

A cura di Giovanna Tizzi,
Sara Albiani, Giulia Borgioli

LA “CRISI DEI RIFUGIATI” E IL DIRITTO ALLA SALUTE

Esperienze di collaborazione tra
pubblico e privato no profit in Italia

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



La presenza di prime, seconde e terze generazioni, nonché l'incremento delle famiglie della migrazione nel nostro contesto richiedono, ormai in modo innegabile anche per il profano, di delineare politiche migratorie precise.

La consistenza e la complessità dei flussi migratori verso il nostro paese, il loro grado di stabilizzazione, comportano scelte, da parte dei decisori pubblici, coerenti con le caratteristiche e le specificità dei flussi, capaci di coniugare esigenze e modelli culturali assai articolati.

Al fine di delineare percorsi di cittadinanza coerenti alle specificità dei diversi flussi e quindi dei diversi soggetti e famiglie che si orientano verso il nostro paese, anche in forma stabile, sono sempre più necessarie conoscenze, competenze, modelli e metodi d'intervento capaci di cogliere le dinamicità ma anche gli elementi di continuità dei flussi migratori, di andare oltre le superficiali descrizioni della realtà migratoria fatta dai mass media, o da "studiosi dell'emergenza".

La collana "Politiche migratorie" oltre a costituire un utile strumento conoscitivo intende diventare un ambito scientifico in cui fare confluire esperienze, modelli di *buone pratiche*, affinché il decisore pubblico e lo studioso di politiche sociali, l'operatore dei servizi alla persona, possano disporre di strumenti scientifici validati nella prassi, utili per delineare politiche coerenti con una società dinamica e culturalmente variegata.

La collana, pensata per studiosi, decisori, operatori, si prefigge di mettere a disposizione materiali di diversa natura (teorizzazioni, ricerche, studi di casi) affinché il dibattito scientifico e l'operatività possa disporre di materiali tali da contribuire a far fare un salto alle politiche migratorie, passando così da una dimensione ancora troppo eclettica a una dimensione in cui l'innovazione e la scientificità siano punti essenziali.

Comitato editoriale della collana

Maurizio Ambrosini, Università degli Studi di Milano; *Giancarlo Blangiardo*, Università di Milano-Bicocca; *Paolo Bonetti*, Università di Milano-Bicocca; *Tiziana Caponio*, Università di Torino; *Vincenzo Cesareo*, Università Cattolica-ISMU; *Virginio Colmegna*, Casa della Carità; *Duccio Demetrio*, Università di Milano-Bicocca; *Graziella Favaro*, Cooperativa Farsi Prossimo; *Alberto Giasanti*, Università di Milano-Bicocca; *Enzo Mingione*, Università di Milano-Bicocca; *Vaifra Palanca*, Ministero della Salute; *Fabio Perocco*, Università Ca' Foscari di Venezia; *Enrico Pugliese*, Università di Roma La Sapienza; *Emilio Reyneri*, Università di Milano-Bicocca; *Giuseppe Sciortino*, Università di Trento; *Makoto Sekimura*, Università di Hiroshima; *Mara Tognetti*, Università di Milano-Bicocca, coordinatore della collana; *Claudio Valsangiacomo*, University of Applied Sciences and Arts of Southern Switzerland; *Tommaso Vitale*, Centre d'étude européennes, Sciences Po., Parigi.

I titoli della collana *Politiche Migratorie* sono sottoposti a referaggio anonimo.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

A cura di Giovanna Tizzi,
Sara Albiani, Giulia Borgioli

LA “CRISI DEI RIFUGIATI” E IL DIRITTO ALLA SALUTE

Esperienze di collaborazione tra
pubblico e privato no profit in Italia

FrancoAngeli

L'Opera, esito della ricerca condotta dal Centro di Salute Globale della Regione Toscana e da Oxfam Italia nel quadro del progetto europeo CARE – Common approach for refugees and other migrants' health, è stata pubblicata con il contributo di Oxfam Italia e del Centro di Salute Globale



Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione , di <i>M.J. Caldes e Roberto Barbieri</i>	pag.	9
Prefazione , di <i>Salvatore Geraci</i>	»	11
Introduzione , di <i>Giovanna Tizzi</i>	»	15

Parte prima **Richiedenti protezione internazionale e rifugiati:** **il diritto fondamentale alla salute**

1. Rifugiati e richiedenti protezione internazionale: uno scenario “in divenire” , di <i>Giovanna Tizzi</i>	»	21
1. Il contesto internazionale ed europeo	»	21
2. La dimensione nazionale tra rappresentazione e realtà	»	25
3. Emergenza permanente?	»	32
4. Uno sguardo a livello regionale: Toscana, Lazio, Friuli e Sicilia	»	35
2. Il diritto alla salute e le sue applicazioni , di <i>Sara Albiani e Giulia Borgioli</i>	»	38
1. Le fonti del diritto internazionale sul diritto alla salute	»	38
2. La normativa italiana sull’assistenza sanitaria alla popolazione straniera	»	42
3. L’assistenza sanitaria del richiedente protezione internazionale: dal primo soccorso alla presa in carico sanitaria	»	45
4. Le politiche sanitarie e l’applicazione dei principi nazionali a livello territoriale	»	47

5. Migrazione e salute mentale. Qualche proposta per le nuove generazioni di clinici, di <i>Giuseppe Cardamone</i>	pag.	49
5.1. La situazione italiana	»	50

Parte seconda
Prove pratiche di presa in carico sanitaria:
casi studio ed esperienze in Italia

3. L'accoglienza diffusa in Toscana: modello ed esperienze di assistenza sanitaria , di <i>Sara Albiani e Giulia Borgioli</i>	»	55
Introduzione	»	55
1. Le esperienze in pratica	»	58
1.1. "Casa Stenone": continuità delle cure ai più vulnerabili	»	58
1.2. La Società della Salute di Grosseto e l'esperienza di accoglienza socio-sanitaria	»	61
Osservazioni conclusive	»	64
4. Il Friuli Venezia Giulia: assistenza sanitaria integrata nell'hub di Udine e salute mentale a Trieste , di <i>Giovanna Tizzi e Caterina Carmassi</i>	»	67
Introduzione	»	67
1. Le esperienze in pratica	»	70
1.1. Hub Cavarzerani di Udine: un percorso sperimentale di assistenza primaria integrata per richiedenti asilo	»	70
1.2. Il disagio invisibile: l'esperienza di Trieste su salute mentale	»	74
Osservazioni conclusive	»	78
5. Il Lazio: la collaborazione pubblico-privato come fonte di innovazione nell'assistenza sanitaria ai migranti , di <i>Sara Albiani e Giulia Borgioli</i>	»	80
Introduzione	»	80
1. Le esperienze in pratica	»	82
1.1. Il Centro "SAMIFO": promuovere la salute dei migranti forzati attraverso l'interazione tra settore pubblico e settore privato	»	82
1.2. L'esperienza in rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma	»	85
Osservazioni conclusive	»	88

6. Sicilia: il servizio di etnopsicologia a Palermo e l'ambulatorio di psicoterapia transculturale a Trapani, di		
<i>Giovanna Tizzi e Caterina Carmassi</i>	pag.	90
Introduzione	»	90
1. Le esperienze in pratica	»	92
1.1. Il doppio sguardo: l'esperienza del servizio di etno-psicologia nel Policlinico di Palermo	»	92
1.2. Psicoterapia transculturale a Trapani: l'esperienza di "Medici senza Frontiere"	»	95
Osservazioni conclusive	»	98

Parte terza
Verso un modello di presa in carico

7. Per non concludere: verso un modello di presa in carico, di Mara Tognetti Bordogna	»	101
Premessa	»	101
1. La salute e i richiedenti asilo	»	102
2. Le difficoltà nell'accesso	»	104
3. Le buone pratiche di presa in carico sulla base delle esperienze concrete	»	105
4. Questioni aperte	»	106
5. Che fare	»	107
Bibliografia di riferimento	»	111
Nota metodologica	»	117
Gli Autori	»	121

Presentazione

Dal Ghana alla Germania, dal Sudafrica all'Italia, il divario tra ricchi e poveri sta rapidamente aumentando e la disuguaglianza economica ha ormai raggiunto livelli estremi, causando enormi differenze nelle opportunità di vita: chi è più povero ha un minor livello di istruzione e una più bassa aspettativa di vita.

Negli ultimi anni le disuguaglianze economiche e sociali nella salute sono diventate un tema importante nella sanità pubblica europea. Sebbene la salute della popolazione sia sensibilmente migliorata in tutta Europa, allo stesso tempo sono aumentate le disuguaglianze nell'accesso a servizi sanitari di qualità. I migranti, che vivono spesso ai margini del sistema economico e sociale dei paesi europei, sono tra i più colpiti da questa situazione di crescente "iniquità di salute".

È proprio intorno ai temi della disuguaglianza e della ricerca di soluzioni e alternative percorribili che il Centro di Salute Globale della Regione Toscana (CSG) e Oxfam Italia hanno negli anni sviluppato un solido e proficuo partenariato che, nato dalla realizzazione congiunta di progetti di cooperazione sanitaria internazionale in numerosi paesi africani, si è poi esteso ad attività di ricerca e analisi sulla salute dei migranti e di applicazione di approcci innovativi per garantire l'equità nel loro accesso ai servizi sanitari in Italia.

In particolare, nell'ambito del progetto "*CARE- Common approach for refugees and other migrants' health*", finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), il CSG e Oxfam Italia hanno avuto l'opportunità di condurre un'analisi sulle esperienze regionali volte a garantire ai migranti, con un focus specifico su richiedenti asilo e rifugiati, servizi sanitari di qualità attraverso la collaborazione tra il Sistema Sanitario Regionale e il privato no profit.

Da questa esperienza, nasce il presente volume che mira a offrire al lettore un quadro del sistema di accoglienza italiano, della legislazione relativa al diritto alla salute dei migranti e della sua applicazione e infine offre degli spunti di riflessione attraverso alcuni esempi di pratiche virtuose portate avanti in quattro Regioni italiane: Sicilia, Lazio, Toscana e Friuli Venezia Giulia.

Maria Josè Caldès
Direttrice del Centro di Salute Globale
della Regione Toscana

Roberto Barbieri
Direttore generale di Oxfam Italia

Prefazione

di *Salvatore Geraci*

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è e deve rimanere un servizio su base universalistica e soprattutto deve avere come parola chiave l'equità.

Affermazione “banale” per alcuni, per altri “anacronistica” considerando le difficoltà in cui il SSN vive: i piani di rientro, il più o meno esplicito defianziamento, la perdita di operatori e relative competenze, la differenziazione regionale; per altri ancora “stupida”, o per lo meno “ingenua”, pensando a un servizio sanitario a più gambe o pilastri, anche privati, altrimenti con un'alternativa di insostenibilità.

Ma soprattutto, perché mettere oggi questa affermazione in una prefazione di un libro sul diritto alla tutela sanitaria degli immigrati e in particolare dei richiedenti asilo e rifugiati?

Mi piace rispondere con un'altra domanda: perché no?

Perché non dobbiamo ricordarci le basi etiche del nostro servizio sanitario? Perché non dobbiamo fare nostre quelle stupende parole di presentazione, subito dopo la fine della II guerra mondiale, del servizio sanitario britannico divenuto esempio per quello italiano una trentina d'anni dopo: il SSN «ti fornirà ogni tipo di assistenza medica, odontoiatrica e infermieristica. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – potrà usufruirne. Non c'è nulla da pagare, eccetto che per poche prestazioni speciali. Non si tratta di un'assicurazione. E neppure di una forma di carità. Tu stai già pagando per questo, soprattutto come contribuente, e ciò allevierà le tue preoccupazioni finanziarie al momento della malattia».

Perché non pensare un servizio che tra tante difficoltà, non voglia lasciare indietro nessuno coerentemente alla nostra Carta costituzionale che, all'articolo 32, parla di tutela della salute come diritto fondamentale e dopo i principi fondamentali della prima parte della Costituzione, questo è il solo “diritto fondamentale” per ogni “individuo” connotando ogni singola persona,

oggi potremmo dire italiano o straniero, con regolare permesso di soggiorno o temporaneamente privo, di una titolarità e garanzia di tutela.

Perchè non dirci che questa impostazione, proprio sugli immigrati, dall'articolo 13 del decreto Dini (1995) in poi, è legge dello Stato (d.lgs. 286 del 1998) che ci porta tra i paesi europei, in questo specifico campo, con la politica sanitaria più avanzata: in Italia la quasi totalità degli stranieri con permesso di soggiorno (ma anche nella fase di richiesta) ha il diritto/dovere di iscrizione al SSN e anche coloro che vivono al margine perchè privi di permesso di soggiorno hanno diritto ad ampi livelli di assistenza.

Detto ciò, non possiamo nascondere l'esistenza di contraddizioni del sistema, anche gravi, con Regioni che non applicano o applicano male il mandato istituzionale, con operatori intrisi di pregiudizi che condizionano il loro agire, con la politica che strumentalizza bisogni e risposte. Ma non è questo il tema del libro e di questa breve riflessione.

Parola chiave, dicevamo, equità: dare a tutti pari opportunità. È proprio su "L'Italia per l'equità nella salute" che alla fine del 2017 si è svolto a Roma un convegno nazionale e presentato uno stimolante rapporto. Partendo proprio da un'Italia nella salute "disuguale" e quindi con un'analisi di disuguaglianze in essere, alcune di queste in aumento, nel documento si trova un'affermazione che è di grande interesse: rispetto al panorama europeo, le disuguaglianze sociali di salute osservate in Italia, appaiono simili a quelle di altri Paesi ad alto reddito ma meno pronunciate. I ricercatori ipotizzano che nel nostro Paese ci siano alcune peculiarità che proteggono la popolazione: una di queste è certamente il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale, e ciò vale anche per gli immigrati.

Questo è il punto: abbiamo, nonostante tutto, un servizio sanitario resiliente; alla crisi economica, al fenomeno immigrazione, alla "refugee crisis". Questo volume lo dimostra, in molteplici forme, con varie rappresentazioni, con diversi attori.

Ma non basta. L'analisi delle disuguaglianze e dei fattori che le producono, i determinanti sociali di salute, ci spinge a intraprendere azioni proattive: la resilienza va alimentata altrimenti può essere solo rimozione, passività, arretramento del processo.

Va alimentata almeno su alcune traiettorie.

Un'azione di sistema che, riferendoci ai profughi, significa norme per una buona accoglienza, diffusa, responsabile e consapevole (non è possibile che sia, in alcuni casi per i Comuni, su base volontaria) e per la sanità promuovere appropriatezza degli interventi non legati all'emotività, a pregiudizi o strumentalizzazioni. Ancora oggi ci sono standard richiesti per l'accoglienza che in ambito sanitario non hanno senso (alcune certificazioni o la richiesta

della presenza di medici e infermieri in piccole strutture) mentre si ritarda la possibilità di essere inseriti a pieno titolo nel sistema (iscrizione al SSN) o con ostacoli economici che, discrezionalmente, solo a livello locale possono essere rimossi (mancanza di codici nazionali di esenzioni dal ticket: minori non accompagnati, richiedenti asilo, inoccupati, ecc.).

Occorre un piano nazionale per la formazione, anche nei curricula standard universitari e professionali, per i temi della salute globale e più specificatamente sull'immigrazione. Quello che oggi è presente dipende dalla volontà degli studenti (pensiamo agli ottimi corsi proposti dalla Rete Italiana Insegnamento Salute Globale) o è interpretato in modo eccessivamente discrezionale (in genere, soprattutto nei corsi per i medici di medicina generale, ancora si punta quasi esclusivamente sulle malattie infettive).

Una reale governance nazionale e locale che sappia valorizzare e implementare quanto di valido c'è negli atti di pianificazione nazionale e nelle esperienze locali. Il 2017 in questo senso è stato un anno di grande "produzione" di strumenti utili per la gestione del fenomeno in ambito sanitario: dai nuovi LEA¹ con l'iscrizione obbligatoria al SSN di tutti i minori stranieri indipendentemente dalla status giuridico, alle "Linee guida (Linee di indirizzo) per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale"²; da una serie di norme sui minori non accompagnati che, per quanto riguarda l'accertamento per l'età, fanno riferimento a un protocollo olistico multidisciplinare approvato dalla Conferenza delle Regioni³; e infine le recenti Linee guida sui "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri

¹Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15.

²Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017: Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. GU Serie Generale n.95 del 24-04-2017.

³Legge 7 aprile 2017, n. 47: Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati. GU n.93 del 21-04-2017. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 novembre 2016, n. 234. Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del d.lgs. 4 marzo 2014, n. 24. GU Serie Generale n.298 del 22-12-2016. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 16/30/Cr09/C7-C15: Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati.

di accoglienza” elaborate dall’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Alla luce di tutto ciò ci domandiamo: quante Regioni o realtà locali implementeranno le loro politiche in una logica di governance sistematica e coerente? Quante realtà locali sapranno utilizzare questi strumenti con una visione di inclusione e sostenibilità? Quante esperienze, magari in un’accoppiata potenzialmente vincente tra istituzioni e non profit, saranno innovative nello scenario della tutela sanitaria dei migranti?

Concludo quindi con delle domande, così come ho iniziato, e non casualmente. Uno scrittore norvegese in un passo di un suo celebre libro fa dire a uno dei protagonisti: «Una risposta è un tratto di strada che ti sei lasciato alle spalle. Solo una domanda può puntare oltre» (Gaarder, 1996).

E noi, sicuramente vogliamo puntare oltre.

Introduzione

Il dibattito sulla salute dei migranti non è nuovo nella letteratura (Tognetti Bordogna, 2008), basti pensare al cosiddetto paradosso del migrante sano che poi si ammala nel Paese di approdo. Oggi si assiste a un rinnovato interesse in relazione all'invecchiamento delle popolazioni in Europa e alla crisi migratoria che ha sollevato allarmi per la possibile diffusione di malattie infettive.

Il crescente flusso di migranti verso i Paesi dell'Unione Europea e dell'Italia in particolare, pone il tema della loro accoglienza e gestione tra le principali priorità istituzionali. In questo scenario l'arena di *policy* della salute per i richiedenti asilo e rifugiati è un campo di analisi interessante per osservare il rapporto tra amministrazioni pubbliche e privato sociale, e approfondirne le possibili configurazioni e strategie in un contesto caratterizzato da deboli certezze normative e procedurali, fragili e frammentati percorsi istituzionali.

Prendendo in considerazione il processo attraverso il quale i migranti rientrano nelle *welfare policies* sanitarie del Paese di arrivo, si può notare come, nella maggior parte dei casi, dal punto di vista formale e istituzionale non si registrano differenze riguardo ai benefici previsti – essendo il nostro sistema sanitario di stampo universalista –, mentre varia in maniera significativa e sostanziale l'effettiva possibilità di godimento e fruizione di tali benefici. «Si può infatti identificare quello che in letteratura è definito come *implementation deficit* della legislazione e delle politiche che ne seguono, cioè una situazione in cui il diritto fondamentale esiste e viene riconosciuto, ma la sua effettiva applicazione risulta difficile da realizzare concretamente» (Golini, 2006; Bigot e Russo, 2008, pag.184).

Ricordiamo che le politiche sanitarie hanno un ruolo determinante sulle disuguaglianze, possono ridurre le disuguaglianze di salute e le iniquità dei

servizi, oppure mantenerle o aumentarle. Scelte sanitarie, politiche organizzative possono contribuire a produrre disuguaglianze di salute per i soggetti migranti che si aggiungono alle tradizionali variabili come la provenienza geo-culturale. Affrontare questo tema in relazione ai soggetti nella *refugee crisis*, significa tener conto di “altre” variabili come i viaggi estenuanti, le reti relazionali, i traumi subiti, le caratteristiche del sistema di accoglienza dove si è o non si è inseriti, ecc. Le diverse fasi del sistema di accoglienza italiano, dall’arrivo (sbarco o via terra) fino alla sistemazione in una delle tante strutture, rende il percorso assai disomogeneo. Come vedremo nel volume, si assiste a un pluralismo di iniziative, attivate da welfare regionali e/o sistemi pubblico-privati differenti e localmente riconducibili.

All’interno di questo pluralismo e in presenza di bisogni di un’utenza migrante che cambia, abbiamo scelto di concentrarci sulle pratiche, condotte in alcune Regioni italiane, riguardanti l’assistenza sanitaria verso i migranti richiedenti asilo, verso i titolari di una forma di protezione, ma anche verso coloro che decidono di non presentare domanda di asilo. Partendo dal presupposto che lo Stato deve promuovere e attivare politiche mirate al perseguimento dell’equità nella salute, al centro della nostra analisi vi è la sinergia e collaborazione tra il settore pubblico e il privato no profit nell’erogazione di servizi specifici per questo target.

Il libro è articolato in tre sezioni. Nella prima parte (capitoli uno e due) si tratta il tema della crisi dei rifugiati nel Mediterraneo e del diritto alla salute con le sue applicazioni.

La seconda parte (capitoli tre, quattro, cinque e sei) è dedicata alle pratiche esaminate nelle Regioni Toscana, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Sicilia. La scelta di questi quattro contesti è dovuta in primo luogo a ragioni attinenti alla geografia dell’Italia e alla volontà di scegliere delle realtà rappresentative sia del Nord che del Centro e del Sud. La Sicilia è una scelta obbligata essendo l’area del Mediterraneo centrale in cui si verifica il maggior numero di sbarchi. Il Lazio è una delle Regioni che più accoglie richiedenti asilo (terza dopo Lombardia e Sicilia) e è caratterizzata da una forte sinergia delle autorità sanitarie pubbliche con le organizzazioni del settore privato. La Toscana è stata selezionata perché, secondo le ultime verifiche effettuate dal Ministero della Salute, risulta essere la prima Regione in termini di qualità dell’assistenza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro, sul territorio e negli ospedali. Era quindi interessante capire come la Regione che garantisce i migliori standard sanitari stia affrontando le sfide poste dai recenti flussi migratori. Tra le Regioni del Nord, sebbene sia la Regione Lombardia che accoglie il maggior numero di richiedenti protezione internazionale e rifugiati,

ci sembrava interessante analizzare il caso del Friuli Venezia Giulia, che presenta delle specificità importanti sia in termini di origine dei migranti, sia in termini di tipologia di percorsi di arrivo (via terra), che in termini di soluzioni per l'accoglienza.

Il presente studio si è avvalso di una metodologia di tipo qualitativo. Sono state realizzate 61 interviste semi-strutturate individuali e alcune visite sul campo. Le interviste hanno coinvolto i rappresentanti delle istituzioni chiave per il settore pubblico (sia a livello regionale che di aziende sanitarie locali) e per il privato no profit (cooperative, organizzazioni non governative, associazioni ecc.). Questa impostazione è stata determinata sia dalla specificità dell'analisi, sia dagli obiettivi inerenti a comprendere le complessità del fenomeno e ad approfondire le pratiche condotte nei territori.

Dopo un'attenta analisi della normativa nazionale e regionale che regola il sistema di accoglienza e l'accesso dei migranti al servizio sanitario nazionale, sono state selezionate due pratiche esemplificative per ogni Regione.

Nello specifico per la Toscana si tratta di: "Casa Stenone" che garantisce il diritto alla continuità delle cure a quei pazienti che, per storia, provenienza o condizione, non potrebbero usufruirne; l'esperienza del Centro di accoglienza la "Rugginosa" di Grosseto in cui la Società della salute fornisce assistenza socio sanitaria integrata.

Per la Regione Friuli Venezia Giulia abbiamo scelto di approfondire l'hub "Cavarzerani" di Udine (ex caserma) e l'esperienza di presa in carico su salute mentale condotta a Trieste.

Nel Lazio abbiamo studiato il Centro "SAMIFO" (Salute Migranti Forzati), nato nel 2006 dalla collaborazione tra l'Azienda sanitaria locale Roma A e l'Associazione "Centro Astalli" e, come seconda esperienza, il servizio per i migranti in transito a Roma realizzato dell'Asl Roma 1 e Roma 2 in collaborazione con l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP).

In Sicilia ci siamo concentrati sul servizio di etnopsicologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo portato avanti dal Centro Penc e sul servizio di supporto psicosociale ai richiedenti asilo presenti nei centri di accoglienza straordinari della provincia di Ragusa, condotto da Medici senza frontiere (MSF).

Chiude la terza parte del volume la riflessione sulle pratiche analizzate, evidenziando le contraddizioni insite nel tentativo di inclusione universalistica, che a ben vedere, si attuano, invece, in alcune esperienze "confinare", rispetto ad altre. Si generano, pertanto, modelli molto interessanti, ma chiusi in una sorta di paradosso, essendo di volta in volta condotti nelle misure d'intervento e nelle progettualità, seppur integrate, da singoli enti.

Le pratiche esemplificative raccolte in questo volume sono, in ogni caso, di grande utilità per contribuire a rilanciare il tema delle disuguaglianze di salute degli immigrati, specialmente in riferimento a persone di nuove provenienze geo-culturali, a cui il nostro Paese non era abituato. Gli attori pubblici devono promuovere e attivare politiche dedicate al perseguimento dell'equità nella salute e pertanto occorrono azioni specifiche che abbiano un carattere multidimensionale e agiscano sia sul sistema per la salute ma anche sull'organizzazione sociale, economica e culturale.

Desideriamo ringraziare tutte le persone intervistate che ci hanno accolto collaborando, fornendoci dati, suggerimenti, riflessioni e soprattutto accompagnandoci nella conoscenza dei territori.

Un ringraziamento particolare a Lorenzo Luatti per il suo contributo nel capitolo sulla Toscana, all'avvocato Luigi Tessitore per l'attento lavoro di revisione del capitolo sulla legislazione e a tutto il team di Oxfam Italia e del Centro di Salute Globale della Regione Toscana coinvolto nel progetto europeo "CARE *Common approach for refugees and other migrants' health*", grazie al quale abbiamo potuto realizzare la ricerca sul campo.

Infine, ma non per ordine di importanza, dedichiamo il volume alle tante vite umane *in emergenza* come quelle di K.M e sua figlia:

Sono scappata dal mio Paese perché non volevo che mia figlia fosse infibulata come lo sono stata io da bambina. Non volevo che mia figlia soffrisse come me. Ho lasciato il mio Paese e ho raggiunto mio fratello in Libia. Un giorno un gruppo di soldati è entrato nella nostra casa. Ero terrorizzata. Hanno gridato e agitato le loro pistole. Mi hanno picchiata e sono stata violentata davanti a mio fratello e mia figlia. [...] Ora sono qui e sono spaventata. Questo centro non è buono per mia figlia. Una sera stavamo in fila per il pasto e un uomo l'ha schiaffeggiata perché sosteneva che stava parlando troppo. Sono spaventata. Non dormo di notte. Non mi sento sicura. (K.M. 27 anni, Costa d'Avorio, intervistata al CARA in Mineo).

Parte prima.
Richiedenti protezione internazionale e rifugiati:
il diritto fondamentale alla salute