



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea



Ministero dell'Interno
Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione
Direzione Centrale per l'immigrazione e l'asilo



Ministero della Salute



ARTEMIS

Associazionismo & Reti Territoriali per la Mediazione Interculturale sulla Salute



Roma
30 giugno 2011
ore 8.30 - 17.30

Istituto Superiore di Sanità
Aula Pocchiari
Viale Regina Elena, 299



CENTRO NAZIONALE AIDS



L'Albero della Salute
Struttura di riferimento per la Promozione della salute dei migranti Regione Toscana



IOM International Organization for Migration
OIM Organizzazione Internazionale per le Migrazioni

CONVEGNO

“ARTEMIS: Associazionismo & Reti Territoriali per la Mediazione Interculturale sulla Salute”

ABSTRACT

INDICE

Introduzione ai lavori

Fabrizio Oleari, Barbara Ensoli, José Angel Oropeza, Referente Ministero Interno

Il ruolo del Centro Nazionale AIDS

Barbara Ensoli

5

Il ruolo dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni

Rossella Celmi

7

Il ruolo della Struttura di Riferimento per la Promozione della Salute dei Migranti

- Regione Toscana – *L'Albero della Salute*

Elisabetta Confaloni

9

Lettura Magistrale

Engaging communities in health intervention research/practice: the Community Health

Educator Model

Lai Fong Chiu

11

SESSIONE I - L'accesso ai servizi sanitari per i migranti in Italia

Moderatore: Miriam Lichtner

12

Cornice normativa in materia di salute e immigrazione. Profilo di Salute dei migranti

Salvatore Geraci

13

Le diseguaglianze nella salute

Gavino Maciocco

15

SESSIONE II - L'Educatore di Salute di Comunità

Moderatore: Giulia Capitani

16

L'Educatore di Salute di Comunità nel percorso dalla mediazione culturale alla promozione della salute delle comunità migranti

Elisabetta Confaloni

17

Formazione dell'Educatore di Salute di Comunità

Alessio Surian

18

La mediazione linguistico culturale nella sanità pubblica

Maura Cossutta

19

SESSIONE III – Le Reti Associative dei Migranti e lo studio epidemiologico in ARTEMIS

Moderatore: Anna Maria Luzi

Il valore delle reti all'interno del modello di promozione della salute di comunità

Rossella Celmi

20

Infezione da HIV: studio epidemiologico, indagine di laboratorio e indicatori

per la valutazione di interventi di prevenzione dello European Centre for Diseases

Prevention and Control

Stefania D'Amato, Stefano Buttò

21

Il processo di Empowerment

Tavola Rotonda con i rappresentanti delle comunità migranti locali corsisti del progetto Artemis e Referenti degli Enti territoriali

SESSIONE IV – Interventi, prospettive e sostenibilità future
Moderatore: Maria Grazia Pompa

Il manuale sulla formazione dell'Educatore di Salute di Comunità <i>Elisabetta Confaloni</i>	22
Le Linee Guida per l'applicazione del modello di intervento <i>Rossella Celmi, Stefania D'Amato</i>	23
Discussione <i>Barbara Ensoli, Maria Grazia Pompa, Rossella Celmi, Elisabetta Confaloni</i>	

ABSTRACT

Il ruolo del Centro Nazionale AIDS

Barbara Ensoli

Mission Centro Nazionale AIDS

La missione del Centro Nazionale AIDS è la lotta contro l'HIV e AIDS e le sindromi associate tramite lo sviluppo di vaccini e approcci terapeutici innovativi basati sui risultati degli studi dei meccanismi patogenetici dell'infezione da HIV e della sua progressione. L'organizzazione del Centro riflette lo scopo di attuare una ricerca di tipo "traslazionale" dalla ricerca di base alla sperimentazione clinica. Avvalendosi del coordinamento di numerosi programmi nazionali ed internazionali e della cooperazione con l'Industria, il Centro vuole assicurare l'implementazione ed il trasferimento dei nuovi presidi preventivi e terapeutici al cittadino, garantendo, in una corretta sinergia tra Pubblico e Privato, il mantenimento delle proprietà intellettuali alle Istituzioni Pubbliche. Obiettivo del Centro è, infatti, assicurare i benefici della ricerca non solo ai Paesi Sviluppati ma, soprattutto, ai Paesi dove l'infezione da HIV e AIDS rappresenta una grave emergenza socio-sanitaria ed economica.

Progetto: "Associazionismo & Reti Territoriali per la Mediazione Interculturale sulla Salute (ARTEMIS)"

Il progetto, finanziato dalla Comunità Europea e dal Ministero dell'Interno, è condotto dal Centro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni e la Struttura di riferimento per la Promozione della salute dei migranti - Regione Toscana - L'Albero della Salute, con il coordinamento del Ministero della Salute.

Il progetto nasce dalla considerazione che l'accesso ai servizi socio-sanitari sia un indicatore di livello primario di integrazione dei migranti e dall'esigenza di raggiungere e sensibilizzare l'utenza straniera ad un approccio ai servizi sanitari rivolto alla tutela e prevenzione della propria salute. Nell'ambito della prevenzione particolare riguardo è stato posto all'infezione da HIV e AIDS e le coinfezioni, ovvero la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmesse.

Attraverso il progetto, si intende contribuire a migliorare il processo di integrazione di cittadini di Paesi Terzi, costruendo un modello di intervento che possa avvicinare i cittadini stranieri ai servizi socio-sanitari, attraverso attività di informazione, orientamento ed accompagnamento, per favorire la cultura della prevenzione sanitaria prima dell'effettivo bisogno terapeutico.

In particolare, obiettivi del progetto sono:

1. Il rafforzamento della consapevolezza e delle conoscenze nell'ambito della salute delle associazioni straniere e della società civile italiana, integrando competenze specifiche in ambito socio-sanitario
2. L'attivazione di una rete di "Educatori di Salute di Comunità" sul territorio, per favorire la comunicazione tra istituzioni pubbliche e cittadini di Paesi Terzi sul tema socio-sanitario
3. La realizzazione di un modello sperimentale di mediazione culturale integrato con il territorio per favorire l'informazione, l'orientamento, l'accompagnamento ai servizi sanitari e migliorare l'accesso e la fruizione da parte dei cittadini di Paesi Terzi
4. La determinazione degli indicatori stabiliti dall'ECDC per la valutazione quantitativa e qualitativa di alcuni interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e AIDS nella popolazione target e l'adozione di programmi informativi specifici.

Ruolo Centro Nazionale AIDS nell'ambito del Progetto ARTEMIS

La nuova strategia di lotta all'AIDS suggerita dall'Unione Europea, per il quinquennio 2009/2013, contiene principi e misure generali per contrastare la diffusione dell'HIV/AIDS e indica specifiche strategie di intervento ai Paesi Membri. Tale strategia invita gli attori-chiave, incluse le autorità nazionali e le organizzazioni non governative, a migliorare l'informazione della popolazione, e in particolare dei giovani, sulle modalità di trasmissione e di prevenzione dell'HIV/AIDS; dedicare particolare attenzione agli immigrati provenienti da Paesi con un tasso elevato di HIV per sensibilizzarli su come prevenire l'infezione, sulla necessità di sottoporsi al test e sulle terapie disponibili e il counselling, e migliorare le politiche sanitarie e sociali concentrandosi sulle popolazioni più esposte, con particolare riguardo ai diritti umani e lottando contro la discriminazione e i pregiudizi associati all'HIV e AIDS.

In considerazione dei dati epidemiologici attuali e dell'evidenza scientifica della validità di alcuni interventi di prevenzione, possiamo dire che la loro efficacia dovrà basarsi sulla combinazione tra l'attività biomedica e gli interventi socio-sanitari mirati alle moderne strategie educative.

In questo ambito si iscrive il ruolo del Centro Nazionale AIDS all'interno del Progetto ARTEMIS, trovando nell'obiettivo 4 del progetto un naturale prolungamento dei suoi compiti istituzionali. L'obiettivo 4, infatti, prevede la determinazione degli indicatori stabiliti dallo "European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)" per la valutazione di alcuni di interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e AIDS nella popolazione target e l'adozione di programmi informativi specifici.

Il progetto ARTEMIS, come altri progetti condotti dal Centro Nazionale AIDS, nasce dalla necessità di far fronte all'impegno preso dal nostro Paese di presentare agli organismi internazionali i dati italiani in merito alle strategie di contenimento dell'infezione da HIV e AIDS.

Pertanto, l'obiettivo è anche quello di rilevare nella popolazione migrante coinvolta nel progetto:

- percentuale di accesso al test per la diagnosi di HIV
- percentuale di utilizzo del condom/preservativo
- studio della dinamica dei sottotipi di HIV presenti nella popolazione migrante;
- identificazione delle varianti di HIV recanti mutazioni di resistenza ai trattamenti antiretrovirali nella popolazione migrante;
- identificazione delle infezioni da HIV recenti nella popolazione migrante.

Il ruolo dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni **Rossella Celmi**

L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni

Per mandato internazionale e specifica esperienza maturata nell'arco di 60 anni di attività, l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni OIM è l'agenzia intergovernativa di riferimento per tematiche, interventi e programmi attinenti vari aspetti del fenomeno migratorio. La rete di oltre 460 uffici nel mondo può contare su consolidati rapporti istituzionali in 132 paesi membri (tra cui l'Italia¹) e 97 paesi osservatori con oltre 2.000 progetti attivi permette all'organizzazione di intervenire in ogni stadio del processo migratorio.

Le attività dell'OIM includono azioni di assistenza tecnica ai governi e alle amministrazioni interessate, nonché la prestazione di servizi e la gestione di interventi nei seguenti settori: cooperazione tecnica, informazione, migrazione e salute, migrazione per lavoro, contrasto alla tratta di esseri umani, trasferimento assistito di migranti e profughi, emergenze umanitarie.

L'Area Migrazione e Salute

L'esperienza maturata dall'OIM nell'area Migrazione e Salute, ha permesso all'organizzazione di incidere in vari settori riguardanti la salute dei migranti e l'assistenza tecnica ai governi. Le attività principali riguardano i settori della ricerca, lo screening medico pre-partenza, HIV counseling, immunizzazione, supporto psicosociale, evacuazioni mediche, capacity building di team medici attraverso formazione e scambi di esperti, supporto tecnico e sviluppo di politiche a favore della salute dei popoli migranti.

In Italia, l'Ufficio OIM con competenze di coordinamento per il Mediterraneo, opera dal 2005 a fianco del Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria per lo sviluppo di una strategia di prevenzione del contagio HIV per gli stranieri. basata sull'analisi attenta delle informazioni, del rischio di contagio e dei bisogni degli stranieri che sono in Italia. L'obiettivo è quello di finalizzare un approccio integrato che meglio si avvicina a modelli comunicativi efficaci sia per italiani che stranieri.

Inoltre l'OIM Italia ha finalizzato iniziative tra cui:

- Organizzazione di conferenze, seminari e riunioni tecniche di lavoro a livello Nazionale e Internazionale, a livello Governativo e non.
- Assistenza tecnica a governi per lo sviluppo di strategie di prevenzione e cura dell'HIV/AIDS nei gruppi mobili;
- Ricerche sul campo per l'analisi approfondita della diaspora in Italia in relazione ai temi socio-sanitari.
- Sessioni formative sul tema sanitario e mobilità a beneficio di diversi target: personale psico-socio-sanitario, educatori, giovani, operatori del terzo settore e ONG, migranti;
- Campagne di promozione sanitaria in vari paesi e su i diversi gruppi di popolazioni mobili e produzione di materiale di informazione sanitaria in varie lingue e per diverse comunità.
- Attività di ricerca qualitativa e quantitativa in diversi settori e con varie metodologie in Italia e nei paesi di origine degli immigrati.
- Pubblicazione di libri sul tema HIV nei Balcani e linee guida per il counselling del test HIV in contesti specifici quali zone ad alta mobilità;

Considerando la numerosità dei progetti OIM in Italia e nel mondo, il dettaglio delle attività OIM potrà essere visionate sul sito www.iom.int e sul sito dell'OIM Italia <http://www.italy.iom.int/>

Attività trasversale dell'OIM Italia è quella di partecipare ad eventi, conferenze sia nazionali che internazionali allo scopo di promuovere e condividere attività dei progetti, ma anche per promuovere policy e advocacy per il diritto alla salute dei migranti.

Nello specifico dell'HIV e AIDS l'OIM partecipa ogni anno con i propri contributi e con relatori alle conferenze annuali e biennali di maggior rilievo del settore quali Conferenza mondiale AIDS, conferenza Europea "Migrant health", Conferenza "AIDS impact", consolidando la Strategia Modulare di intervento di cui i migranti sono coinvolti in prima persona.

¹ Leggi relative agli accordi tra Governo Italiano e l'OIM, L. 25.3.1953, n. 244, L. 22.2.1968, n. 441, L. 21.6.1971, n. 810, L. 30.12.1989, n. 449.

L'operato dell'OIM nel promuovere salute della società è consolidato da accordi con:

- **Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** in data 4 ottobre 1999, che riconosce il ruolo dell'OIM nello sviluppo e nella realizzazione di programmi inerenti aspetti sanitari specifici nel campo della migrazione; L'accordo è stato consolidato da un protocollo operativo ratificato a Dicembre 2005.
- **UNAIDS** in data Dicembre 1999, nel quale le due parti si impegnano a coordinare e gestire azioni di prevenzione e cura di HIV e IST tra i gruppi mobili.

Sottolineiamo la risoluzione OMS "**Migrants Health**" dell'OMS del 24 Maggio 2008 discussa e approvata durante la 61ma assemblea mondiale OMS, nella quale viene sancito il ruolo della salute nel contesto della migrazione e viene richiesto alle Direzioni Generali di competenza di provvedere alla messa in atto della risoluzione. In questo contesto l'OIM in coordinazione con l'OMS collabora con i governi per l'applicazione della Risoluzione stessa.

Da Aprile 2010 l'Area Migrazione e Salute ha integrato la propria area programmatica con l'approccio psicosociale e ha avviato una intensa collaborazione con l'Unità Psicosociale e di Integrazione Culturale presso la sede OIM di Roma dal 1999.

L'Unità Psicosociale e di Integrazione Culturale ha elaborato un approccio multidisciplinare (orientato agli individui, alla famiglia e alle comunità) utilizzando, insieme con i più consolidati strumenti psicologici, anche altri strumenti e linguaggi, come il teatro e vari laboratori esperienziali. L'approccio psicosociale impiega una metodologia attiva, adattata ai diversi contesti culturali di vita e di appartenenza dei migranti. In questa prospettiva è perseguito l'obiettivo generale di de-medicalizzare i bisogni dei migranti e di rafforzarne le risorse interne per affrontare la complessa esperienza migratoria e dell'integrazione culturale.

Area Migrazione e Salute dell'OIM ha sede presso l'Ufficio di Coordinamento il Mediterraneo

Via Palestro 1, 00185 Roma, Italia

Tel: +39.06.87420967, Fax: +39.06.87450018

Email: rcelmi@iom.int

www.italy.iom.int

Il ruolo della Struttura di Riferimento per la Promozione della Salute dei Migranti - Regione Toscana –
L'Albero della Salute
Elisabetta Confaloni

L'Albero della Salute è una realtà inter-istituzionale che opera dal 2001 sul territorio toscano e dal 2005 è diventato Struttura di riferimento per la promozione della salute dei migranti-Regione Toscana con delibera regionale n.1126 del 21-11-2005.

Come enunciato nel Piano Sanitario Regionale 2005, la Struttura è stata istituita con la finalità di porre al servizio dell'intero territorio toscano la sua funzione di analisi, modellizzazione, elaborazione di percorsi e pratiche finalizzate a favorire la promozione della salute dei migranti, affiancando le aziende sociosanitarie e ospedaliere nella sperimentazione e attuazione di quel modello di mediazione culturale, emergente nel lavoro di rete europeo e nazionale, che viene definito *di sistema*.

Tutte le attività promosse sono rivolte a istituzioni, cittadini italiani e stranieri, medici, operatori socio-sanitari, insegnanti e studenti all'interno di uno spazio di riflessione e formazione sulla salute e sulla cultura della salute. Gli obiettivi prefissati sono:

- Favorire il riconoscimento e la valorizzazione della pluralità delle visioni di salute e malattia che caratterizzano le identità individuali e culturali.
- Adoperarsi per l'abbattimento delle barriere che possono ostacolare la fruizione del diritto alla salute dei migranti nei servizi.
- Promuovere la 'sensibilità culturale' a livello territoriale e nei servizi socio-sanitari, come raccomandato dagli organismi internazionali e dalla Dichiarazione di Amsterdam (2004, www.mfh-eu.net/conf).
- Favorire la riflessione sulle diverse modalità di mediazione nell'ambito della salute e sostenerne l'esercizio nei servizi socio-sanitari.
- Orientare cittadini e operatori ad un utilizzo articolato delle risorse di salute (Biomedicina, M.n.C., M.T.), in linea con il Piano Sanitario Regionale.

L'Albero della Salute ha quindi acquisito una consolidata esperienza nel settore socio sanitario in Italia e nel lavoro di rete internazionale realizzando campagne di promozione sanitaria rivolte a diversi gruppi di popolazioni, prodotto materiale di informazione sanitaria in varie lingue e per diverse comunità, ha organizzato numerosi corsi di formazione sul tema salute e immigrati a beneficio di diversi target; ha organizzato conferenze, seminari e riunioni tecniche sia Nazionali che Internazionali e condotto ricerche scientifiche su queste tematiche

Tra i progetti realizzati in ambito di promozione della salute dei migranti citiamo:

- **Progetto Mum Health** "Un intervento per la promozione della salute globale delle donne straniere", 2006- 2008 finanziato dalla Regione Toscana: l'Albero della Salute ha ideato e realizzato un percorso di formazione specifico per operatori e mediatori, la realizzazione di materiali multimediali multilingue di promozione della salute: video, libretto e cd audio. L'intervento aveva come obiettivo principale l'aumento delle competenze di salute delle donne e l'accesso ai servizi secondo modalità partecipative
- **Progetto Conoscere per prevenire:** Ideazione progettazione e realizzazione di un percorso di formazione per mediatori culturali consistente in 3 giornate per un totale di 24 ore frontali, organizzate, su mandato del Tavolo Regionale sulle mutilazioni genitali femminili, nell'ambito del progetto regionale "Conoscere per Prevenire" (Progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata alle utenti straniere che hanno subito M.G.F. e alle utenti straniere che accedono al percorso "Interruzione volontaria della gravidanza. Ex L. 194/78"). Il corso è stato articolato in tre edizioni (una per ogni Area vasta).
- **Collaborazione con i progetti internazionali:**
HPH (Health Promoting Hospitals), MFH (Migrant Friendly Hospitals), Migrer (Migrants and Healthcare: Responses by European Regions) - in qualità di focal point della Regione Toscana

Riconoscimenti scientifici

- Nel 2007 Il progetto regionale Mum Health realizzato da L'albero della salute con l'Assessorato Diritto alla salute è stato selezionato come case study alla 15° Conferenza HPH a Vienna nella sessione 'Migrant Friendly and culturally competent Hospitals'
- Nel 2009 la Struttura è stata eletta da una Commissione regionale *caso di eccellenza toscano* nell'ambito del **Progetto Toscana 2030** della Presidenza della Regione, per l'innovazione nella promozione della salute delle popolazioni migranti.

Pubblicazioni:

Confaloni E., Bonciani M., Da Prato M., Zorzetto S., La Mediazione culturale in Sanità, in "Salute e territorio", Rivista bimestrale di politica socio-sanitaria, Anno XXVI, Settembre-Ottobre 2005, n° 152

Bonciani M., Confaloni E.

Stranieri, c'è Mum Health, in "Il Sole 24 ore Sanità" Spplemento Salute Toscana 31/10 – 06/11 2006.

Dalla parte delle immigrate, *ibidem* 19-25 giugno 2007

Bonciani M., Cangiolli B., Confaloni E., Da Prato M., *Prendersi cura del futuro: giovani donne migranti e salute globale*, in **Surian A. (a cura di)**, *Lavorare con la diversità culturale. Attività per facilitare l'apprendimento e la comunicazione interculturale* Edizioni Erickson, Trento.

Bonciani M., Cangiolli B. and Confaloni E., *Traditional Health Views and Cultural Mediation: a Way for Starting up Cultural Sensitivity*, ETM 2007 EUROPEAN TRADITIONAL MEDICINE International Congress VINCI, ITALY - October 4-6, 2007 in "Evidence-based Complementary and Alternative Medicine (ECAM)" Volume 4, Supplement 1, September 2007.

Bonciani M., Cangiolli B., Confaloni E., *Mum Health: un intervento per la promozione della salute globale delle donne migranti in Toscana* in **Baraldi C. e Giarelli G., (a cura di):** *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Franco Angeli, Milano.

Confaloni E., Russo M.L., "Mum Health Un intervento regionale per la promozione della salute globale delle donne", in Federighi P., Hudabiunigg H., Torlone F. (a cura di) *Trasferimento di Innovazione e Comunità di Valorizzazione*, Ponchiroli Editore, Mantova, 2008

Confaloni E., Lazzarotti B., Russo M.L. (a cura di), *In Toscana. Letture della salute globale dei migranti*, Regione Toscana, maggio 2009

Lazzarotti B., Petrei F., Russo M.L., (2010), "Firenze sperimenta il Pronto Soccorso migrant friendly", in Sole24Ore Sanità Toscana, anno XIII, 19-25 gennaio 2010, p.3.

Struttura di Riferimento per la Mediazione Culturale in Sanità – Regione Toscana – L'Albero della Salute (a cura di) Report of Tuscany Region in Migrants and Healthcare: Responses by European Regions (MIGHRER) WHO, Regional Office for Europe – Regions for Health Network. In Press. Pubblicazioni OMS

Confaloni E., Petrei F. (2010), "La promozione della salute dei migranti in Toscana: un impegno di messa a sistema" in Il seme e l'albero – aprile 2010,

Confaloni E., Petrei F. Russo M. L.,(a cura di), 2010, *In Toscana: salute dei migranti, salute di un territorio*. Felici Editore Pisa,

Lettura Magistrale

Engaging communities in health intervention research/practice: the Community Health Educator Model

Lai Fong Chiu

Asking communities to participate in health intervention is an increasingly popular strategy in public health and health promotion. The Community Health Educator Model, developed through a series of Participatory Action Research (PAR) projects in cancer screening in the UK during the 1990s, is a participatory health intervention model that emphasises community engagement. Although the model has been adopted by many health districts in the UK, little is known about the effectiveness of its appropriation; crucially, how researchers and practitioners engage with communities has seldom been reported. This paper presents the author's reflection on her experience in developing a set of community organizing tools to respond to the diversity found in communities in practice. It suggests that engagement can be enhanced if the contingent and constructed nature of the concepts of 'ethnicity' and 'community' in the real world can be better understood.

Researchers and practitioners need to cultivate a tolerance to difference and ambiguity so as to negotiate the ever-shifting boundary of engagement. In addition, institutional support and programmes of capacity building are needed to ensure effectiveness.

SESSIONE I – L'accesso ai servizi sanitari per i migranti in Italia
Moderatore: Miriam Lichtner

L'accesso ai servizi sanitari per i migranti in Italia
Miriam Lichtner

Il fenomeno migratorio in Italia è negli ultimi anni, in continua crescita ed evoluzione. In ambito sanitario, scolastico, sociale, culturale, nel mondo del lavoro ci si è trovati di fronte a nuove realtà di difficile gestione. Al livello sanitario si è sviluppato un sistema normativo fondato sui principi costituzionali che difendono il diritto alla cura e alla conservazione del patrimonio di salute come un diritto inviolabile dell'uomo a prescindere dal suo status. Abbiamo quindi uno dei sistemi normativi rivolto ai migranti più innovativo e aperto d'Europa. Purtroppo l'applicazione di tali norme non è sempre facile e si scontra a volte con il decentramento regionale dell'organizzazione sanitaria. Le condizioni socio-culturali rendono spesso difficile l'integrazione della popolazione migrante all'interno dei normali canali di accesso sanitari. E' nata quindi l'esigenza di creare strutture dedicate a livello territoriale, che permettano al cittadino non italiano, non ancora integrato nel SSN di accedere alle cure, evitando sia ritardi diagnostici terapeutici, che sovra utilizzazione delle strutture sanitarie d'urgenza. Dall'esperienza della rete di servizi statali e del privato sociale che si occupano dei migranti emergono punti di forza e zone critiche che verranno presentate in questa occasione. La mediazione interculturale in ambito sanitario svolge un ruolo chiave in una fase migratoria di integrazione ancora problematica e non risolta.

Cornice normativa in materia di salute e immigrazione. Profilo di Salute dei migranti Salvatore Geraci

Quando, alla fine degli anni '70, un sacerdote romano indicò l'immigrazione come evento epocale che avrebbe cambiato radicalmente il convivere sociale del nostro Paese, pochi credevano che l'Italia, nel giro di una manciata di anni, si sarebbe trasformata da paese di emigrazione in paese con una presenza significativa di immigrati. Infatti nel secolo scorso (il '900) oltre 27 milioni di italiani hanno lasciato il nostro paese per costruire altrove il proprio futuro: oggi sono oltre 60 milioni le persone di origine italiana nel mondo – un'altra Italia fuori dall'Italia – e circa 4 milioni i nostri concittadini che vivono stabilmente fuori dai confini dello stato. Ed all'inizio del 2010, sono circa 4 milioni e mezzo i cittadini stranieri presenti regolarmente in Italia, pari al 7,2% della popolazione italiana (un punto percentuale in più rispetto alla media europea) e provenienti da 190 nazioni; oggi in Italia 1 ogni 12 residenti è un cittadino straniero regolarmente soggiornante.

Quel sacerdote, mons. Luigi Di Liegro, diventato primo direttore della Caritas capitolina fino al 1997, anno della sua morte, ha avuto anche il merito, non solo di una precisa intuizione, di tracciare concretamente strade di impegno, di riflessione, di analisi di un fenomeno che ha radicalmente cambiato la nostra società. Anche in sanità! Circa 30 anni fa alcuni medici in varie parti d'Italia organizzarono ambulatori di primo livello per immigrati senza diritti, e tra questi spicca proprio l'attività dell'ambulatorio della Caritas di Roma alla stazione Termini che in seguito, insieme ad altre organizzazioni laiche e confessionali, ad alcuni docenti universitari, ha dato vita alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, società scientifica, laica, aconfessionale ed apolitica, multiprofessionale che, con i suoi documenti e le sue proposte, ha condizionato le politiche sanitarie per gli immigrati nel nostro paese. Politiche inclusive, come vuole il mandato costituzionale, ma certamente non semplici e scontate anche perchè queste politiche non possono essere disgiunte da una specifica attenzione all'accoglienza ed a concreti percorsi di integrazione e di diritti.

Le politiche sanitarie per la tutela degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono quindi, un patrimonio relativamente recente. Se ne comincia a parlare agli inizi del 1990 ma solo nel 1998 il tema viene affrontato compiutamente con la legge n. 40 (la cosiddetta "Turco Napolitano") poi confluita nel Testo Unico (TU) sull'immigrazione (*Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998*). Il regolamento d'attuazione di questa legge (*Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999*) ed una Circolare del Ministero della salute (*n. 5 del 24 marzo 2000*) completano l'impianto normativo coerente con il mandato costituzionale di garanzia di cure "... come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività ..." (art. 32 della Carta Costituzionale). Si è scelta quindi una politica "di inclusione sanitaria": la quasi totalità di stranieri, da qui in poi definiti con l'accezione propriamente giuridica, cioè coloro che provengono da paesi non europei, hanno garantito, almeno sulla carta, il diritto alla tutela sanitaria. L'articolo n. 34 del TU dal titolo "*Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*" contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul territorio nazionale cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35 dal titolo "*Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN*" affronta il tema di tutela sanitaria "*a salvaguardia della salute individuale e collettiva*" anche nei confronti di coloro "*non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno*", i cosiddetti irregolari e/o clandestini (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP). L'articolo 36, dal titolo "*Ingresso e soggiorno per cure mediche*", definisce le condizioni necessarie affinché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Per quel che riguarda i cittadini comunitari, con il recepimento di una Direttiva europea (*Decreto Legislativo n. 30 del 6 febbraio 2007* "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri" ed i vari regolamenti ad essa connessa) l'Italia si è adeguata all'impianto normativo sovranazionale che da una parte assicura libertà di circolazione ai suoi cittadini con copertura sanitaria garantita (seppur per breve periodo – in genere tre mesi- e per alcune tipologie di tutele – in genere interventi urgenti e/o condizioni di bisogno cronico) da una tessera sanitaria comune (TEAM – Tessera Europea Assicurazione Malattia), dall'altra stabilisce norme per l'accessibilità ai servizi sanitari nei vari paesi dell'Unione per presenze più durature (oltre i tre mesi). Per l'intempestività del recepimento della Direttiva Europea (siamo stati tra gli ultimi paesi a farlo) e la sovrapposizione con l'entrata in EU della Romania e Bulgaria (1 gennaio 2007), una vasta fetta di popolazione che non aveva i requisiti richiesti (TEAM), occupati in nero o trovandosi in condizione di marginalità (ereditata da periodi di irregolarità giuridica), non è riuscita ad accedere ai servizi sanitari. In parte tale situazione è stata affrontata a livello regionale e da una nota ministeriale che, nell'ambiguità dell'impostazione, tuttavia invita ad "*essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale*" (precisazioni ministero Salute del 19.02.08).

Seppur con qualche criticità, questa specifica politica nazionale "inclusiva" deve però necessariamente accompagnarsi con una "disponibilità" da parte delle amministrazioni locali e degli operatori sanitari a renderla operativa ed è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità applicativa: ancora oggi assistiamo infatti ad una mancanza di uniformità di applicazione su tutto il territorio nazionale soprattutto per le

disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolarmente presenti e dei comunitari in condizione di fragilità sociale.

Il profilo di salute degli stranieri in Italia è condizionato da molteplici fattori ed eventi. Tra gli altri ricordiamo la possibilità di avvenuta esposizione nel Paese di provenienza a eventuali specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali e/o comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; e, al momento dell'arrivo nel Paese ospite, la capacità di accoglienza della società - condizionata e in parte anche condizionante lo status giuridico - e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali.

Un approccio pluridimensionale alla promozione della salute degli immigrati non può quindi, ignorare proprio l'elemento della "permeabilità" dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle disuguaglianze: *"le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria"*. Questo è scritto in una recente risoluzione approvata dal Parlamento Europeo dal titolo *"Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea"* (2010/2089 (INI) del 8 marzo 2011) in cui si invita gli Stati membri *"ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario"*, ed, in particolare, *"a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano"*. Ed ancora, la Conferenza Europea *"Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society"* promossa dalla Presidenza del Consiglio d'Europa (Lisbona, 27 e 28 settembre 2007), invita gli Stati ad avviare, nei confronti dei migranti, un'azione politica e sociale ad ampio spettro che includa: accoglienza, inserimento, casa, lavoro, diritti costituzionali in genere.

In questo senso vanno anche letti gli interventi sull'accessibilità ai servizi sanitari: *"Le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo"* (Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni. 8ª Conferenza dei Ministri Europei della Salute "Persone in movimento: i diritti umani e le sfide per i sistemi sanitari". Bratislava, 22 e 23 novembre 2007). In modo sintetico ed efficace i ministri europei hanno voluto enfatizzare come anche le politiche sanitarie possano contribuire in modo determinante all'inserimento degli immigrati ed alla costruzione di una società basata sull'accoglienza, sull'integrazione e sulla crescita reciproca.

Questo quadro di diffusa "teorica" attenzione internazionale, stride con la quotidianità delle politiche dei singoli stati ed in particolare con quanto vissuto nei primi mesi del 2011 dal nostro paese. *"E' sotto gli occhi di tutti l'assenza di credibili politiche europee che considerino, insieme alla dimensione del controllo delle frontiere, anche quella di politiche sociali di inclusione. E' infatti indubbio il ruolo prioritario esercitato sulla salute dai cosiddetti "determinanti sociali" (istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale, etc) come ampiamente documentato dal Rapporto OMS "Closing the gap in a generation" del 2008. All'interno di questa debolezza e frammentarietà di visioni, riteniamo che anche l'Italia non sia stata finora capace di dare risposte coerenti alla complessità ed alle potenzialità del fenomeno migratorio in corso, a partire da un'accoglienza attenta ed adeguata"* (documento finale XI Congresso nazionale SIMM, 19-21 maggio 2011).

Le diseguaglianze nella salute

Gavino Maciocco

I determinanti della salute sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e - più estesamente - di una comunità o di una popolazione.

I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie:

- comportamenti personali e stili di vita;
- fattori sociali;
- condizioni di vita e di lavoro;
- accesso ai servizi sanitari;
- condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali;
- fattori genetici.

Di questa serie di determinanti, alcuni - le caratteristiche biologiche dell'individuo - sono imm modificabili, mentre tutti gli altri sono suscettibili di essere trasformati o corretti. Il destino di salute di una persona, di una comunità o di una popolazione dipende quindi da una molteplicità di situazioni e di livelli di responsabilità:

- la responsabilità individuale circa i comportamenti e gli stili di vita;
- la responsabilità familiare o di gruppo circa le relazioni affettive e sociali;
- la responsabilità di una comunità o un governo locale o nazionale circa le politiche sociali, del lavoro e dell'assetto del territorio (da cui dipende la disponibilità e accessibilità dei servizi sanitari, sociali ed educativi, l'occupazione, la fruibilità delle infrastrutture);
- la responsabilità infine dei soggetti sovranazionali - come ad esempio Nazioni Unite, Banca Mondiale, Fondo Monetario Internazionale, Organizzazione Mondiale del Commercio - che hanno il potere di regolare i rapporti tra gli stati, tra gli stati e le imprese economiche e finanziarie multinazionali, e di influenzare i meccanismi macroeconomici che sono alla base della ricchezza e dello sviluppo di alcuni, e della povertà e del sottosviluppo di altri.

Visioni diverse propongono modelli concettuali che pongono in evidenza un fattore piuttosto che un altro, quando stabiliscono una gerarchia di valore tra i vari elementi. Analizziamo due diversi modelli concettuali che propongono antitetiche strategie di sanità pubblica.

Nel modello statunitense l'enfasi viene posta nella responsabilità individuale nei confronti della salute e delle malattie.

Il secondo modello concettuale, opera di G. Dahlgren e M. Whitehead, è molto più complesso e articolato di quello made in USA e rivela una gerarchia di valori tra i diversi determinanti della salute (sono quelli che rappresentano il "contesto", a influire maggiormente sullo stato di salute). È un modello concettuale che da una parte riflette la cultura europea di welfare state fondata sul "diritto alla salute" e dall'altra fa propria la visione "multisettoriale" della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata ("l'assistenza sanitaria di base coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e comunitario, in particolare i settori dell'agricoltura, allevamenti animali, alimenti, industria, istruzione, edilizia, lavori pubblici, comunicazioni e altri settori, richiede che gli sforzi di tutti questi settori siano coordinati").

SESSIONE II - L'Educatore di Salute di Comunità
Moderatore: Giulia Capitani

Perché parlare del modello dell'Educatore Sanitario di Comunità? Perché ricercare, tra le buone prassi internazionali, e tentare di promuovere qui in Italia un modello teorico e operativo che introduce, nel già complesso sistema di relazioni che caratterizza il microcosmo delle Aziende Sanitarie, una nuova figura, delle nuove competenze e funzioni?

Perché i tempi ormai sono maturi per scelte metodologiche e per interventi innovativi, che sappiano anche tenere conto di quanto, fino ad ora, non ha funzionato.

Perché il tempo della prima accoglienza è inequivocabilmente finito (o, si potrebbe dire, deve senz'altro finire), e il sistema sanitario, come la società nel suo complesso, deve dotarsi di risorse e dispositivi in grado di praticare una reale integrazione, a beneficio dell'intera collettività.

Si dice spesso che per contrastare l'ondata xenofoba montante in questi anni è necessario dimostrare che gli immigrati sono portatori di risorse, molto prima che di problemi: nel mondo del lavoro, delle relazioni familiari, della scuola, o anche solo per il loro fondamentale contributo in termini demografici.

Il modello dell'Educatore Sanitario di Comunità ci avvince proprio perché lavora sul potenziale trasformativo delle persone, delle comunità e delle istituzioni, perché trasforma utenti dei servizi in risorse per i servizi, semplici componenti delle comunità in promotori di salute e di benessere di quelle comunità. E lo fa valorizzando quelle competenze informali che spesso restano schiacciate nei normali meccanismi istituzionali. Il dispositivo della mediazione culturale, che conosciamo bene, resta uno strumento cruciale: non ci sfuggono però le ambiguità e le criticità che lo caratterizzano (per citarne solo alcune, e senza pretesa di esaustività, la questione della formazione, della valutazione dell'effettivo impatto degli interventi, delle modalità organizzative, dell'impreparazione di molti operatori a usufruirne) e il suo essere intrinsecamente legato all' *"hic et nunc"* dei servizi sanitari, dentro i quali è programmato, richiesto, agito. Le attività di promozione della salute devono invece essere "esterne", esogene: per utilizzare il concetto che informa tutto il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Toscana, il sistema sanitario deve passare dall'attesa all'iniziativa, dal prendere in carico il paziente ormai "acuto" ad avvicinare, informare, formare il cittadino per tutelare il suo patrimonio di salute prima dell'insorgere o del aggravarsi delle patologie. Questo a maggior ragione vale per i migranti, a rischio di esclusione, spesso fragili socialmente ed economicamente, con difficoltà di accesso che rischiano a volte di tradursi in un mancato accesso.

L'Educatore di Salute di Comunità nel percorso dalla mediazione culturale alla promozione della salute delle comunità migranti
Elisabetta Confaloni

La crisi globale, attraversando aree geografiche e disciplinari, suscita una rilettura di professioni e saperi che tocca anche una pratica come la mediazione culturale, presente da più di un ventennio in Toscana, nei servizi sociali e sanitari.

I mediatori culturali si sono trovati a traghettare linguaggi, concezioni, etiche dei singoli e visioni istituzionali, accompagnando le società europee in un passaggio complesso in cui l'univocità di definizioni come 'cittadino', 'paese' 'comunità' è venuta meno.

A fronte di ciò, modelli già sperimentati in paesi come la Gran Bretagna negli anni '90, hanno fatto evolvere la mediazione linguistico culturale nella forma di una risorsa di attivazione di capacità dei soggetti e dei gruppi come la health literacy (insieme delle competenze di salute delle persone),

Nel modello della sociologa Lai Fong Chiu² (Leeds), gli Educatori di salute di Comunità (Community health educator) sono membri di minoranze etniche formati per sviluppare progetti di promozione della salute nel loro quartiere. Nel 2006 Lai Fong Chiu ha disseminato il modello in Toscana su invito dell'Albero della Salute, in una formazione aperta agli operatori sanitari non solo toscani, incoraggiando l'elaborazione di progetti sui bisogni emergenti come la salute delle donne migranti.

Il modello di "Educatore di salute di comunità", promosso dal progetto Artemis realizzato in partnership con Oim e Istituto Superiore di Sanità, offre l'opportunità di valorizzare nuove competenze per le figure che operano nell'ambito della mediazione interculturale sulla salute, così da sviluppare interventi sul territorio per avvicinare le persone straniere ai servizi sanitari. In questo modello, dunque i concetti di health literacy e empowerment diventano la base metodologica 'sostenibile', in termini di risorse e sforzo organizzativo richiesto al sistema, per la presa in carico della salute delle persone migranti³.

² *Critical Engagement The Community Health Educator Model as a participatory strategy for promoting minority ethnic health*, Dr. Lai Fong Chiu Senior Research Fellow Institute of Health Sciences and Public Health Research - University of Leeds

³ Confaloni E., "Il vero collante è il professionista straniero", Sole24ore, Editoriale, Numero XIV del 15-21 marzo 2011

Formazione dell'Educatore di Salute di Comunità
Alessio Surian

Un intervento a carattere educativo che metta al centro le persone trova nelle dimensioni della salute e della comunità due bussole indispensabili per evitare di essere “semplice” risposta a “sintomi” già identificati. Tale prospettiva pedagogica considera la partecipazione e l’ascolto attivo due modalità operative importanti per suscitare processi che, non dando per scontate idee di benessere e legame sociale, introducano nelle relazioni di cura la consapevolezza delle diverse premesse con cui attori diversi leggono un medesimo contesto territoriale. In tal senso le scienze e le pratiche della formazione sono chiamate a confrontarsi e a interagire con prospettive transculturali e interculturali per elaborare una pedagogia del conflitto in grado di ri-scrivere la nozione di “soluzione” a favore di percorsi di “trasformazione” che evidenzino le opportunità e le competenze in gioco nel riconoscimento e nell’intersezione di diverse cornici culturali.

Il fenomeno migratorio rappresenta una sfida ma anche un'occasione per il sistema sanitario pubblico, per il miglioramento della qualità ed equità degli interventi assistenziali e di cura. Il tema della salute dei migranti si colloca infatti nel quadro più generale delle differenze che caratterizzano la società attuale e della loro connessione con le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi. La mediazione linguistico culturale, strumento facilitatore del processo di conoscenza e di accesso ai servizi dell'utenza multi-etnica, è intesa sempre più non come singola prestazione ma come servizio integrato che assiste le strutture sanitarie in un processo di cambiamento che deve attraversare l'intero assetto organizzativo e gestionale delle aziende sanitarie. Nel panorama delle esperienze di mediazione linguistico culturale nei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, gli approcci e le modalità operative sono molteplici, diverse e spesso distanti tra loro. La mediazione non è ancora messa a sistema all'interno del finanziamento, programmazione e organizzazione dei servizi, né tanto meno valutata rispetto ad indicatori di equità, appropriatezza e qualità dei percorsi assistenziali, o di performance aziendale. La figura del mediatore nella sanità pubblica resta in assenza di un profilo professionale unitario e riconosciuto a livello nazionale, soffrendo di un'incertezza contrattuale del suo rapporto con le aziende sanitarie. Le tendenze e le linee di intervento future sollecitano quindi la risoluzione delle criticità e la possibile definizione di modelli operativi, all'interno di strategie aziendali che rendano i servizi più adeguati alle diverse culture, rafforzino le competenze degli operatori, valorizzando il ruolo della popolazione migrante e di quella autoctona come co-produttori di salute e protagonisti nel processo di cambiamento nella società multiculturale.

SESSIONE III – Le Reti associative dei Migranti e lo studio epidemiologico in Artemis
Moderatore: Anna Maria Luzi

Il valore delle reti all'interno del modello di promozione della salute di comunità
Rossella Celmi

Integrazione, Migrazione, Multiculturalità, Intercultura e potremmo inserirne altre ancora in una pagina di diario di un migrante o un italiano che sia, oppure salute, malattia, disagio, benessere, o ancora servizio sanitario ma anche un curatore tradizionale o il primario di un reparto di malattie infettive piuttosto che il saggio di un villaggio lontano che presentano la ricchezza di una vicenda complessa ed intensa quale la transizione delle società come la nostra, dove il numero dei migranti aumenta e la parola "integrazione" sembra essere la "chiave" per entrare in un luogo ideale, ma che c'è, esiste, che vediamo e che vogliamo realizzare.

In Italia l'accesso ai servizi socio-sanitari inizia ad essere considerato un indicatore di livello primario di integrazione dei migranti, come nel resto d'Europa, al quale va prestata la massima attenzione soprattutto perché si continua ad osservare una persistente difficoltà da parte di cittadini stranieri nell'accesso e nella fruizione delle prestazioni sanitarie, in particolare per la medicina preventiva e la prevenzione sanitaria.

In questo caso, teniamo la parola integrazione e lasciamo sempre la porta aperta al dubbio che non sia la risposta al fenomeno di cambiamento socio-demografico e culturale a cui stiamo assistendo. Rimane il fatto che l'integrazione è un come un concetto biunivoco nel quale, da un lato si collocano le variabili strutturali, come l'autosufficienza economica, l'indipendenza abitativa, la fruizione dei servizi e socio-istituzionali, ossia la partecipazione alla vita sociale e culturale del paese di arrivo e agli scambi con stranieri appartenenti ad altre comunità; dall'altro quelle psico-culturali che riguardano la sfera del singolo individuo, della sua cultura d'origine e si manifestano più direttamente sul benessere del migrante. Tale doppia corrispondenza tra individuo e collettività, tra il migrante e la società di destinazione restituisce un aspetto intimo e personale dell'integrazione alla sfera pubblica, come potrebbe essere quella della comunità di appartenenza o dei servizi sanitari. Il concetto stesso di integrazione può essere declinato nelle singole storie umane attraverso le quali rilevare le diverse percezioni ed aspettative a riguardo di tale fenomeno, degli attori protagonisti i migranti e di quelli registi, gli operatori sanitari o viceversa, dipende da quello che noi vogliamo vedere del fenomeno di incontro. A partire da queste premesse il significato socio-culturale dell'integrazione richiama quello etimologico della parola stessa, *di rendere intero, completo, tenere insieme esperienze diverse positive e contrarie, riconoscere cambiamenti senza negazioni o rinunce*. Raggiungere e sensibilizzare le persone migranti a un approccio ai servizi sanitari rivolto alla tutela e prevenzione della propria salute significa pertanto agire in un'ottica di costo/efficacia sia economica che sociale.

Da qui il bisogno di identificare un modello di intervento di tipo "territoriale" a supporto delle strategie già utilizzate nell'ambito della promozione alla salute, quale la mediazione culturale in contesti sanitari. Secondo l'approccio dell'Area Migrazione e Salute dell'OIM Italia l'associazionismo straniero, essendo un forte riferimento per la comunità migranti e tessendo "reti" di relazioni nei luoghi, spazi, territori sia fisici che mentali ed emotivi dei migranti, soprattutto nei primi anni di permanenza, potrebbe divenire nell'ambito socio-sanitario un efficace strumento di supporto alla mediazione culturale; potrebbe inoltre opportunamente sostenere la rilevazione dei fabbisogni di salute delle comunità, la sensibilizzazione alla prevenzione sanitaria e favorire, nonchè accompagnare un percorso di integrazione attraverso le tematiche socio-sanitarie.

Nell'ambito del Fondo Europeo per l'Integrazione, del Ministero dell'Interno e finanziato in questa occasione al Ministero della Salute, l'OIM – Organizzazione Internazionale per le Migrazioni – ha aderito alla proposta dell'Istituto Superiore di Sanità – Centro Nazionale AIDS di promuovere il progetto ARTEMIS in qualità di partner insieme all'Albero della Salute Struttura di Riferimento della Promozione della Salute dei Migranti, Regione Toscana..

Associazioni e **R**eti **T**erritoriali per la **M**ediazione **I**nterculturale sulla **S**alute, un acronimo dal significato impegnativo, perchè i migranti hanno una capacità innata di costruire *reti*, la maggior parte delle volte informali, che diventano potenziali agenti di cambiamento e di movimento continuo, in termini di crescita dell'identità, processi di incontro tra la società ospitante e quella che arriva, tra le stesse comunità migranti, tra loro.

Infezione da HIV: studio epidemiologico, indagini di laboratorio e indicatori per la valutazione di interventi di prevenzione dello European Centre for Diseases Prevention and Control
Stefano Buttò, Stefania D'Amato, Orietta Picconi, Nunzia Sanarico, Barbara Ensoli

La trasmissione del virus per via eterosessuale tra i migranti rappresenta circa il 40% dei nuovi casi di HIV dovuti a rapporti sessuali diagnosticati nell'Unione Europea.

I dati italiani, forniti dal Centro Operativo Aids dell'Istituto Superiore di Sanità (COA-ISS), confermano un aumento della proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV, che passa dall'11% nel 1992 al 31,6% nel 2008; tra gli stranieri i contatti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente (55,2%) e in particolare la percentuale di immigrati che ha acquisito l'infezione attraverso questa via di trasmissione passa dal 24,6% del 1992 al 64,3% del 2008.

Altro dato importante, fornito dal COA, è l'aumento della proporzione di stranieri tra i casi di AIDS con TB, passata dal 10,8% nel 1993 al 76,9 % nel 2009. La metà dei casi registrati proveniva dall'Africa ed è rimasta costante nel tempo, mentre, nello stesso periodo è quasi raddoppiata la proporzione di casi provenienti dall'Europa dell'Est, (8,6% vs 14,3%).

Le condizioni socio-economiche, i differenti approcci culturali verso le malattie infettive e le maggiori difficoltà ad accedere ad adeguati trattamenti terapeutici, sono fattori che tendono ulteriormente ad isolare la persona migrante con infezione da HIV. Inoltre, le persone migranti possono provenire da Paesi altamente endemici per l'infezione da HIV, dove circolano sottotipi del virus che non sono comuni in Italia. In particolare, studi riportati in letteratura sembrano indicare che i sottotipi D e C di HIV-1 siano più virulenti ed infettivi degli altri sottotipi. Questi sottotipi possono presentare una diversa sensibilità sia ai test diagnostici, sia alle differenti terapie antiretrovirali. Per questo motivo si possono introdurre, nella popolazione generale, varianti di HIV non facilmente identificabili e ceppi resistenti alla terapia.

Questo quadro ha, ovviamente, un notevole impatto sullo stato della diffusione del virus HIV, poiché favorisce sia la diffusione dell'infezione, sia la generazione di varianti finora sconosciute nel nostro Paese, complicando la diagnosi di infezione da HIV nonché la risposta ai trattamenti antiretrovirali.

In considerazione dei predetti dati e delle indicazioni europee, in materia di sorveglianza e prevenzione dei gruppi maggiormente vulnerabili, si è ritenuto opportuno condurre, attraverso il progetto ARTEMIS, uno studio pilota nella popolazione migrante per poter rilevare i seguenti dati: conoscenza di HIV/AIDS, MST e TB, percentuale di accesso al test per la diagnosi di HIV rispetto a genere, etnia, età, scolarità, durata di permanenza in Italia, inserimento sociale, modalità di proposta del test, accesso a programmi di prevenzione e informazione su HIV/MST/TB, comportamenti messi in atto per prevenire l'infezione ed in particolare utilizzo del preservativo, prevalenza dell'infezione da HIV, proporzione di infezioni recenti tra le diagnosi di infezione da HIV, studio dei sottotipi di HIV circolanti.

I dati raccolti consentono di monitorare alcuni indicatori ECDC (European Centre for Disease Control) per la prevenzione dell'infezione da HIV e valutare una serie di parametri immunologici e virologici in popolazioni di migranti, allo scopo di fornire dati sulle caratteristiche dell'infezione stessa.

SESSIONE IV – Interventi, prospettive e sostenibilità future
Moderatore: Maria Grazia Pompa

Il manuale sulla formazione dell'Educatore di Salute di Comunità
Elisabetta Confaloni

Nel periodo compreso tra dicembre 2010 e giugno 2011 il progetto Artemis ha sperimentato un percorso innovativo nell'ambito della mediazione interculturale e dell'accesso ai servizi sanitari dei cittadini di paesi terzi, promuovendo un modello di intervento finalizzato a promuovere la salute dei migranti, e a favorirne l'accesso ai servizi sanitari attraverso la formazione di 40 Educatori di Salute di Comunità (ESC) nei territori pilota di Firenze, Prato e Roma. L'ESC è una figura di supporto nell'ambito della mediazione interculturale sulla salute, in grado di potenziare interventi sul territorio per avvicinare l'utenza straniera ai servizi sanitari a scopo preventivo e non solo terapeutico.

Il manuale intende descrivere il percorso formativo per Educatori di Salute di Comunità, sviluppato e sperimentato nell'ambito del progetto Artemis nell'ottica di facilitare la replicabilità della proposta formativa anche in altri territori nazionali, oltre a quelli considerati propri del progetto.

Il manuale si rivolge a rappresentanti dell'associazionismo migrante, mediatori culturali in ambito sanitario, medici, operatori sanitari, personale infermieristico, esperti e referenti di servizi sanitari, referenti di Enti territoriali e Amministrazioni pubbliche e tutti quei professionisti che lavorano nell'ambito della promozione della salute dei migranti. La struttura del manuale è concepita per schede sintetiche che descrivono e approfondiscono l'intero percorso formativo dell'ESC.

Nella prima parte, oltre ad essere presentata un'inquadratura sulle criticità e possibilità di accesso e fruizione ai servizi sanitari da parte dei cittadini migranti, viene descritto il profilo, il ruolo e le attività dell'ESC facendo riferimento al modello inglese della ricercatrice Lai Fong Chiu. Nella seconda parte ci si sofferma sul processo di selezione degli ESC nei territori. L'ultima parte descrive nel dettaglio le metodologie che permettono di identificare i contenuti dell'intero percorso formativo: il corso di formazione in aula, le visite guidate presso gli enti territoriali, i laboratori di progettazione degli interventi e le tavole di concertazione territoriale.

Il Manuale è frutto della collaborazione e messa a sistema degli approcci formativi delle tre organizzazioni promotrici del progetto ARTEMIS: OIM – Organizzazione Internazionale delle Migrazioni, Struttura di Riferimento per la Promozione della salute dei migranti *L'Albero della Salute* e Centro Nazionale Hiv dell'Istituto Superiore di Sanità

Le Linee Guida per l'applicazione del modello di intervento.

Rossella Celmi, Stefania D'Amato

A livello locale, un programma di integrazione socio-sanitaria, finalizzato all'intervento di sanità pubblica, si concretizza attraverso il Piano per la Salute; esso rappresenta un punto cruciale per il coordinamento, il confronto e l'interazione tra diverse realtà amministrative con impatto sulle politiche sanitarie e sociali.

La "costruzione" del Piano di Salute nell'attività di governo locale della salute deve prevedere una Valutazione di Impatto sulla Salute (Health Impact Assessment – HIA) per monitorare l'effetto del piano in termini di miglioramento dello stato/profilo di salute e di qualità della vita. L'esigenza di coinvolgere le comunità è stata rilevata anche nel corso del progetto ARTEMIS, in occasione dello svolgimento dei tavoli di concertazione territoriale, rivolte ai referenti dei servizi di enti locali e sanitari, per favorire l'incontro domanda/offerta con la rete delle Associazioni di migranti che hanno aderito alla formazione del profilo "Educatore di Salute di Comunità" (ESC).

La maggior parte degli interventi in questo settore sono rivolti ad azioni all'interno delle strutture sanitarie ed in prossimità del bisogno terapeutico e di cura, mentre questa proposta di progetto ha inteso raggiungere i migranti sul territorio e promuovere l'accesso ai servizi anche come prevenzione sanitaria. Il programma di azioni, previsto nella proposta ARTEMIS, ha tenuto conto dei punti chiave utili a favorire l'accesso ai servizi sanitari, con particolare riguardo alla prevenzione delle malattie infettive, quali l'infezione da HIV/AIDS e le coinfezioni, ovvero la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmesse.

L'obiettivo del progetto è stato quello di contribuire a migliorare il processo di integrazione di cittadini di Paesi terzi, costruendo un modello di intervento che possa avvicinare i cittadini stranieri ai servizi socio-sanitari.

Le azioni del modello sono state caratterizzate da tre componenti:

1. la componente di formazione finalizzata a rafforzare l'empowerment e la health literacy delle Associazioni straniere e della società civile italiana, integrando competenze specifiche in ambito socio-sanitario.

Le fasi, la tempistica, il programma e gli esiti della formazione sono descritti nel Manuale per la formazione dell'"Educatore di Salute di Comunità", quale prodotto del progetto;

2. la componente di networking finalizzata ad attivare una rete di "Educatori di salute di comunità" sul territorio, per favorire la comunicazione tra istituzioni pubbliche (Consigli Territoriali per l'Immigrazione, enti locali e servizi socio sanitari) e cittadini di paesi terzi sul tema socio-sanitario;

3. la componente operativa sperimentale finalizzata alla realizzazione di un modello sperimentale di mediazione culturale integrato con il territorio per favorire l'informazione, l'orientamento, l'accompagnamento ai servizi sanitari e migliorare l'accesso e la fruizione da parte dei cittadini di paesi terzi.

Il modello di intervento applicato in ARTEMIS è stato fondato su:

- concetto di empowerment
- acquisizione di competenze
- coinvolgimento attivo dell'Associazionismo migrante
- promozione dell'health literacy attraverso l'ESC
- potenzialità della corretta comunicazione
- costruzione di reti

Nella pratica, il modello applicato consente di sviluppare un intervento integrato attraverso la applicazione e il perseguimento di due strategie principali: empowerment & offerta attiva di servizi, secondo l'idea e la sperimentazione della Sociologa Lai Fong Chiu.

I concetti di promozione della salute, disuguaglianze nella salute, integrazione con i servizi sanitari sopradescritti costituiscono la base per l'applicazione, la sperimentazione e la valutazione dell'efficacia del modello.

RELATORI E MODERATORI

BUTTO' Stefano, Istituto Superiore di Sanità, Roma

CAPITANI Giulia, Mes, Laboratorio di ricerca e formazione per il management dei servizi della salute, Pisa

CELMI Rossella, dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, Roma

CONFALONI Elisabetta, Struttura di Riferimento per la Promozione della Salute dei Migranti - Regione Toscana – *L'Albero della Salute, Prato*

COSSUTTA Maura, Azienda Ospedaliera San Camillo, Roma

D'AMATO Stefania, Istituto Superiore di Sanità, Roma

ENSOLI Barbara, Istituto Superiore di Sanità, Roma

GARACI Enrico, Presidente Istituto Superiore di Sanità, Roma

GERACI Salvatore, Area Sanitaria Caritas Diocesana – SIMM, Roma

LAI FONG Chiu, Institute of Health Sciences and Public Health Research - University of Leeds, UK

LICHTNER Miriam, "Sapienza" Università di Roma, Roma

LUZI Anna Maria, Istituto Superiore di Sanità, Roma

MACIOCCO Gavino, Università degli Studi di Firenze, Firenze

OLEARI Fabrizio, Ministero della Salute, Roma

OROPEZA José Angel, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, Roma

POMPA Maria Grazia, Ministero della Salute, Roma

SURIAN Alessio, Università degli Studi di Padova, Padova

RESPONSABILE SCIENTIFICO:

DOTT.SSA BARBARA ENSOLI

Centro Nazionale AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SEGRETERIA SCIENTIFICA:

STEFANIA D'AMATO

(Tel. 0649903210 – e-mail:stefania.damato@iss.it)

SEGRETERIA TECNICA ORGANIZZATIVA:

SABRINA SIPONE – FRANCESCA CAMMISA

(Tel. 0649906072 – e-mail:sabrina.sipone@iss.it)

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA:

ALESSIA BIONDI – STEFANIA DE MENNA – SILVIA TOBELLI

(Tel. 0649903701 – e-mail:cn aids.segram@iss.it)

Per informazioni su questo documento scrivere a: stefania.damato@iss.it

Centro Nazionale AIDS

Istituto Superiore di Sanità

Roma, 30 giugno 2011