Sankara), dove le zone sono co-organizzate da associazioni o gruppi informali di migranti facilmente riconoscibili. In contrasto, il coinvolgimento è più complesso negli insediamenti stagionali, dove la presenza migratoria è temporanea.

Formazione e ricerca: Attualmente è in atto la costruzione di un database dove raccogliere in maniera facilmente consultabile dati clinici, anagrafici e socio-sanitari riguardanti i pazienti presi in carico e le visite effettuate. Attualmente nel database sono registrate 13225 visite e 2605 sono i pazienti presi in carico. I dati sono stati opportunamente anonimizzati in maniera tale che possano essere utilizzati per analisi e studi da chi ne faccia richiesta. Durante l'esperienza di CUAMM nei ghetti pugliesi sono inoltre stati pubblicati 2 studi scientifici negli scorsi anni:

- Di Gennaro, F., Lattanzio, R., Falanga, C., Negri, S., Papagni, R., Novara, R., ... & Saracino, A. (2021). Low-wage agricultural migrant workers in Apulian ghettos, Italy: general health conditions assessment and HIV screening. *Tropical Medicine and*

Infectious Disease, 6(4), 184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34698299/>

- Totaro, V., Patti, G., Segala, F. V., Laforgia, R., Raho, L., Falanga, C., ... & Di Gennaro, F. (2023). HIV-HCV incidence in low-wage agricultural migrant workers living in ghettos in Apulia Region, Italy: a multicenter cross sectional study. *Viruses*, 15(1), 249. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9861079/>

Il CUAMM incoraggia la ricerca scientifica riguardante la medicina delle migrazioni e della marginalità, essendo generalmente popolazioni poco studiate, in particolar modo quando si parla di cure primarie. Io stesso ho partecipato ad un corso a Padova tenuto dall'ONG riguardante l'Implementation Research nei contesti a risorse limitate. Riguardo la formazione invece vengono organizzati a cadenza mensile incontri per attivisti e volontari in cui si spiega come affrontare le situazioni cliniche di maggior frequenza tra queste popolazioni, mentre essendo il gruppo di volontari formato da specialisti di diverse branche, sono incoraggiati e frequenti i consulti telefonici così che il volontario di turno in quell'uscita possa rivolgersi allo specialista più appropriato per un consiglio di terapia in tempo reale.

Monitoraggio e valutazione: Ogni 6 mesi circa viene fornito un report alla Regione Puglia dove vengono riportati il numero di visite effettuate, le tipologie di farmaci maggiormente utilizzati, sintomi e malattie di più frequente riscontro, le principali nazionalità di provenienza dei braccianti, la percentuale di pazienti con presenza di permesso di soggiorno e di eventuale medico curante come indici di stabilità lavorativa e integrazione, ed il numero di pazienti che viene a controllo spontaneamente come indice di fiducia nel sistema.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza:

- Intercettare bisogni di salute non rilevabili dal sistema

sanitario tradizionale: Portare cure primarie, screening e visite di controllo nei punti di vita dei braccianti agricoli stranieri consente di individuare bisogni di salute che altrimenti resterebbero ignorati dal sistema sanitario;

- Investimento a basso costo per prevenire problematiche più gravi: Le cure a bassa soglia, seppur economiche, possono prevenire il manifestarsi di problematiche sanitarie più gravi, riducendo la pressione sui pronto soccorso e prevenendo ricoveri ospedalieri costosi;
- Accesso esclusivo al sistema sanitario e sociale: La clinica mobile dell'ONG rappresenta spesso l'unico punto di accesso dei migranti sia al sistema sanitario che a quello sociale. In molti casi, i volontari di Medici Con l'Africa sono tra le poche persone italiane con cui i braccianti entrano in contatto, vivendo isolati in campagna e in condizioni di grave marginalità;
- Creare un canale di integrazione: Offrire assistenza sanitaria in questo contesto non solo soddisfa un bisogno immediato, ma getta le basi per creare un ponte, un canale di integrazione, tra la comunità migrante e quella locale, favorendo l'inclusione sociale e culturale.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza:

Una delle principali criticità risiede nel fatto che l'esperienza si colloca a metà tra il mondo del terzo settore e il sistema sanitario regionale. Sebbene vi sia l'ambizione di implementare un modello di presa in carico globale per i migranti, la sostenibilità a lungo termine del servizio dipende in gran parte dai finanziamenti pubblici. Questi fondi, spesso erogati tramite fondi comunitari, progetti e bandi, sono occasionali e non garantiscono continuità. In periodi come il 2024, dove si è verificata l'assenza totale di contributi pubblici, l'ONG è stata costretta a ridurre significativamente l'intensità delle attività e la frequenza delle uscite con la clinica mobile. Questa incertezza finanziaria

rappresenta una delle sfide maggiori per il mantenimento e l'espansione del servizio.

Riferimenti normativi: Il progetto si inserisce nell'ambito del piano di contrasto allo sfruttamento lavorativo in agricoltura e al caporalato promosso dalla DG Immigrazione del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, poiché mette in atto delle misure indirizzate all'integrazione socio-lavorativa dei migranti come prevenzione e contrasto allo sfruttamento del lavoro.

Altri riferimenti:

- WHO (2023). Promoting the health of refugees and migrants: experiences from around the world. Rapporto WHO che cita esperienza come una delle migliori pratiche mondiali sul tema <https://www.who.int/publications/i/item/9789240067110> (ultima consultazione: 1 marzo 2025).
- Sito dell'ong CUAMM Medici Con l'Africa <https://www.mediciconlafrica.org/blog/cosa-stiamo-facendo/in-italia/in-puglia-le-cliniche-mobili-tra-i-braccianti/> (ultima consultazione: 1 marzo 2025).
- Modello Aress Puglia <https://www.regione.puglia.it/documents/46685/1526123/Modello+di+presa+in+carico+sanitaria+e+socio-sanitaria+nei+ghetti.pdf/b6c04ea7-1c93-d495-3162-78baa0cb2c5a?t=1623434885886> (ultima consultazione: 1 marzo 2025).

Il modello sanitario operativo per popolazioni migranti e non italiane (PA)

Esperienza mappata da Eleonora Indorato, Nicolò Piazza e Costanza Affranchi

Parole chiave: mediazione culturale; medicina delle migrazioni; multiprofessionalità; prevenzione; terzo settore.

Sede dell'esperienza:

- ARNAS, Ospedale Civico-Benfratelli Palermo, UOSD Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili, Piazza Leotta Nicola 4, 90127 Palermo (PA)
- Centro Assistenza Migranti “Lucia Pepe” ANLAIDS Sicilia, sezione “Felicia Impastato” Palermo
- Immigrant Take Care Advocacy (I.Ta.C.A.) Network Sicilia

La sede dell'esperienza è l'ARNAS, Ospedale Civico, ma gli altri enti citati collaborano direttamente con l'ospedale. Allo stesso tempo, i collaboratori dell'ospedale intervengono all'interno delle associazioni per creare un dialogo e diffondere informazioni. Si tratta di uno scambio bilaterale che rende la sede principale dell'esperienza non nettamente definibile.

Durata dell'esperienza: dal 2014 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: L'esperienza descritta si concentra sull'offerta di screening e trattamenti per le principali infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e la tubercolosi (TB) nella popolazione migrante. L'obiettivo principale è fornire un modello assistenziale che consideri la vulnerabilità di questi individui, le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie e le barriere linguistiche e culturali.

Tra le patologie osservate, l'1,4% dei pazienti ha contratto l'HIV,

il 9,4% l'epatite B (HBV), l'1,5% l'epatite Delta (HDV) e lo 0,8% l'epatite C (HCV). Inoltre, l'11,8% ha mostrato un'infezione tubercolare latente, mentre l'1,6% ha sviluppato tubercolosi attiva. I dati evidenziano un buon livello di adesione alla terapia per le persone con HIV (88%) e una soppressione virale del 91%. Il completamento della terapia per l'infezione tubercolare latente è stato del 79,5%, con una guarigione dalla tubercolosi attiva pari al 90%.

Sisottolinea l'importanza di trattare le persone, indipendentemente dalle politiche migratorie, per garantire il benessere individuale e collettivo.

Attori, governance, coordinamento e risorse: L'esperienza condotta presso l'ospedale generale ARNAS (Ospedale Civico-Benfratelli di Palermo) ha visto la collaborazione con una rete cittadina per facilitare l'accesso dei migranti ai servizi socio-sanitari. È stato sviluppato un modello organizzativo che prevede un centro di assistenza complessa ("hub"/ARNAS), supportato da centri di accoglienza periferici ("spoke"/strutture ausiliarie), per la selezione e il rinvio dei pazienti. Questo modello si occupa di screening per le IST e la tubercolosi, gestione delle patologie e follow-up. Nel corso degli ultimi cinque anni, è stata creata una rete di Medici di Medicina Generale (MMG) formati presso la Scuola di Formazione in MMG del CEFPAS di Caltanissetta (prot. Servizio 2 n.9064 del 8/03/2023), che ha attivato un tirocinio presso l'Unità Operativa di Patologie Infettive per Popolazioni Vulnerabili. Questa iniziativa ha permesso ai futuri MMG di entrare in contatto con la popolazione migrante che saranno chiamati a gestire in futuro. È così stata attivata una rete di circa 10 MMG che collaborano con l'Unità Operativa per massimizzare le potenzialità della rete Ospedale/Territorio. Le attività sono svolte da un team multidisciplinare di professionisti, che comprende infettivologi, infermieri, assistenti sociali, mediatori culturali, ginecologi, ostetriche, epatologi ed endocrinologi, affiancati

da professionisti del territorio e ONG, oltre agli MMG sopra menzionati. Altre figure professionali coinvolte nelle attività, reperite dal territorio (ASP Palermo), dalle realtà del privato sociale e dalle ONG, completano la capacità di risposta ai bisogni della popolazione migrante e non italiana in specifici percorsi, che trattano:

1. salute sessuale e riproduttiva nelle donne migranti vittime di tortura e violenza di genere;
2. problematiche alloggiative e legali della popolazione non italiana;
3. vaccinazione anti HBV e anti HPV nei MSNA e nelle donne migranti;
4. consegna a domicilio, ove necessario, della terapia antiretrovirale;
5. continuum in care della popolazione dimettente dalle strutture carcerarie del territorio di Palermo;
6. valutazione dei Determinanti di Salute (WHO);
7. outreach di Persone con difficoltà di accesso alle strutture socio-sanitarie.

La rete informale I.Ta.C.A. facilita la comunicazione tra tutte le figure professionali coinvolte nelle attività, attivandole in base alle specifiche necessità. Inoltre, da qualche mese, in collaborazione con l'Università di Palermo (UNIPA), sono stati sviluppati progetti di dottorato finalizzati a individuare i determinanti sociali di salute della popolazione migrante. Nell'ambito di questi progetti, un dottorando sta lavorando alla realizzazione di una mappatura funzionale dei servizi cittadini. L'Unità Operativa dell'Ospedale è una realtà assistenziale integrata nella carta dei servizi dell'ospedale. La sostenibilità delle attività collaterali è garantita dal network I.Ta.C.A., così come dalle diverse realtà del privato sociale e dalle ONG che collaborano, in vari modi, con l'Unità Operativa.

Territorializzazione: L'iniziativa nasce per rispondere alle esigenze della popolazione migrante, risultando facilmente accessibile e ben integrata nel contesto locale. Alcuni servizi sono forniti a domicilio, garantendo il supporto a chi si trova in

situazioni di difficoltà.

Partecipazione comunitaria: Il Terzo Settore è fortemente presente attraverso le attività strutturate e continue delle associazioni.

Formazione e ricerca: Periodicamente vengono organizzati momenti di incontro e corsi di formazione specifici, sia all'interno dell'ospedale che dalle diverse realtà sociali del network. Inoltre, vengono condotte ricerche sulla popolazione target, come quelle descritte nelle pubblicazioni elencate nella sezione dedicata.

Valutazione e monitoraggio: Sono stati utilizzati gli indicatori di efficacia dell'OMS per gli obiettivi di cura dell'infezione da HIV e della tubercolosi. In entrambi i casi sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati dalla stessa OMS.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: Il feedback richiesto periodicamente dalla Direzione strategica dell'Ospedale evidenzia una elevata soddisfazione dell'utenza. I punti di forza rilevati da questa esperienza sono:

- assistenza sanitaria facilitata alla popolazione migrante;
- efficacia dei protocolli di prevenzione e cura applicati;
- integrazione di diversi attori;
- importanti attività di promozione e prevenzione, come l'educazione sessuale alle donne migranti;
- Supportare le persone anche in ambito sociale e legale, garantendo un continuo percorso di cura, ad esempio, per coloro che sono stati recentemente rilasciati dal carcere.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: È assolutamente indispensabile un incremento delle risorse umane, sia in ambito assistenziale che amministrativo e di mediazione culturale. Quest'ultima, in particolare, necessita con urgenza di

essere considerata una priorità strategica, poiché rappresenta un insostituibile snodo operativo e strategico.

Riferimenti normativi: L'Ospedale ha ritenuto di regolamentare queste esperienze attraverso la creazione di una specifica Unità Operativa di Patologie Infettive per le Popolazioni Vulnerabili lo scorso 1 aprile 2022.

Altri riferimenti: Sono stati condotti alcuni studi specifici pubblicati su riviste indicizzate e censite sui principali motori di ricerca scientifica (Pubmed, ...). Elenco delle principali pubblicazioni relative all'ultimo quinquennio:

- Prestileo T., Sicuracusa L., Mazza M. G., Corrao S. (2024). Caring for migrant populations affected by infectious diseases. A model for the Mediterranean area, even in times of COVID-19. *Epidemiologia & Prevenzione*.
- Rastrelli, E., Fiore, V., Ranieri, R., Pontali, E., Prestileo, T., Barbarini, G., ... & Babudieri, S. (2023). Women Living with HIV in Italian Prison Settings: Results from the Gender-Specific ROSE Network. *Viruses*, 15(2), 497.
- Prestileo, T., & Ribas-Mateos, N. (2022). Origins of extreme violence in Palermo: health (infectious) impact of the trans-SaharanMediterranean route for women on the move. In *The Elgar Companion to Gender and Global Migration* (pp. 287-300). Edward Elgar Publishing.
- Esposito, S., Pagliano, P., De Simone, G., Pan, A., Brambilla, P., Gattuso, G., ... & Italian Society of Infectious and Tropical Diseases. (2022). Epidemiology, aetiology and treatment of skin and soft tissue infections: final report of a prospective multicentre national registry. *Journal of Chemotherapy*, 34(8), 524-533.
- Prestileo, T., Adriana, S., Lorenza, D. M., & Argo, A. (2022). From undetectable equals untransmittable (U= U) to breastfeeding: is the jump short?. *Infectious Disease Reports*, 14(2), 220-227.

La rete per la salute e la vulnerabilità dei migranti a Palermo

Esperienza mappata da Nicolò Piazza, Eleonora Indorato e Costanza Affranchi

Parole chiave: intersettorialità; medicina delle migrazioni; multiprofessionalità; terzo settore.

Sede dell'esperienza:

- Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone”; UOC di Medicina Legale dell'AOUP “Paolo Giaccone”; UOS Promozione Salute Immigrati. Via del Vespro 129, 90127 Palermo (PA)
- UOS di Medicina delle Migrazioni. Via Lancia di Brolo 10/bis, 90127 Palermo (PA)
- ASP 6 di Palermo, Via Cusmano 24, 90141 Palermo (PA)
- ARNAS, Ospedale Civico-Benfratelli Palermo; UOSD Patologie Infettive delle Popolazioni Vulnerabili, Piazza Leotta Nicola 4, 90127 Palermo (PA)

Durata dell'esperienza: dal 2020 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: Il progetto ha l'obiettivo di coordinare le azioni dei servizi sanitari di Palermo (ambulatori dell'ASP, ambulatori delle aziende ospedaliere, ambulatori specialistici e di prevenzione) per garantire un accesso più semplice ed equo ai servizi sanitari per migranti, richiedenti asilo e rifugiati. L'intento è rimuovere le barriere organizzative, burocratiche e linguistiche, facilitare il linkage to care e l'inserimento nei percorsi di cura.

Sono stati sviluppati due percorsi assistenziali, coordinati dal dipartimento PROMISE:

- 1) Il primo percorso offre assistenza medica di base, erogata dai medici specialisti dell'ASP, ai migranti irregolari e ai cittadini

comunitari non iscrivibili al SSR. L'accesso agli ambulatori che fanno parte di questo percorso (ASP 6 di Palermo, UOS Promozione Salute Immigrati, UOS Medicina delle Migrazioni, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", UOSD Patologie Infettive delle Popolazioni Vulnerabili, ARNAS Civico e UOC di Medicina Legale dell'AOUP "Paolo Giaccone") avviene in modo spontaneo, a accesso libero o mediato dalle Associazioni o dal territorio. L'accoglienza è di tipo transculturale, grazie alla presenza di mediatori culturali e di un team multidisciplinare composto da infermieri, assistenti sociali e medici.

- 2) Il secondo percorso, gestito dalla UOC di Medicina Legale dell'AOUP "Paolo Giaccone", è focalizzato sull'identificazione precoce delle vittime di torture e violenze. Gli operatori sanitari effettuano valutazioni fisiche non invasive, utilizzando metodi comunicativi adatti alla lingua dei pazienti e consentendo loro di esprimere preoccupazioni attraverso assistenti sociali, psicologi e psichiatri.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Il progetto coinvolge diverse associazioni del terzo settore dedicate alla salute dei migranti nella città metropolitana di Palermo. Tutti gli attori partecipano a un tavolo di stakeholder che si riunisce regolarmente. Tra le associazioni coinvolte ci sono la Rete SaluTiAmo, Medici Senza Frontiere (MSF) e l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie e della povertà (INMP).

Il progetto è coordinato con le istituzioni, tra cui l'Università degli Studi di Palermo, il Dipartimento Promozione della Salute Materno Infantile (PROMISE), Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro" (PROMISE), l'ASP di Palermo, l'ARNAS Civico e l'AOUP "Paolo Giaccone". L'Università ha avuto un ruolo centrale nel creare questo percorso collaborativo, mettendo in contatto gli enti sopra citati, che precedentemente operavano in modo indipendente. L'obiettivo è sviluppare un questionario uniforme per tutte le sedi, in modo da raccogliere le stesse informazioni.

Anche se al momento non sono coinvolti i Medici di Medicina Generale (MMG), il loro coinvolgimento sarebbe strategico, considerando che i migranti con permesso di soggiorno per motivi di lavoro, famiglia, salute, asilo politico o umanitario, o status di rifugiati politici, hanno diritto a un medico di medicina generale. Pertanto, i MMG dovrebbero rappresentare uno dei principali punti di contatto per questi gruppi di popolazione.

Attualmente, non sono previsti finanziamenti specifici per questa iniziativa, ma la continuità delle attività è garantita dall'integrazione nel budget e nelle funzioni delle istituzioni coinvolte. Le risorse necessarie sono sostenute tramite fondi ordinari e strategie operative già esistenti, assicurando che le attività possano proseguire senza interruzioni e siano gestite in modo efficiente.

Come descritto in precedenza, il dipartimento PROMISE ha una funzione di coordinamento delle attività e valutazione dei vari indicatori di performance. Per quanto riguarda la presa in carico, si può notare come le quattro strutture (Civico, Policlinico ambulatorio migranti, ASP 6 sportello migranti, Policlinico medicina legale) accolgano i migranti, che vengono indirizzati, guidati e, se necessario, accompagnati dagli enti del terzo settore.



Territorializzazione: L'esperienza nasce per rispondere a una specifica esigenza della popolazione migrante, risultando facilmente accessibile e ben integrata nel contesto locale. Alcuni servizi sono erogati direttamente a domicilio, facilitando così l'accesso per chi si trova in difficoltà.

Partecipazione comunitaria: Le diverse comunità migranti vengono coinvolte attraverso gli enti del terzo settore, che analizzano le condizioni di vulnerabilità e organizzano il rinvio diretto alla struttura competente. In presenza di difficoltà specifiche, gli enti del terzo settore accompagnano fisicamente gli assistiti ai punti di accesso al SSN.

Formazione e ricerca: Tutto il processo è oggetto di ricerca scientifica e pubblicazioni. L'esperienza ha una definizione progettuale portata avanti dal Centro di Ateneo Migrare dell'Università degli Studi di Palermo.

Valutazione e monitoraggio:

- Numero di accessi di migranti irregolari, in attesa di regolarizzazione dopo arrivo o non iscrivibili al SSR all'ambulatorio istituito per il primo percorso;
- Numero di valutazioni di soprusi, violenze e traumi subiti dai migranti effettuate dai medici e dagli operatori sanitari dell'Unità di Medicina Legale dell'AOUP di Palermo per il secondo percorso.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: Il progetto crea una rete che coinvolge tutti gli enti istituzionali e gli esperti nel campo dell'immigrazione, insieme alle realtà del terzo settore che quotidianamente offrono servizi di cura alle persone con background migratorio.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza:
Una delle principali criticità è l'assenza dei medici di medicina generale all'interno di questo percorso. Un loro coinvolgimento, infatti, potrebbe facilitare l'accesso alle cure per i destinatari dell'intervento.

Riferimenti normativi: Non vi sono riferimenti normativi specifici.

Altri riferimenti:

- **MIGRARE.** Mobilità, differenze, dialogo, diritti - Università degli Studi di Palermo: <https://www.unipa.it/centriinterdipartimentali/migrare/> (ultima consultazione: 1 marzo 2025).