

Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



PROVINCIA
DI PARMA



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013

PROGETTO SALUT-ARE:

**formare, confrontare, cambiare per migliorare i servizi di tutela
socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale**

Progetto co-finanziato dall'Unione Europea - Programma annuale 2010 - Azione 1.2.B - N. 1/PROG 5132

CUP D99E10004920007



Salut-ARE

formare, confrontare, cambiare per migliorare

i servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale

FINAL REPORT

PROGETTO SALUT-ARE

06/2012

FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013

PROGETTO SALUT-ARE:

formare, confrontare, cambiare per migliorare i servizi di tutela socio sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale

Progetto co-finanziato dall'Unione Europea
Programma annuale 2010
Azione 1.2.B - N. 1/PROG 5132
CUP D99E10004920007

Capofila

PROVINCIA DI PARMA

Politiche sociali, Volontariato e Associazionismo, Disabilità, Politiche abitative, Pari opportunità, Solidarietà Internazionale

Piazzale della Pace, 1 – Parma
responsabile progetto: Dott. Mauro Pinardi
e-mail: m.pinardi@provincia.parma.it
internet: www.provincia.parma.it -
www.sociale.parma.it

Coordinamento

CIAC ONLUS

Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione Internazionale di Parma e Provincia Onlus

Viale Toscanini, 2/a – Parma
e-mail: ciac_onlus@yahoo.it

stampato a Parma nel mese di giugno 2012 –
grafica e stampa Cabiria s.c.s.a.rl
Via Minozzi 10\A
<http://www.cabiria.net>

FINAL REPORT

La presente pubblicazione è stata realizzata nell'ambito del progetto "SALUT-ARE: formare, confrontare, cambiare per migliorare i servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale" che attua la azione 1.2.B del Fondo Europeo per i rifugiati 2008-2013, programma annuale 2010.

Il final report è a cura di:
Michele Rossi e Marika Armento

Il presente report riflette le opinioni degli autori, la Commissione Europea non è responsabile di qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni ivi contenute.

PARTNERSHIP DI PROGETTO

LA PARTNERSHIP DEL PROGETTO "SALUT-ARE" È COMPOSTA DA:

- Provincia di Parma (Capofila)
- Ciac Onlus, Parma
Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione Internazionale (Coordinamento)
- Save The Children Italia, Roma
- ASGI, Torino
Associazione studi giuridici sull'immigrazione
- Centro Astalli, Roma
- SIMM, Roma
Società italiana di Medicina delle Migrazioni
- Cerisc, Prato
Centro Ricerche e Interventi sui Sistemi Complessi
- Cooperativa sociale Camelot- Officine Cooperative, Ferrara
- Cooperativa sociale Ethica, Cassino
- Associazione ADL a Zavidovici, Brescia
- ICS Ufficio Rifugiati Onlus, Trieste
- LESS Onlus, Napoli
- Fondazione S. Giovanni Battista, Comiso
- Gruppo Lavoro Rifugiati Onlus, Bari
- Regione Emilia Romagna – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Bologna

ADERENTI AL PROGETTO

HANNO ADERITO AL PROGETTO:

- Regione Emilia Romagna
Assessorato Sociale e Sanità
- Regione Puglia
- Regione Calabria
- Comune di Ferrara
- Comune di Firenze
- ASS1 Triestina
- AUSL Parma
- AUSL Ferrara
- ASL Roma A
- ASL Frosinone
- Dipartimento Disagio, Devianza, Dipendenze; Centro Interdipartimentale in Medicina Legale applicata, Tecniche penalistico-criminologiche e Vittimologia dell' Università degli Studi di Ferrara
- Gruppo Articolo 32, Cremona
- Associazione NAGA; Milano
- Associazione Progetto Accoglienza, Borgo San Lorenzo
- Caritas Diocesana di Ragusa
- Regione Toscana
- Provincia Ancona (FER Superabile)
- Provincia di Ancona
- Provincia di Prato
- Regione Toscana
- Associazione La Kasbah, Cosenza

ORGANIZZAZIONE DI PROGETTO E GRUPPO DI LAVORO:

GRUPPO DI PROGETTO:

- Mauro Pinardi
responsabile di progetto, Provincia di Parma
- Michele Rossi
coordinatore di progetto, CIAC Onlus
- Marika Armento
segreteria organizzativa, CIAC Onlus
- Filippo Alderighi
coordinatore attività didattiche, Cerisc Onlus
- Gianfranco Schiavone
membro referente comitato scientifico di progetto
- Elisa Floris
supporto organizzativo, Provincia di Parma
- Marco Manoli
supporto amministrativo, Provincia di Parma

COORDINATORI REGIONALI:

- Manuela Spadaro
Coord. Regionale Piemonte , ASGI
- Agostino Zanotti
Coord. Regionale Lombardia, ADL a Zavidovici Onlus Brescia
- Isabelle Sanchez
Coord. Regionale Friuli Venezia Giulia, ICS Onlus Trieste
- Giovanni Ragazzi
Coord. Regionale Emilia Romagna, Ciac Onlus Parma

- Afef Hagi
Coord. Regionale Toscana, Cerisc Onlus Prato
- David Donfrancesco
Coord. Regionale Lazio, Coop Ethica Cassino
- Giorgia Rocca
coord. Area metropolitana Roma, Centro Astalli Roma
- Marika Visconti
coord. Regionale Campania, Less Onlus Napoli
- Erminia Rizzi
coord. Regionale Puglia, GLR Onlus Bari
- Emilia Corea
Coord. Regionale Calabria, La Kasbah Cosenza
- Giuseppina Cavalieri
coord. Regionale Sicilia, Fondazione San Giovanni Battista Ragusa

COORDINATORI TEMATICI:

- Maria Luisa Lemma
area minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo, Save The Children Italia
- Federico Tsucalas
area certificazione medico legale vittime di tortura e traumi, Coop. Camelot Ferrara

COMITATO SCIENTIFICO:

- Ngo Dinh Le Quien (+)
giurista – CRS
- Carlo Bracci
Medico legale – Ass.ne medici contro la Tortura;
- Filippo Casadei
Antropologo\Etnolinguista
- Francesco Colosimo
Dirigente Psichiatra – Azienda Sanitaria
- Mariagrazia Giannicchedda
Sociologa – Università di Cagliari;
- Antonella Inverno
Head Unit Msna - Save the Children Italia;
- Augusta Nicoli
Psichiatra – ASSR Regione Emilia Romagna;
- Giancarlo Santone
Dirigente Psichiatra Azienda Sanitaria – Resp. Sanitario SA.MI.FO;
- Assunta Signorelli
dirigente Psichiatra – Azienda Sanitaria
- Sergio Zorzetto
psicoterapeuta – Cerisc Onlus.

Un particolare e commosso ricordo a Le Quien Ngo Dinh e Marco Scarpinati Rosso, scomparsi ne corso del progetto, alla cui memoria dedichiamo quanto di buono ha prodotto il nostro lavoro.

RINGRAZIAMENTI:

un forte ringraziamento a tutte le persone che hanno collaborato a questo difficile e complesso progetto, tra queste: Rosita Viola, Serena Pecchio, Barbara Lelli, Ornella Fiore, Ramona Leto, Maria Marelli, Chiara Marchetti, tutto il gruppo di lavoro di Ciac Onlus (Paolo, Cecilia, Giovanni, Andrea, Mohamed, Alessandra ed Emilio), e tutte le persone che incontrate nei corsi o per le interviste ci hanno sostenuto con le loro osservazioni, critiche, complimenti e incoraggiamento.

INDICE

9	INTRODUZIONE
14	IL CONTESTO
16	DESCRIZIONE PROGETTO
18	MACRO-OBIETTIVI
19	FASI DI PROGETTO
20	STRATEGIA DI IMPLEMENTAZIONE: ESITI
21	METODOLOGIA DI LAVORO
22	IMPATTO
23	ESPERIENZA E CAMBIAMENTO
24	CRITICITÀ
25	I PERCORSI FORMATIVI
39	FORMAZIONE: CONTENUTI TRASVERSALI
40	LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI
41	ANALISI ORGANIZZATIVA RETI TERRITORIALI
	a. Il campione
	b. Lo strumento
44	INDIVIDUAZIONE DEGLI OPERATORI E DELLE FIGURE APICALI: CRITERI E MODALITÀ CAMPIONATURA
	a. Articolazione dei percorsi: accesso, emersione\diagnosi, presa in carico\ riabilitazione
49	L'INTERVISTA INDIVIDUALE: LO STRUMENTO
	a. I livelli: le definizioni operative
54	ELABORAZIONE DATI INTERVISTA
	a. La codifica
	b. Risultati emergenti elaborazione dati interviste quantitative
	c. Risultati emergenti elaborazione dati intervista qualitativa
	i. Livello giuridico, normativo, regolamentare
	1. Estratti interviste e items
	2. Elaborazione grafica
	ii. Livello professionale
	1. Estratti interviste e items
	2. Elaborazione grafica
	iii. Livello relazionale
	1. Estratti interviste e items
	2. Elaborazione grafica
	iv. Livello organizzativo
	1. Estratti interviste e items
	2. Elaborazione grafica
	d. Risultati emergenti dalle interviste tematiche “minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo”
71	CONCLUSIONE
	a. Gli esiti del progetto Salutare: protocolli e accordi per la costituzione\consolidamento delle Equipe Multidisciplinari
	b. bilancio critico dell'esperienza del progetto “Salut-are

INTRODUZIONE

Il report finale di progetto, sin dalla sua prima ideazione non è stato pensato come pubblicazione analitica capace di fare sintesi della enorme complessità di temi, contenuti e dati che avrebbe dato corpo – come poi è effettivamente successo – al progetto Salut-are. Il report era stato pensato, e così lo abbiamo voluto nonostante i tanti e profondi cambiamenti che hanno percorso l'anno di realizzazione del progetto Salut-are (tanto per citarne uno, l'irrompere nel contesto del "sistema" asilo italiano della cosiddetta "emergenza nord-africa", come una sorta di costruzione in corso d'opera, capace di raccogliere, tenere traccia e memoria delle diverse fasi di realizzazione del progetto, documentando il lavoro svolto attraverso gli strumenti che lo hanno caratterizzato, i risultati emergenti, gli spunti e le riflessioni che via via andavano definendosi. Il tentativo voleva essere – ed è – quello di riuscire a rendere ben visibile, leggibile e tracciabile la filiera che ha condotto dalla progettazione originaria – le sue premesse, i suoi valori e la sua impostazione – sino al conseguimento degli obiettivi e poter focalizzare, prima ancora che sui risultati – peraltro di estrema rilevanza – sul metodo di lavoro. L'auspicio di chi vi ha lavorato è che il progetto Salut-are possa costituire un'esperienza trasferibile e replicabile su scala ancora più ampia. Ed è un auspicio che trova fondamento nel fatto che – a nostro giudizio, ma come confermato dal Comitato Scientifico dagli enti locali, dalle aziende sanitarie coinvolte – abbia saputo coniugare in modo efficace la trasversalità di alcune tematiche "macro" e il loro necessario "respiro nazionale", con l'attenzione allo specifico "micro" delle realtà territoriali. Due dimensioni che, senza una cornice capace di raccorderle, senza un senso capace di spiegarle l'una in funzione dell'altra, possono facilmente perdere contatto e procedere "motu proprio" anche in direzioni inconciliabili se non conflittuali.

In questa introduzione appare fondamentale ragionare proprio sulla cornice di progetto e focalizzare su come questa forte e rara saldatura tra processi locali e dimensione sistemica si sia potuta realizzare.

Il progetto "Salut-are" si iscrive in una progettualità più ampia ancora di un programma annuale, in una progettualità che – condivisa da capofila (Provincia di Parma), coordinamento (Ciac) e rete dei partners – si è espressa nelle continuità con le azioni sviluppate nelle precedenti annualità del Fondo Europeo Rifugiati, nonché nel lavoro quotidiano sui territori ed in particolare nello Sprar. Una progettualità che, progetto dopo progetto, da "Lontani dalla Violenza" (FER AP 2008), alle "Linee Guida per una accoglienza transculturale" (FER AP 2009) sino a "Salutare" (FER AP 2010) mira a fornire un contributo determinante alla riforma e allo sviluppo del sistema asilo in Italia attraverso il tentativo di dare sostanza al principio di una piena ed effettiva esigibilità dei diritti sanciti per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale attraverso la sperimentazione, la realizzazione e la condivisione di servizi territoriali efficienti, con una specifica attenzione alle situazioni di maggiore vulnerabilità. Servizi che ad ancora in larga parte mancano.

Nelle conclusioni della ricerca "Per Un'accoglienza e una relazione d'aiuto tra sculturale: Linee Guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili

dei richiedenti asilo e titolari di protezione – FER AP 2010- prog 5132”, non più di anno fa, scrivevamo:

“La situazione italiana relativa all'accoglienza e alla presa in carico di richiedenti e titolari di protezione in condizioni di vulnerabilità mostra infatti, come dato strutturale, di essere caratterizzata da [...]:

- l'assenza di una programmazione nazionale che definisca strategie di azione, responsabilità, obiettivi e che sappia strutturare la relazione tra gli istituti ed enti preposti all'accoglienza dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e il sistema dei servizi socio-sanitari territoriali;
- la rilevazione dell'esistenza di un fenomeno ancora esteso di “invisibilità” della condizione di sofferenza psico-fisica tra molti richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, nonché tra molti migranti che pur presentando i requisiti specifici, non accedono alla procedura di asilo;
- la mancanza di disposizioni, di rango primario o regolamentari, che stabiliscano che è comunque assicurato al titolare della protezione l'accesso ad uno specifico percorso di accoglienza finalizzato a favorirne l'inclusione sociale, da attuarsi subito dopo il riconoscimento dello status giuridico. Per i titolari di protezione, che non trovano posto nello SPRAR, ciò che nella prassi avviene da anni è che essi, privi di punti di riferimento, si disperdono sul territorio nazionale, concentrandosi prevalentemente nelle principali aree urbane, ingenerando estesi fenomeni di disagio e di marginalità.

Ed anche:

“Si evidenzia altresì come gli interventi a favore dei richiedenti e dei titolari di protezione realizzati a cura delle autorità centrali dello Stato sono ancora concepiti come esclusivamente relativi alla, pur predominante, competenza del Ministero dell'Interno, e non sono ancora oggetto di specifica attenzione anche da parte delle autorità centrali sanitarie, del welfare e del lavoro, non cogliendo in tal modo la rilevanza dell'intera materia sotto il profilo della tutela della salute individuale e collettiva e neppure sotto il profilo della rilevanza della presenza dei rifugiati quali risorse per l'economia e la società italiana.”

È a partire da questa analisi che prende le mosse quindi il progetto Salut-are, dalla convinzione che mentre la presenza di richiedenti e rifugiati (specie se in condizioni di vulnerabilità) richiede tempestività di riconoscimento, continuità nella presa in carico, multidimensionalità dell'intervento, l'attuale assetto del sistema di accoglienza moltiplica gli elementi di incertezza e l'aleatorietà dei percorsi di presa in carico; che lo scarso coordinamento tra differenti strutture e servizi per l'accoglienza nel creare un forte rischio di dispersione, retroagisce negativamente sulla stessa capacità del “sistema” di poter elaborare la propria esperienza e quindi di saper valutare i propri limiti ma anche le proprie risorse.

In questo quadro profondamente disgregato le sperimentazioni esistenti, alcune delle quali particolarmente interessanti ed innovative, rimangono infatti isolate tra loro e hanno spesso una vita effimera tendendo naturalmente ad esaurirsi a conclusione del finanziamento assegnato.

Il superamento dell'attuale quadro è innanzitutto, quindi, una sfida progettuale che non può non assumere un respiro sistemico, che forza i limiti temporali e di intervento dei singoli programmi annuali e che reclama un approccio “longitudinale”, dove anche le specifiche risposte a problematiche specifiche possano essere iscritte in una più generale prospettiva di progressivo consolidamento e di progressiva evoluzione.

In questo senso è la prospettiva di una integrazione delle politiche sull'asilo nelle più generali politiche sociali e sanitarie a costituire il cardine del progetto “salut-are” nonché a costituirne la premessa essenziale per leggere i risultati raggiunti e valutarne efficacia e sostenibilità.

Lo specifico obiettivo di progetto, la costituzione di 10 équipe multidisciplinari è infatti – osservandolo da un punto di vista sistemico e iscrivendolo nella più complessiva progettualità di cui sopra – un obiettivo strategico: affrontare la questione annosa e ancora parzialmente irrisolta della piena ed effettiva accessibilità del sistema dei servizi socio-sanitari pubblici da parte di richiedenti asilo/rifugiati; affrontare il tema della presa in carico e della capacità della rete dei servizi di fornire risposte efficaci ai bisogni specifici ed agli specifici diritti implicati, significa anche (ri)pensare le “[...] strategie di azione, ruoli, funzioni e modalità di coordinamento dei vari servizi pubblici coinvolti, ivi comprese le aziende sanitarie, nonché le modalità con cui condurre un monitoraggio scientifico sul fenomeno.”

L'équipe multidisciplinare – concetto di per sé generico – può essere infatti declinata in molti modi, il progetto “salut-are” ha assunto come punto focale per produrre una propria definizione, proprio la relazione tra le reti dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e i sistemi di accoglienza dedicata, intendendo lo strumento “equipe multidisciplinare” come un ambito di coordinamento inter-organizzativo ed inter-operativo, ossia come gruppi di lavoro costituiti da personale incaricato dall'azienda sanitaria, da referenti dell'ente locale e da referenti degli enti ed associazioni di tutela operanti nella presa in carico di richiedenti/titolari di protezione internazionale. Luoghi, insomma, di un coordinamento finalizzato alla programmazione e al monitoraggio degli interventi di tutela della salute da realizzarsi a favore dei beneficiari presenti nei rispettivi territori di competenza.

Si è ritenuto che nella costituzione di tali équipe andasse posta la massima attenzione per evitare un duplice rischio; da un lato, verso “l'esterno” dell'azienda sanitaria, il rischio di non valorizzare il lavoro di rete “medicalizzando” eccessivamente le équipe territoriali il cui buon funzionamento dipende da un lavoro integrato con i soggetti del territorio comunque coinvolti nell'accoglienza e nei percorsi di inclusione dei richiedenti asilo e rifugiati; dall'altro, verso “l'interno” dell'azienda sanitaria, il rischio di innescare meccanismi di delega a dette équipe delle competenze specialistiche necessarie ad intervenire per la presa in carico, ed anche delle competenze necessarie a produrre certificazioni e perizie utilizzabili in sede amministrativa o giudiziaria.

Si è valutato inoltre che le équipe multidisciplinari non dovessero divenire le depositarie di presunte competenze non accessibili dagli altri operatori socio-sanitari, bensì che i loro compiti primari fossero quelli di:

1. diffondere e radicare in tutto il personale dei servizi socio-sanitari le competenze specialistiche necessarie per lavorare con situazioni di vulnerabilità;
2. diffondere e radicare le competenze necessarie a riconoscere le conseguenze fi-

siche e psichiche dei traumi subiti e certificare gli esiti di tortura (coinvolgendo anche i medici di base quale punto cruciale di accesso dell'utenza al sistema sanitario);

3. organizzare periodicamente i percorsi formativi e di aggiornamento sulla base dell'evoluzione della ricerca scientifica nel settore;
4. monitorare l'evoluzione complessiva del fenomeno, fornendo alle istanze decisionali delle aziende sanitarie le indicazioni utili a modificare i programmi territoriali sulla base delle concrete esigenze.

Pensare e porre in essere strumenti elaborati su questi principi e obiettivi ha dovuto fronteggiare un'ulteriore elemento di complessità: esiste una forte eterogeneità che fa sì che in territori diversi si trovino condizioni fortemente dissimili (in relazione al presente o mancato coinvolgimento delle ASL, alle modalità di azione di Questure e Prefetture, di stile di lavoro degli enti gestori, di contesti territoriali costitutivamente differenti etc.) ma anche che richiedenti o titolari di protezione ricevano forme di accoglienza, assistenza e tutela molto diversificate, a parità di diritti e bisogni.

Tale eterogeneità rende particolarmente difficile – se non impossibile – l'elaborazione di un modello unico, trasversale, adatto a tutte le circostanze e situazioni. Il coordinamento, supportato dal Gruppo di Progetto e dal Comitato Scientifico ha quindi deciso di approcciare tale problema da una via da accesso completamente inedita: uno studio – scientificamente fondato – dei sistemi territoriali. La fase di progetto da dedicarsi alla rilevazione dei bisogni formativi è stata così ripensata come una ricerca azione che ha compreso, come articolato nelle varie sezioni di questo report, la mappatura delle reti territoriali, l'analisi organizzativa dei rapporti di rete, la rilevazione delle modalità di accesso ai servizi e, attraverso lo strumento predisposto per le interviste strutturate e semi-strutturate, una approfondita ricognizione della percezione delle criticità e delle risorse da parte degli operatori dei servizi socio-sanitario rispetto i percorsi di salute di richiedenti asilo e rifugiati.

Tale ricerca-azione ha restituito una nuova e più complessa visione dello stato delle reti territoriali e di come quelle reti sono percepite, vissute ed affrontate da chi le partecipa. L'espressione dei diversi punti di vista (operatori sanitarie sociali, figure apicali e operatori etc.) ha permesso di affrontare in termini nuovi il confronto interorganizzativo. L'elaborazione dei dati, i resoconti qualitativi, hanno infatti fornito un quadro di dettaglio ma soprattutto un linguaggio condivisibile dagli attori di quelle stesse reti un linguaggio che ha contribuito in modo determinante ad individuare – attraverso il confronto (anche extra-territoriale), lo scambio e lo stimolo di processi decisionali partecipati – modelli organizzativi ed operativi sostenibili, calibrati sulle specifiche caratteristiche locali (in primis valorizzando le risorse esistenti) capaci di dare corpo e concretezza alla definizione di "equipe multidisciplinare" proprio perché co-costruiti, non corpi estranei ad una ben precisa esperienza, storia e progresso.

Con queste premesse è stato affrontato il lavoro di costruzione, sui diversi territori delle equipe, offrendo inoltre alle diverse reti territoriali assieme allo strumento della ricerca-azione, anche la consulenza tematica (area minori e area vittime di

tortura) ma anche giuridica ed organizzativa, e orientandovi quindi la progettazione formativa e didattica, la realizzazione dei corsi, una programmazione di alta qualità, che ha insistito sulla compresenza di risorse locali con formatori di livello nazionale e internazionale. La realizzazione di 22 percorsi formativi, ciascuno caratterizzato da proprie specificità (tematiche, contenutistiche, metodologiche) ha coinvolto un numero molto alto (vedi apposita sezione) di personale dei servizi e d ha confermato, se mai ve ne fosse stato bisogno, la ricchezza e la profondità dei dibattiti in atto sui temi del progetto.

Gli obiettivi di progetto non sarebbero potuti essere raggiunti, né il più generale dibattito, rifornito di esperienze, stimoli e proposte, senza una approfondita riflessione su quale metodo utilizzare per affrontare la complessità, la variabilità e la molteplicità che caratterizza i diversi dei sistemi territoriali cui il progetto si è rivolto. E su come raccordare dimensione territoriale e prospettiva nazionale.

Salut-are, come dettaglieremo più avanti, ha coinvolto infatti 11 regioni, più di 20 città\province, lungo tutto il territorio nazionale.

Per questo il cuore del progetto è stata la sperimentazione metodologica: analisi, ricerca, formazione e organizzazione insieme – in una ben precisa scansione – a definire una processualità capace di esitare in "prodotti" potenzialmente trasferibili. uno studio che ha voluto esplorare in profondità i territori, conoscerli e offrire loro attraverso il confronto (non a caso inserito nel sottotitolo di progetto) possibili tracce di lavoro.

L'ipotesi della costituzione di équipe socio-sanitarie presso ogni ASL va in questa prospettiva di integrazione progettuale ed operativa ma essa deve superare l'ottica della "buona prassi" locale per divenire strumento di programmazione generale, a regime.

Senza l'indispensabile raccordo tra i sistema dell'asilo e il sistema socio-sanitario, il perpetrarsi di forme di supplenza e delega reciproche evidenzia un doppio ordine di rischi: da un lato improvvisazione e adozione di misure estemporanee e surrettizie, dall'altro medicalizzazione e sanitarizzazione improprie ed eccessive.

È nostra convinzione, infine, che il problema, prima ancora che di ordine tecnico o organizzativo, sia di ordine politico, ovvero di scelte di organizzazione dei servizi: quali modelli organizzativi e funzionali possono garantire il coordinamento di cui sopra? Con quali linee guida nazionali e regionali?

Ora che più di dieci equipe multidisciplinari attive, il nuovo punto in agenda è quello del possibile loro coordinamento e della loro manutenzione e sviluppo. Come mantenere "in rete" queste esperienze? Con quali strumenti? In che modo possono contribuire a definire una più complessiva programmazione nazionale? All'intero di quale architettura di sistema?

Come appare evidente non sono queste ultime domande retoriche, bensì urgenze cui i "decisionari" implicati nella definizione delle politiche sull'asilo sono chiamati ad affrontare, pena lo smarrirsi di un consistente portato.

IL CONTESTO

La presa in carico dei richiedenti e/o titolari di protezione internazionale vittime di gravi eventi traumatici migratori e post-migratori, richiede un approccio sistemico, multidisciplinare e multilivello che coinvolge in modo strutturato ed integrato il livello dei servizi socio-sanitari pubblici e convenzionati, che erogano sia prestazioni di medicina generale che specialistica; il livello dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari del territorio e il livello dei servizi di accoglienza dedicati (sistemi CARA e SPRAR per gli adulti, comunità per minori in caso di minori stranieri non accompagnati).

Diversi fattori quali la mancanza di linee guida nazionali che prevedano la strutturazione di equipe territoriali multidisciplinari in grado di occuparsi in modo specifico delle problematiche connesse alle conseguenze psicofisiche dei traumi subiti dai rifugiati, la mancata previsione di percorsi dedicati di cura, la mancata considerazione del minore richiedente o titolare di protezione internazionale quale soggetto vulnerabile a causa dei gravi eventi traumatici subiti, la frammentarietà e a volte l'incertezza dei percorsi di accoglienza, l'assenza o la carenza di percorsi formativi e di aggiornamento permanente rivolti al personale sociosanitario, concorrono a disegnare un quadro complessivo assai critico caratterizzato da una generale e diffusa difficoltà del sistema sociosanitario pubblico nell'affrontare in modo efficace percorsi di cura per i titolari di protezione internazionale portatori di specifiche sofferenze, siano essi adulti o minori.

Sovente si tratta di utenti che rimangono invisibili al sistema dei servizi, o che, se individuati, mettono in crisi, per ragioni legate a fattori culturali e a condizioni sociali e famigliari, gli ordinari modelli e prassi di presa in carico e accoglienza da parte dei servizi medesimi.

Il sistema dei servizi socio-sanitari conosce i bisogni dei richiedenti e titolari di protezione internazionale?

E' a conoscenza del fatto che anche i minori possono essere vittime di tortura o di eventi traumatici e che sono portatori di bisogni specifici?

Conosce l'impatto che questi bisogni generano sui servizi?

Ha formulato un'ipotesi organizzativa per presidiare l'accesso e la cura rispettosa dei loro bisogni?

Il sistema dei servizi socio-sanitari è in grado di mettere a punto procedure declinate sui bisogni dei richiedenti e/o titolari di protezione internazionale considerando anche fattori quali le diverse vulnerabilità, l'età o l'appartenenza di genere?

Numerosi studi (Antropologia medica I. Quaranta, Antropologia strutturale C. Levi-Strauss, Psichiatria e culture A. Leff, Principi di etnopsicanalisi T. Nathan)) evidenziano come la cultura, l'organizzazione sociale e familiare incidano in maniera decisiva

sulla esperienza della malattia e sulla stessa fenomenologia. Né il determinismo biomedico né quello culturale se decontestualizzati possono realmente tutelare la salute delle vittime.

In sede di programmazione e gestione dei servizi, non è pertanto possibile trascurare la dimensione dell'appartenenza culturale degli utenti, anche minori, e di conseguenza dotarsi di strumenti che favoriscano l'emersione della condizione di vulnerabilità e consentano la realizzazione di percorsi efficaci di presa in carico temporanea di tale utenza come indicato dalle Linee d'indirizzo nazionali per la salute mentale - Ministero della Salute.

Il progetto Salut-are ha previsto la realizzazione di azioni formative, specificamente rivolte al personale dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio nazionale, con particolare attenzione al personale degli Enti Locali, delle ASL, agli operatori dell'accoglienza e delle comunità per minori, che sappiano fornire in modo continuativo e mirato elementi di conoscenza teorica e strumenti operativi per la presa in carico e la cura dei richiedenti e/o titolari di protezione internazionale e coinvolgano direttamente i servizi territoriali al fine di declinare nel contesto organizzativo locale le competenze acquisite.

DESCRIZIONE PROGETTO

Il progetto Salut-are, progetto di valenza nazionale ha previsto e realizzato, attraverso l'organizzazione di 22 percorsi formativi rivolti al personale dei servizi socio-sanitari, la costituzione\consolidamento di 10 équipe multidisciplinari territoriali destinate alla presa in carico e alla progettazione socio-sanitaria dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale.

La costituzione\consolidamento di équipe multidisciplinari che uniscono cioè professionalità sanitarie, sociali e giuridico-legali, costituisce un'importante riforma del sistema asilo così come attualmente configurato e questa ipotesi di riforma, al fine di una maggiore efficacia dei percorsi di accoglienza e di un'effettiva garanzia della tutela dei diritti della popolazione rifugiata, propone un modello organizzativo sperimentato su alcuni territori con la sinergia delle Aziende sanitarie locali e degli enti di tutela dei richiedenti\titolari di protezione internazionale.

L'interdipendenza di aspetti giuridici, amministrativi, sociali e sanitari tipica della condizione di ogni richiedente asilo, in presenza di fattori critici soggettivi riferibili alla vicenda pre-migratoria (traumi, torture, violenze), migratoria o alla condizione pregressa (disagio psichico, disabilità), può infatti determinare, in un sistema disorganico e non coordinato, situazioni di particolare problematicità per la salute individuale con inevitabili ripercussioni sulla salute collettiva.

L'obiettivo della prevenzione e quello, correlato, di una diffusa e generale capacità di tempestiva individuazione dei fattori di vulnerabilità, richiede un approccio che sappia integrare e non disgiungere dimensione sociale, sanitaria e giuridica, così come da un punto di vista operativo gli aspetti di ciascuna delle dimensioni citate non possono essere considerati "separatamente" né tanto meno "uno alla volta", perché di pertinenza di enti diversi con differenti responsabilità istituzionali o perché attivabili in fasi successive del percorso di asilo.

La multidimensionalità delle misure è in questa direzione un fattore determinante: vanno evitate le partizioni e le cesure ("è un caso psichiatrico o è un richiedente asilo?"), riconsegnata una centralità ai soggetti, intesi, come individui con caratteristiche specifiche, protagonisti del percorso, con autonomia decisionale e progettuale, portatori di diritti e attori di risorse proprie che meritano un'attenzione altrettanto accurata di quella da riservare ai fattori di vulnerabilità. Non quindi passivi ricettori di interventi, non solo vittime e casi "deculturalizzati". I rischi della standardizzazione categoriale sono molto alti: più fattori di vulnerabilità possono presentarsi associati e risposte standardizzate per categoria, benché specialistiche possono non rivelarsi adeguate.

La prospettiva di un'accoglienza capace di tradurre l'attenzione per le situazioni "vulnerabili" nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi, nella definizione di modalità operative, di prassi e interventi positivi e finalizzati non può che prendere corpo e forma attraverso una progressiva integrazione delle politiche sull'asilo con le più generali politiche socio-sanitarie nazionali: nel compiersi dei percorsi di accoglienza e presa in carico i diversi possibili casi che compongono la "galassia"

delle vulnerabilità necessitano di poter accedere a servizi capaci di competenze e misure specifiche (riabilitazione psico-fisica etc); ed al tempo stesso, esattamente come per tutti i richiedenti\titolari (indipendentemente dalla presenza di elementi di vulnerabilità), di poter avere la garanzia di percorsi sociali finalizzati a valorizzare le risorse individuali in termini di autonomia, inserimento sociale e aumento dei livelli di benessere.

La presenza di "vulnerabilità" rende più evidente che mai questa reciproca implicazione e la necessità di coordinare i diversi interventi sia sincronicamente che diacronicamente in progetti individuali continui e "stabili" lungo le diverse fasi del percorso di asilo ed anche successivamente. In questa prospettiva, i risultati raggiunti dalle sperimentazioni territoriali degli ultimi anni, validati e rafforzati dalla ricerca scientifica condotta, possono costituire un riferimento importante per ri-organizzare il sistema asilo.

MACRO-OBIETTIVI

Accrescere le capacità di riconoscimento e di presa in carico dei richiedenti e/o titolari di protezione internazionale con specifiche vulnerabilità,

- del personale dei servizi socio-sanitari, sanitari e dell'accoglienza,

ATTRAVERSO

- la formazione e
- la costituzione di equipe territoriali multiprofessionali.

ed inoltre

- Inserire nella programmazione socio-sanitaria territoriale interventi e misure specifiche raccordando i servizi del sistema asilo con il più complessivo sistema dei servizi socio-sanitari territoriali.

FASI DI PROGETTO

1. FASE 1 - RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI:

- 1.Mappatura reti territoriali e risorse professionali\figure apicali
- 2.Analisi organizzativa delle reti territoriali
- 3.Contatto per intervista semi-strutturata
- 4.Rilevazione modalità di accesso ai servizi
- 5.Intervista semi strutturata
- 6.Codifica dei dati su base territoriale (con coordinamento di progetto)
- 7.Individuazione problematiche\risorse emergenti
- 8.Valutazione Comitato Scientifico
- 9.Definizione strategia territoriale per il corso formativo

2. FASE 2 – PROGRAMMAZIONE FORMATIVA E DIDATTICA:

1. Ipotesi format formazione e individuazione bisogni formativi specifici
2. Attivazione delle reti locali per partecipare la definizione del corso (contenuti e modalità)
3. Valutazione Comitato scientifico
4. Definizione del programma formativo

3. FASE 3 – REALIZZAZIONE CORSI

4. FASE 4 – FOLLOW UP ORGANIZZATIVO

1. Raccordo con fase 1 attraverso elaborazione dei dati
2. Riattivazione contatti
3. Elaborazione proposta organizzativa di equipe multidisciplinare
4. Griglia di follow up formazione

STRATEGIA DI IMPLEMENTAZIONE: ESITI

nel corso del progetto la metodologia di lavoro individuata ha consentito di agire in profondità sulle reti territoriali, partecipando in modo fattivo allo sviluppo\implementazione di processi organizzativi e metodologie operative finalizzate a consolidare prassi già esistenti o sviluppare sperimentazioni inedite. Il già citato raccordo tra le diverse fasi di progetto ha consentito di sviluppare sulle sedi territoriali un lavoro continuo e partecipato che ha condotto:

- a) una ampia rilevazione, scientificamente fondata, con 265 contatti tra operatori e figure apicali dei servizi sanitari e socio-sanitari di 11 regioni e 20 provincie;
- b) all'elaborazione di 22 programmi formativi calibrati sulle specifiche esigenze dei territori;
- c) alla realizzazione di 22 percorsi formativi;
- d) alla realizzazione di 10 équipes multidisciplinari (concetto declinato in modo particolare da territorio a territorio, ma accomunate dalla discriminante presenza di agenzie sanitarie del pubblico e dalla formalizzazione di rapporti interorganizzativi e interoperativi tra diversi enti e servizi) sui territori di: Parma, Brescia, Cosenza, Bari, Foggia, Frosinone, Senigallia, Ferrara e Trieste. Sui territori di Bologna e Torino, è invece da considerarsi output di progetto la nascita di coordinamenti interistituzionali, anche se non direttamente coinvolti nei processi di presa in carico\accoglienza.

METODOLOGIA DI LAVORO

La valorizzazione dei contesti locali - pur in un'ottica nazionale capace di affrontare le variabilità territoriali in termini di confronto dialettico e di cambiamento e non di impasse - ha significato impostare una metodologia di lavoro fortemente centrata sulla conoscenza approfondita dei sistemi locali per garantire un confronto efficace e finalizzato tra le diverse realtà interessate dal progetto. La complessità degli obiettivi di progetto ha suggerito di mirare in ogni fase del progetto al coinvolgimento diretto dei diversi attori locali ed è in funzione di tale approccio metodologico che si è individuata la figura del coordinatore regionale - scelto tra enti di tutela e organizzazioni conosciute, esperte e riconosciute sui territori di propria competenza - quale perno attorno al quale costruire l'architettura di progetto.

Sperimentare nuove forme di interlocuzione con i referenti delle reti territoriali implicate è quindi un corollario di questa impostazione. Pensare la rilevazione dei bisogni formativi come una vera e propria ricerca scientifica e come metodo appunto di interlocuzione ha significato tentare un primo ma fondamentale passo per ripensare i servizi anche e soprattutto in relazione a bisogni ed esigenze resi spesso invisibili dall'organizzazione dei servizi stessi. Ha infatti permesso di costruire una cornice di riferimento capace di promuovere la dialettica tra diversi servizi, diversi territori e diversi punti di vista come quello tra apicale ed operatore.

Ultimo corollario del metodo scelto è stata la continuità: il coinvolgimento delle reti territoriali è stato continuo in tutte le fasi di progetto in modo che potesse essere visibile l'evoluzione della ricerca e del progetto, di facilitare scambi ed incontri, di stimolare nuove riflessioni

IMPATTO

Il progetto ha generato sui sistemi territoriali coinvolti una profonda riflessione sui modelli organizzativi attuali e su quelli possibili, documentando la necessità di un maggiore raccordo e integrazione delle funzioni correlate all'erogazione di servizi sanitari, sociali e socio-giuridici per la popolazione rifugiata.

L'impatto generato, pur nell'ampia variabilità delle caratteristiche socio-economiche ed esperienziali dei diversi territori, è descrivibile nei termini della individuazione di luoghi e tempi di raccordo, coordinamento e contatto tra funzioni separate e nella proposizione di una cornice concettuale e metodologica capace di unire professionalità, funzioni e risorse raramente in sinergia.

È convinzione del coordinamento che l'esperienza del progetto Salut-are (convinzione avvalorata dai feedback ricevuti sia in fase di follow up, che attraverso comunicazioni di enti, servizi e singoli professionisti) abbia in molti territori costituito una esperienza innovativa capace di rimuovere, prima ancora che ostacoli organizzativi ed operativi, la percezione diffusa di immobilità dei servizi, di abbandono ad una inerzia che la crisi economica ha accentuato. Il dato trasversale ai diversi territori è stato – anche laddove il progetto non ha prodotto output organizzativi stabili – di una ripresa di coraggio ed entusiasmo, oltrechè a favorire una percezione di condivisione di intenti a fronte di una diffusa sensazione di isolamento.

ESPERIENZA E CAMBIAMENTO

Concettualizzare un ideale percorso di salute in 3 fasi: ACCESSO – EMERSIONE E DIAGNOSI – PRESA IN CARICO ed organizzando su tale concettualizzazione sia lo strumento di intervista che il format dei corsi - è riuscito nell'intento di pensare alla relazione tra utente richiedente\titolare di protezione e servizi socio-sanitari in termini complessi e diacronici, non categorizzabili in generici bisogni collettivi invariabili ma anche non risolvibili in interventi puntiformi.

Problematizzare in tal senso la relazione tra utente e servizi ha giocato un importante ruolo nel ridefinire le funzioni tra enti e professionisti ed è stato oggetto, nei corsi, di approfondimenti e dibattito.

CRITICITÀ

le criticità riscontrate nell'attuazione del progetto e nel conseguimento degli obiettivi progettuali presso i diversi sistemi socio-sanitari interessati, sono afferenti:

- criticità di ordine sistemico e strutturale: carenza o assenza di risorse economiche, umane e professionali;
- assenza o deficit di elementi di programmazione socio-sanitaria, con particolare riferimento all'assenza di linee-guida nazionali e di elementi di vincolo rispetto l'esercizio della funzione pubblica di tutela socio-sanitaria della popolazione rifugiata;
- persistenza di barriere giuridiche, normative e regolamentari all'accesso alla rete dei servizi territoriali per la popolazione rifugiata, con particolare riferimento a requisiti documentali quali residenza e iscrizione a SNN;
- persistenza di barriere culturali nell'erogazione dei servizi;
- larga diffusione di un paradigma emergenziale nella conduzione degli interventi;

I PERCORSI FORMATIVI

Nel corso del progetto Salut-are sono stati realizzati 22 percorsi formativi che hanno coinvolto complessivamente 722 corsisti, con il dettaglio qui di seguito riportato rispetto ore e percentuale di gradimento dei corsisti.

PERCORSI FORMATIVI

RIEPILOGO GENERALE	
NUMERO CORSI TOTALE	22
ORE COMPLESSIVE FORMAZIONE	444,5
ORE COMPLESSIVE AULA	410,5
ORE PREPARAZIONE INTERVENTI	34
TOTALE CORSISTI	722
% GRADIMENTO	86,55%

nella seguente tabella sono segnalate le sedi, organizzate per regione, con la ripartizione per singolo corso delle ore tra formazione in aula e follow up organizzativo. Come si può osservare le regioni coinvolte sono state 11, 4 al nord, 3 al centro e 4 al sud, realizzando i corsi in 19 sedi. Alcuni corsi hanno avuto una valenza regionale, come i corsi di Bologna, Torino, Senigallia, Napoli e Trieste.

PERCORSI FORMATIVI: ORE FORMAZIONE EROGATE E SEDI

REGIONE	SEDE	ORE CORSO	ORE FOLLOW UP	ORE TOTALI
EMILIAROMAGNA	PARMA	18	4	22
	FERRARA	16	4	20
	BOLOGNA	18	0	18
TOSCANA	FIRENZE	17	4	21
	FOLLONICA	16	4	22
LAZIO	ROMA	36	0	36
	FROSINONE	17	5	22
PIEMONTE	TORINO	16	4	20
LOMBARDIA	BRESCIA	17	5	22
	CREMONA	13	5	18
FRIULI V.-G.	TRIESTE	17,5	6	23,5
MARCHE	SENIGALLIA	16	5	21

PERCORSI FORMATIVI: ORE FORMAZIONE EROGATE E SEDI

REGIONE	SEDE	ORE CORSO	ORE FOLLOW UP	ORE TOTALI
SICILIA	PALERMO	16	0	16
	RAGUSA	16	4	20
PUGLIA	BARI	16,5	5	21,5
	FOGGIA	16,5	3	19,5
CAMPANIA	NAPOLI	16	4	20
CALABRIA	COSENZA	16	4	20
	CROTONE	16	0	16
NAZIONALE	CORSO MINORI	14	0	0

infine nelle tabelle seguenti, il dettaglio dei docenti intervenuti ai corsi e del numero di partecipanti per ogni giornata formativa. Per il dettaglio dei singoli programma si rimanda alla sezione allegati, Allegato 1 – “programmi formativi dei corsi”.

1	PARMA formatori	16/02/12	23/02/12	21/05/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	ROSSI MICHELE	2	1	0	3	0	3
2	TONINI ADELE	2	0	1	3	0	3
3	ARMENTO MARIKA	1	0	0	1	0	1
4	CHOROMA FAISSAL	2	0	1	3	0	3
5	TREVIA MARCO	0	3	1	4	0	4
6	BRACCI CARLO	1	0	0	1	0	1
7	SCHIAVONE GIANFRANCO	1	0	0	1	0	1
8	CASADEI FILIPPO	0	2	0	2	0	2
9	NICOLI MARIA AUGUSTA	0	1	0	1	0	1
10	MARCHETTI CHIARA	0	2	0	2	0	2
11	MERIGHI PAOLO	0	0	1	1	0	1
TOTALE		9	9	4	22	0	22
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	4	20	0	20
TOTALE ORE VOLONTARIE		1	1	0	2	0	2

PARMA presenze	N. CORSISTI	16/02/12	23/02/12	21/05/12
	46	36	33	20

1	GROSSETO formatori	23/03/12	04/04/12	24/05/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	CARDAMONE	0	2	0	2	1	3
2	FAGGI SIMONE	0	2	0	2	0	2
3	CASADEI	3	0	0	3	0	3
4	INGLESE	4	0	0	4	1	5
5	BRACCI	0	4	0	4	0	4
6	SANTONE	0	0	4	4	0	4
7	AFEF	1	0	0	1	0	1
TOTALE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

GROSSETO presenze	N. CORSISTI	23/03/12	04/04/12	24/05/12
	63	42	41	36

3	COSENZA formatori	20/04/12	21/04/12	14/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	PAPA	0	2	2	4		4
2	SCHIAVONE	0	2	0	2		2
3	CHOROMA	4	0	0	4		4
4	TONINI	3	0	2	5		5
5	SIGNORELLI	0	2	0	2	1	3
6	COLOSIMO	0	2	0	2	1	3
7	COREA	1	0	0	1		1
TOTALE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

COSENZA presenze	N. CORSISTI	20/04/12	21/04/12	14/06/12
	36	42	37	12

4	PALERMO formatori	20/04/12	02/05/12		tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	MONTI	0	4	0	4	1	5
2	COLOSIMO	0	4	0	4		4
3	CARDAMONE	3	0	0	3	1	4
4	ZORZETTO	4	0	0	4		4
5	AFFRONTI	1	0	0	1		1
TOTALE		8	8	0	16	2	18
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	0	16	2	18
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

PALERMO presenze	N. CORSISTI	20/04/12	02/05/12	
	28	37	28	0

5	FERRARA: formatori	16/03/12	21/03/12	08/06/2012	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	TSUCALAS	1	0	2	3		3
2	CIPOLLA	1	0	0	1		1
3	CARDAMONE	2	0	0	2	1	3
4	CASADEI	4	0	0	4		4
5	GAUDIO	0	2	0	2		2
6	ZORZETTO	0	2	0	2	1	3
7	TONINI	0	1	0	1		1
8	ROSSI	0	1	0	1	1	1
9	NICOLI	0	1	0	1		1
10	CALACOCI	0	1	2	3	1	4
TOTALE		8	8	4	20	4	24
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	4	20	4	24
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

FERRARA presenze	N. CORSISTI	16/03/12	21/03/12	08/06/12
	36	34	28	22

6	RAGUSA formatori	12/04/12	19/04/12	26/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	LA MONICA	1			1		1
2	IUZZOLINI	2			2		2
3	BRACCI	4			4	1	5
4	MONTI		4		4		4
5	PAVONE		4		4	1	5
6	CAVALIERI	1		1	2		2
7	PIAZZESE			3	3		3
TOTALE		8	8	4	20	4	24
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	4	20	4	24
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

RAGUSA presenze	N. CORSISTI	12/04/12	19/04/12	26/06/12
	33	31	34	12

6	RAGUSA formatori	12/04/12	19/04/12	26/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	LA MONICA	1			1		1
2	IUZZOLINI	2			2		2
3	BRACCI	4			4	1	5
4	MONTI		4		4		4
5	PAVONE		4		4	1	5
6	CAVALIERI	1		1	2		2
7	PIAZZESE			3	3		3
TOTALE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE RETRIBUITE		5	8	4	17	2	19
TOTALE ORE VOLONTARIE		3	0	0	3		3

RAGUSA presenze	N. CORSISTI	12/04/12	19/04/12	26/06/12
	33	31	34	12

7	FROSINONE formatori	19/04/12	26/04/12	25/05/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	LEMMA	2	0	0	2		2
2	MACIOCIA	2	2	2	6	1	7
3	DONFRANCESCO	1	1	0	2		2
4	SANTONE	2	0	0	2		2
5	MOSTARDA	1	0	0	1		1
6	TONINI	0	2	0	2		2
7	ROSSI	0	4	2	6	1	7
8	DANGIO'	0	0	1	1		1
TOTALE		8	9	5	22	2	24
TOTALE ORE RETRIBUITE		7	9	5	21	2	23
TOTALE ORE VOLONTARIE		1	0	0	1	0	1

FROSINONE presenze	N. CORSISTI	19/04/12	26/04/12	25/05/12
	26	28	27	12

8	TORINO formatori	02/05/12	08/02/12	07/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	SPADARO	1			1		1
2	IORE	1		2	3	1	4
3	TONINI	2		2	4	1	5
4	BRACCI	2			2		2
5	GHIRARDI		2		2		2
6	SUAD		2		2		2
7	BERTOLINO		2		2		2
8	BENSO	2			2		2
9	BENEDUCE		2		2		2
TOTALE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

TORINO presenze	N. CORSISTI	02/05/12	08/05/12	07/06/12
	39	27	29	20

9	FIRENZE formatori	30/03/12	13/04/12	01/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	CASADEI	2	0	0	2		2
2	CANESCHI	1	0	0	1		1
3	ZORZETTO	2	0	0	2		2
4	SANTONE	3	0	0	3	1	4
5	ANDREINI	0	1	0	1		1
6	ERMANNI	0	1	0	1		1
7	TESSITORE	0	2	0	2		2
8	CARDAMONE	0	2	2	4		4
9	BRACCI	0	3	0	3	1	4
10	NICOLI	0	0	2	2		2
TOTALE		8	9	4	21	2	23
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	9	4	21	2	23
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

FIRENZE presenze	N. CORSISTI	30/03/12	13/04/12	01/06/12
	44	42	39	23

10	NAPOLI formatori	24/05/12	28/05/12	18/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	VISCONTI	1		2	3		3
2	ROSSI	2			2		2
3	KURTAM	1			1	1	2
4	BRACCI	2			2		2
5	GUALDIERI	2		2	4		4
6	MONTI		4		4	1	5
7	LEMMA		4		4		4
8	BUONDONNO						0
TOTALE		8	8	4	20	2	22
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	2	18	2	20
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	2	2	0	2

NAPOLI presenze	N. CORSISTI	24/05/12	28/05/12	18/06/12
	11	17	11	8

11,12,13	ROMA formatori	10,17,20/03/12	25/02,03/03,06/03/12	10,14,17/03/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	SANTONE	4			4		4
2	CASADEI	3	3	3	9		9
3	ZORZETTO		4		4		4
4	SPINA	2		2	4		4
5	PENTELLA	2	2	2	6		6
6	MADONIA	0	2		2		2
7	BRACCI	1	1	1	3	1	4
8	VERCILLO			4	4		4
TOTALE		12	12	12	36	1	37
TOTALE ORE RETRIBUITE		12	12	12	36	1	37
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

ROMA presenze	N. CORSISTI	10,17,20/03/12	25/02,03/03,06/03/12	10,14,17/03/12
	41	17	11	13

14	BRESCIA formatori	16/04/12	17/04/12	13/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	MARENGONI	1		2	3	1	4
2	MARELLI	1		3	4		4
3	DUSI	2	2		4		4
4	RICCA	4			4		4
5	COLOSIMO		4		4		4
6	MARCHETTI		2		2		2
7	ZANOTTI		1		1		1
TOTALE		8	9	5	22	1	23
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	5	21	1	22
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	1	0	1	0	1

BRESCIA presenze	N. CORSISTI	16/04/12	17/04/12	13/06/12
	16	14	13	11

15	BOLOGNA formatori	05/06/12	06/06/12		tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	ROSSI	2	1		3	1	4
2	ARMENTO	1	1		2	0	2
3	SCHIAVONE	4	2		6	0	6
4	GAUDIO	1	0		1	0	1
5	TSUCALAS	1	0		1	0	1
6	NICOLI	0	3		3	0	3
7	FABI	0	0,5		0,5	0	0,5
8	SACCANI	0	0,5		0,5	0	0,5
9	PALAMIDESI	0	1		1	0	1
TOTALE		9	9	0	18	1	19
TOTALE ORE RETRIBUITE		9	7	0	16	1	17
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	2	0	2	0	2

BOLOGNA presenze	N. CORSISTI	05/06/12	06/06/12	
	44	37	28	0

16	SENIGALLIA formatori	01/06/12	08/06/12	09/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	TONINI	2			2		2
3	RODANO	1		1	2	1	3
4	LEMMA	3			3	0	3
5	CHOROMA	2			2	0	2
6	ARMENTO		1		1	1	2
7	MARCHETTI		3		3	0	3
8	ROSSI		3	2	5	0	5
9	TREVIA		1	2	3	0	3
TOTALE		8	8	5	21	2	23
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	5	21	2	23
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

SENIGALLIA presenze	N. CORSISTI	01/06/12	08/06/12	09/06/12
	45	34	30	23

17	CROTONE formatori	15/06/12	16/06/12		tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	TONINI	3			3	1	4
3	BRACCI	4			4	1	5
4	BUONAMICI		2		2	0	2
5	INGLESE		2		2	0	2
6	PAPA		2		2	0	2
7	SUFFREDINI		2		2	0	2
8	COREA	1			1	0	1
TOTALE		8	8	0	16	2	18
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	6	0	14	2	16
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	2	0	2	0	2

CROTONE presenze	N. CORSISTI	15/06/12	16/06/12	
	21	33	27	0

18	TRIESTE formatori	11/05/12	25/05/12	29/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	SCHIAVONE	1,5	3,5	3	8	1	9
2	BEHR	0,75			0,75	0	0,75
3	TONINI		2		2	0	2
4	SIGNORELLI	2		3	5	0	5
5	COCIANI\ VASSALLO\ LUCCHETTA\SAULLO		1		1	0	1
5	FANTIN	1,75			1,75	0	1,75
6	BRACCI	3			3	0	3
7	CASADEI		2		2	0	2
TOTALE		9	8,5	6	23,5	1	24,5
TOTALE ORE RETRIBUITE		6,5	7,5	6	20	1	21
TOTALE ORE VOLONTARIE		2,5	1	0	3,5	0	3,5

TRIESTE presenze	N. CORSISTI	11/05/12	25/05/12	29/06/12
	50	57	48	5

19	ROMA MINORI formatori	27/06/12	28/06/12		tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	LEMMA	2	1		3	1	4
2	FACHILE		2		2	0	2
3	MILANI	1			1	0	1
4	CECCHINI	2			2	0	2
5	PECORARO	0,5			0	0	0
6	MESAROLI	1,75			1,75	0	1,75
7	HASNAIN	1,75			1,75	0	1,75
9	MATTEINI		2		2	0	2
TOTALE		9	5	0	14	1	15
TOTALE ORE RETRIBUITE		8,5	4	0	12,5	1	13,5
TOTALE ORE VOLONTARIE		0,5	1	0	1,5	0	1,5

ROMA MINORI presenze	N. CORSISTI	27/06/12	28/06/12	
	67	52	52	

20	BARI: fomatori	15/05/12	21/05/12	07/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	SCHIAVONE	2			2	1	3
2	LEMMA	2		1	3	1	4
3	MORETTI	0,5			0,5		0,5
4	SIENA	1			1		1
5	CANTALICE	2			2		2
6	BRACCI		2		2		2
7	CHIANURA		1		1		1
8	MARCHETTI		3		3		3
9	LABATE		0		0		0
10	ROSSI		2	3	5		5
11	RIZZI	1		1	2		2
TOTALE		8,5	8	5	21,5	2	23,5
TOTALE ORE RETRIBUITE		7	8	5	20	2	22
TOTALE ORE VOLONTARIE		1,5	0	0	1,5	0	1,5

BARI presenze	N. CORSISTI	15/05/12	21/05/12	07/06/12
	67	52	52	

21	FOGGIA formatori	16/05/12	22/05/12	07/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	SCHIAVONE	2			2	0	2
2	LEMMA	2		1	3	0	3
3	GUADAGNO	0,5			0,5	0	0,5
4	SIENA	0,5			0,5	0	0,5
5	DI GENNARO	0,5			0,5	0	0,5
6	BRACCI		2		2	0	2
7	D'ONGHIA	2			2	0	2
8	MARCHETTI		2		2	1	3
9	LABATE		0		0	0	0
10	ROSSI		2	2	4	0	4
11	CHIAPPERINO		2		2		2
12	RIZZI	1			1	0	1
TOTALE		8,5	8	3	19,5	1	20,5
TOTALE ORE RETRIBUITE		7	8	3	18	1	19
TOTALE ORE VOLONTARIE		1,5	0	0	1,5	0	1,5

FOGGIA presenze	N. CORSISTI	16/05/12	22/05/12	07/06/12
	29	29	24	

22	CREMONA formatori	22/06/12	23/06/12	29/06/12	tot ore aula	preparazione	ORE TOTALI
1	ROSSI	1	2		3	1	4
2	ARMENTO	1		1	2		2
3	ZANOTTI	2	1		3		3
4	BRACCI	2			2		2
5	TONINI	2			2		2
6	TREVIA		2		2	1	3
7	VIOLA			4	4		4
TOTALE		8	5	5	18	2	20
TOTALE ORE RETRIBUITE		8	8	5	22	2	23
TOTALE ORE VOLONTARIE		0	0	0	0	0	0

CREMONA presenze	N. CORSISTI	22/06/12	23/06/12	29/06/12
	15			

Infine nella tabella, il dettaglio del gradimento dei corsisti, rilevato con lo strumento – predisposto dal Comitato Scientifico di progetto – di seguito.

GRADIMENTO PER SEDE

SEDE	Gradimento	SEDE	Gradimento
BARI	84,91%	NAPOLI	87,50%
BOLOGNA	96,97%	PALERMO	67,86%
BRESCIA	83,33%	PARMA	84,21%
COSENZA	97,06%	RAGUSA	100,00%
CREMONA	91,67%	ROMA1	81,82%
CROTONE	79,17%	ROMA2	85,00%
FERRARA	90,91%	ROMA3	75,00%
FIRENZE	82,35%	MINORI	66,67%
FOGGIA	95,00%	SENIGALLIA	100,00%
FOLLONICA	83,33%	TORINO	93,10%
FROSINONE	86,96%	TRIESTE	91,30%

Il dato della notevole partecipazione, attestato dai registri d'aula (722 corsisti a fronte dei 400 inizialmente previsti) appare particolarmente significativo in relazione alle alte percentuali di gradimento: essendo la maggioranza dei corsisti (vedi sezione successiva) perlopiù dipendenti dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici, entrambi i dati – numero presenze e gradimento – sembrano indicare un “bisogno formativo” sulle tematiche in oggetto oltre a fornire una preziosa riprova della capacità di coinvolgimento del metodo di lavoro scelto e utilizzato.

LO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DEI CORSI

The image displays three pages of a course evaluation form for 'PROGETTO SALUT-ARE'. The form is titled 'PROGETTO DI FORMAZIONE IN FORMAZIONE' and is part of the 'FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013'. It is designed for the 'PROGETTO SALUT-ARE' course, which focuses on training for health workers in the field of international protection. The form is divided into several sections, including 'DATI CORSO', 'INDICAZIONI CORSO', and 'VALUTAZIONE CORSO'. The evaluation section includes questions about the course's relevance, the quality of the training, and the satisfaction of the participants. The form also includes a table for 'Indicazioni del corso' and a section for 'Opinioni e suggerimenti'. The form is presented in three separate pages, showing different parts of the evaluation process.

FORMAZIONE: CONTENUTI TRASVERSALI

I PERCORSI FORMATIVI HANNO PREVISTO:

- un quadro delle ricerche e sperimentazioni più significative del lavoro etnopsichiatrico,
- per radicare/consolidare nuove competenze nell'approccio all'utenza specifica;
- elementi di antropologia culturale e sociologia delle migrazioni utili nel lavoro clinico;
- un'analisi, a partire da esperienze concrete, sui processi rilevanti nel ri-pensare l'organizzazione dei servizi
- sociosanitari in base alle risorse disponibili o attivabili;
- un approfondimento sulla certificazione medica delle violenze subite e dell'individuazione degli esiti fisici
- e psichici della tortura;
- un approfondimento sul ruolo, i livelli di competenza e professionalità del mediatore linguistico culturale;
- elementi di diritto dell'immigrazione e dell'asilo;
- un quadro ragionato degli orientamenti di psicologia clinica e delle riflessioni sviluppate in Italia e a livello internazionale nel lavoro antropologico-culturale con i rifugiati e le loro comunità;
- un'analisi sui punti di forza e sulle criticità del sistema socio-sanitario del territorio.

LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI

Come già esplicitato in premessa, la progettazione dei corsi formativi è stata preceduta da una fase di rilevazione dei bisogni formativi che per scelta metodologica è stata impostata come una ricerca-azione sui territori sede di progetto con l'obiettivo di dotare le reti territoriali di strumenti di indagine, analisi e riflessione approfondita sulla propria strutturazione e sull'efficacia dei propri interventi. E qualificare quindi il momento formativo come "tappa" di una processualità più ampia e condivisa, processualità di individuazione di specifici problemi e delle misure atte a risolverli. È stato quindi predisposto uno strumento articolato da intendersi come declinazione operativa dei principi metodologici esposti in premessa. Tale strumento affidato ai coordinatori regionali predisponendo la seguente scansione di indagine:

- 1) analisi organizzativa delle reti territoriali: finalizzata a individuare e rappresentare i nodi delle reti attive nei percorsi di tutela socio-sanitaria dei Richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale e ad avere precisa cognizione anche di eventuali "nodi mancanti" o competenze istituzionali tecnico-professionali mancanti;
- 2) analisi delle relazioni di rete: finalizzata ad individuare le modalità e le prassi attive nel funzionamento delle reti territoriali e a far emergere eventuali bisogni organizzativi;
- 3) individuazione degli operatori e delle figure apicali da coinvolgere nel progetto: finalizzata a realizzare un coinvolgimento continuativo e su differenti livelli delle diverse professionalità che avrebbero potuto prendere parte alla costituzione dell'equipe multidisciplinare obiettivo di progetto;
- 4) intervista (vd sotto "strumento di intervista") ed elaborazione dei dati, finalizzata ad esplorare i contenuti da affrontare in sede di corso di formazione.

La rilevazione dei bisogni formativi e la conseguente progettazione formativa e didattica è stata quindi esito di un percorso di ricerca, analisi e confronto, capace di portare in emersione i processi attivi in sede locali e valorizzarli ed integrarli con una specifica strategia progettuale.

ANALISI ORGANIZZATIVA RETI TERRITORIALI

I territori sono stati individuati sulla base delle pregresse esperienze in termini di presa in carico di richiedenti e titolari di protezione e sui quali fossero presenti qualificate realtà con progetti di accoglienza territoriale ed una presenza certa di richiedenti asilo e rifugiati.

I differenti sistemi socio-sanitari regionali, oltreché altre variabili territoriali (condizioni socio-economiche, rapporti interistituzionali, presenza di Grandi Centri (Cara, Cie) determinano specifiche reti territoriali e rendono ardua la comparazione tra i differenti "sistemi".

Tuttavia alcune variabili "trasversali" (tipologia rapporti con i servizi sanitari, monodirezionalità dei rapporti tra nodi della rete, formalizzazione dei rapporti etc) offrono indici della strutturazione organizzativa delle diverse reti e ne permettono una analisi finalizzata ad individuare possibili ipotesi di implementazione.

IL CAMPIONE

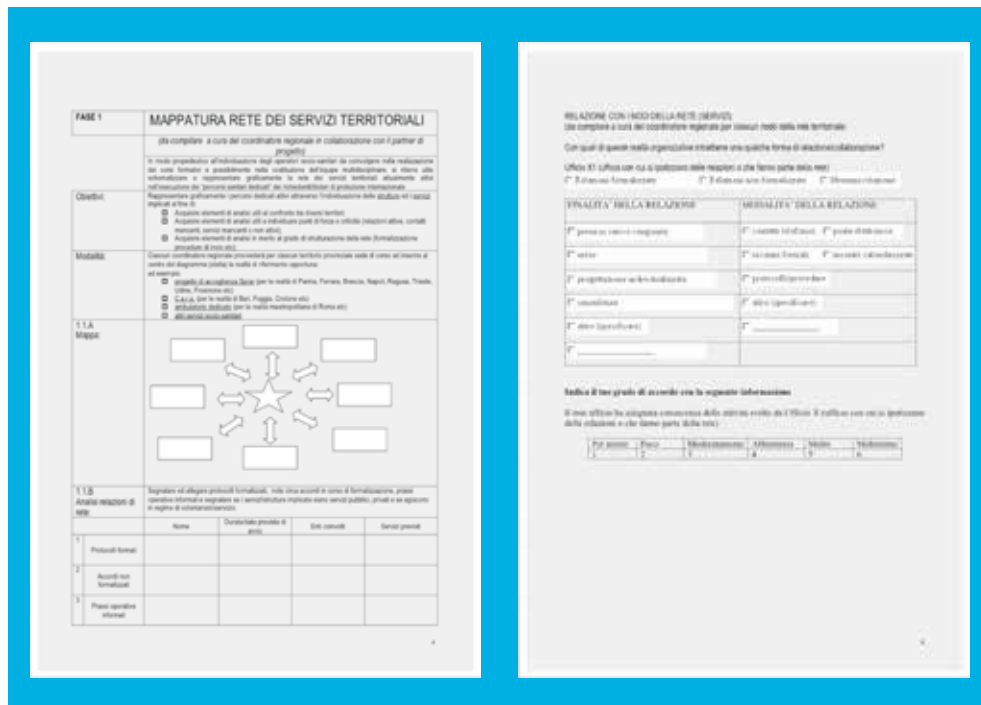
Si sono analizzati i seguenti 23 territori: Torino, Milano, Brescia, Trieste, Parma, Ferrara, Bologna, Roma, Cassino, Frosinone, Bari, Foggia, Napoli, Caserta, Cosenza, Crotona, Ragusa, Palermo, Grosseto, Firenze, Cremona, Senigallia, Ancona.

LO STRUMENTO

Lo strumento si compone di 3 parti dedicate a questa fase della ricerca:

1. Mappatura della rete dei servizi territoriali attraverso diagramma grafico;
2. Analisi relazione di rete attraverso la raccolta dei protocolli formali, accordi non formalizzati e prassi in fase di formalizzazione;
3. Analisi organizzativa, con la rilevazione delle finalità delle relazioni e le modalità di relazione.

L'analisi è stata condotta dai Coordinatori Regionali del progetto Salut-are unitamente a personale dei partner e aderenti: Spadaro M. e Fiore O. - Piemonte; Zanotti A., Marelli M., Viola R. - Lombardia, Sanchez I. - Friuli VG, Hagi A. - Toscana, Ragazzi G., Lelli M.B., Rossi M., Armento M., Calacoci M., Camisotti F., Tsucalas F. - Emilia Romagna, Corea E., Gordano A. - Calabria, Donfrancesco D. - Lazio; Rocca G. Roma; Rizzi E. - Puglia, Cavaliere G. - Sicilia, Visconti M. - Campania. L'analisi è stata effet-



tuata su base provinciale

COMPOSIZIONE RETI TERRITORIALI: esito della rilevazione

Le reti territoriali presentano una enorme variabilità anche rispetto i livelli di interoperatività e integrazione di funzioni tra i diversi enti implicati. Non appare emergere un modello di riferimento riconoscibile, ma una strutturazione fortemente caratterizzata da variabili locali, storicamente sedimentatesi. Tra queste, ad esempio, la disponibilità individuale di singoli professionisti\operatori o la presenza di collaborazioni pre-esistenti su altre aree di lavoro.

Spesso le reti si costituiscono sulla base di finalità specifiche nell'ambito di progetti e si consolidano attraverso la continuità di relazione tra operatori.

Il turn over professionale costituisce un a serie minaccia alla continuità della rete stessa. Il numero medio dei nodi territoriali reciprocamente implicato nelle reti locali atte alla presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati vulnerabili è 6, e una composizione "media" di tale rete può essere desunta dalla sottostante tabella. Emerge, come dato particolarmente interessante la scarsa presenza nelle reti territoriali dei servizi sociali pubblici.

N° MEDIO NODI RETI TERRITORIALI INTERCONNESSI	6
Enti locali	0,95 (22\23)
agenzie terzosectore, volontariato e associazionismo	2,69 (62 ag\23 territori)
Servizi sanitari pubblici implicati (asl e\o ospedali)	0,82 (19 ag\23 territori)
Servizi sociali implicati (servizi sociali comunali o asp)	0,30 (7 ag.\23 territori)

questure 1,00

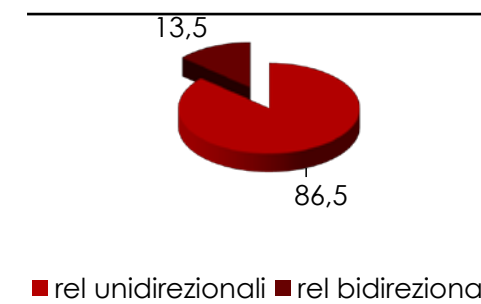
rispetto invece le modalità con le quali i nodi si attivano reciprocamente appare maggioritario il dato dell'attivazione informale e sulla base di specifiche esigenze rispetto la programmazione di incontri:

ATTIVAZIONE NODI	%
Comunicazioni telefoniche\mail	51%
Contatti personali tra operatori	45%
Incontri programmati	4%

nelle reti territoriali analizzati prevalgono relazioni di tipo monodirezionale (solo invio), a fronte comunque di una consistente presenza di protocolli operativi interistituzionali

ANALISI RELAZIONI DI RETE

	VAL. %
%relazioni unidirezionali (solo invio)	86,5%
%rapporti bidirezionali (invio reciproco e\o presa in carico congiunta)	13,5%
Territori con relazioni formalizzate attraverso protocolli con agenzie sanitarie	6\23 (26%)
Territori con prassi operative non formalizzate con agenzie sanitarie pubbliche o private	18\23 (78%)



INDIVIDUAZIONE DEGLI OPERATORI E DELLE FIGURE APICALI: CRITERI E MODALITA' CAMPIONATURA

Conclusa la prima fase della ricognizione, il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.

INDIVIDUAZIONE: CRITERI E MODALITA'

FASE 2A	INDIVIDUAZIONE OPERATORI SOCIO-SANITARI
DESCRIZIONE	<p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p> <p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p>
DEFINIZIONI	<p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p> <p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p>

Schema FASE 2A - INDIVIDUAZIONE OPERATORI SOCIO-SANITARI					
PERCORSO DI ACCESSO AI SERVIZI					
Numero	Qualifica/Professione	Ente o Servizio di appartenenza	Altre info	Requisiti	Data aggiornamento
PER1					
PER2					
PER3					
PER4					
PER5					

FIGURE APICALI E PROCESSI ORGANIZZATIVI

FASE 2B	INDIVIDUAZIONE FIGURE APICALI
DESCRIZIONE	<p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p> <p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p>
DEFINIZIONI	<p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p> <p>Il campione è stato individuato sulla base delle mappature territoriali individuate nello studio delle realtà locali.</p>

Schema FASE 2B - INDIVIDUAZIONE FIGURE APICALI					
PERCORSO DI ACCESSO AI SERVIZI					
Numero	Qualifica/Professione	Ente o Servizio di appartenenza	Altre info	Requisiti	Data aggiornamento
PER1					
PER2					
PER3					
PER4					
PER5					

Dall'insieme complessivo delle figure individuate per la somministrazione dell'intervista, 256 contatti si sono effettivamente tradotti in interviste, così suddivise regione

REGIONE	FIGURE APICALI	OPERATORI	TOTALE
PIEMONTE	4	12	16
LOMBARDIA	8	8	16
FRIULI V.G.	3	9	12
EMILIA ROMAGNA	23	56	79
TOSCANA	7	14	21
LAZIO	10	23	33
CAMPANIA	3	9	12
PUGLIA	7	24	31
CALABRIA	4	11	15
SICILIA	5	8	13
MARCHE	4	4	8
TOTALE	78	178	256
%	30,5%	69,5%	100%

e per suddivisione tra operatori e figure apicali

	N° INTERVISTE	%
Figure apicali	78	30%
Operatori	178	70%

ARTICOLAZIONE DEI PERCORSI: ACCESSO, EMERSIONE\DIAGNOSI, PRESA IN CARICO\RIABILITAZIONE

Gli operatori socio-sanitari dei servizi territoriali e le figure apicali da intervistare in una prima fase e da coinvolgere nella realizzazione dei percorsi formativi nelle fasi successive, sono state individuate sulla base del ruolo professionale e della funzione svolta all'interno di un percorsi di tutela socio-sanitaria, concettualizzato come caratterizzato da 3 segmenti integrati ma logicamente distinti in funzione della successione temporale e delle rispettive, specifiche caratteristiche: Accesso, Emersione- Diagnosi, Presa in carico-riabilitazione. Di seguito le definizioni operative adottate e le figure professionali di ciascun segmento.

PERCORSI DI ACCESSO: comprendono i percorsi di accesso alla rete dei servizi sanitari e sociali territoriali da parte di richiedenti e titolari protezione internazionale. Con questa dizione ci si riferisce al come, dove (strutture, servizi) e alle modalità (requisiti, presenza\assenza mediazione, accompagnamento etc) con cui avviene il contatto con i servizi e attraverso il quale si avviano (o meno) i percorsi socio-sanitari individuali.

OPERATORI PERCORSI DI ACCESSO (medico di base, operatore CUP, personale infermieristico di accoglienza servizi di accesso diretto, assistenti sociali, operatore sportello di accoglienza, ostetrica, operatore di pronto soccorso, mediatore linguistico dei servizi sanitari, l'operatore legale, l'avvocato e il tutore - nel caso di MSNA, etc)

PERCORSI DI EMERSIONE E DIAGNOSI: comprendono i percorsi di emersione e diagnosi della vulnerabilità esplicita o latente, con questa dizione ci si riferisce al chi (operatori implicati, professionalità, formazione specifica), al dove (strutture, servizi, settings) ed alle modalità (presenza\assenza mediazione, accompagnamento, rilascio certificazione\referti etc) con cui avviene il percorso di individuazione della vulnerabilità;

OPERATORI PERCORSI DI EMERSIONE\DIAGNOSI (medico legale, psichiatra, medico di medicina generale, ginecologo, radiologo, fisiatra, infettivologo\operatore legale, l'avvocato e il tutore - nel caso di MSNA, etc)

PERCORSI DI PRESA IN CARICO\RIABILITAZIONE: comprendono i percorsi di cura, terapeutici, riabilitativi e di "inserimento" sociale che conseguono alla emersione della vulnerabilità. Con questa dizione ci si riferisce al chi (operatori implicati, professionalità, formazione specifica), al dove (strutture, servizi, settings) ed alle modalità (presenza\assenza mediazione, accompagnamento, rilascio certificazione\referti etc) che prendono parte al percorso di salute psico-sociale.

OPERATORI PERCORSI DI PRESA IN CARICO\RIABILITAZIONE (psichiatra, assistente sociale, operatore di integrazione, fisioterapista, psicologo, psicoterapeuta)

Rispetto la ripartizione delle interviste realizzate per "percorso", questa è la suddivisione risultante:

REGIONE	FIGURE APICALI	OPERATORI	TOTALE
PIEMONTE	4	12	16
LOMBARDIA	8	8	16
FRIULI V.G.	3	9	12
EMILIA ROMAGNA	23	56	79
TOSCANA	7	14	21
LAZIO	10	23	33
CAMPANIA	3	9	12
PUGLIA	7	24	31
CALABRIA	4	11	15
SICILIA	5	8	13
MARCHE	4	4	8
TOTALE	78	178	256
%	30,5%	69,5%	100%

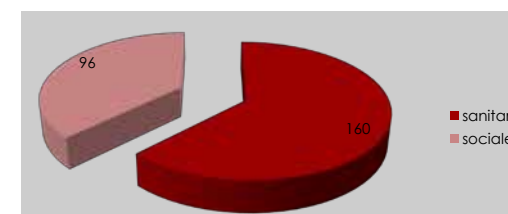
Occorre infine segnalare che nella selezione degli intervistati si è tenuto conto delle seguenti variabili, operando in termini di bilanciamento:

- **ESPERIENZA:** Presenza di operatori "esperti" in materia di Asilo, così come di professionalità chiave operanti nei servizi senza alcuna esperienza in merito;
- **TIPOLOGIA DI SERVIZIO:** Presenza di operatori attivi in servizi generalisti, servizi rivolti alla popolazione straniera e servizi solo per titolari di protezione;
- **PROFESSIONALITA':** presenza di differenti professionalità sanitarie e sociali;
- **RUOLO:** Presenza di operatori attivi nell'erogazione dei servizi e quindi a contatto con l'utenza così come di figure che per ruolo apicale o organizzativo assumono ruolo in processi decisionali relativi ai servizi alla persona;
- **ENTE DI APPARTENZA:** Presenza di operatori di quanti più possibili nodi delle reti mappate compatibilmente con le loro disponibilità;
- **AREA:** presenza di operatori di area sanitaria, sociale e giuridica

Dall'incrocio di queste variabili si possono ottenere interessanti dati rispetto significative variazioni lungo questi assi nell'individuazione delle criticità\soluzioni.

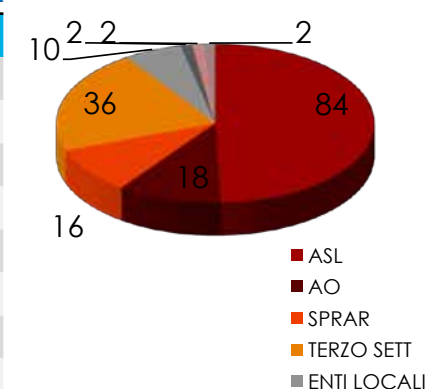
SUDDIVISIONE PER AREA

AREA	N° INTERVISTE	%
Socio-giuridica	96	36%
Sanitaria	160	64%



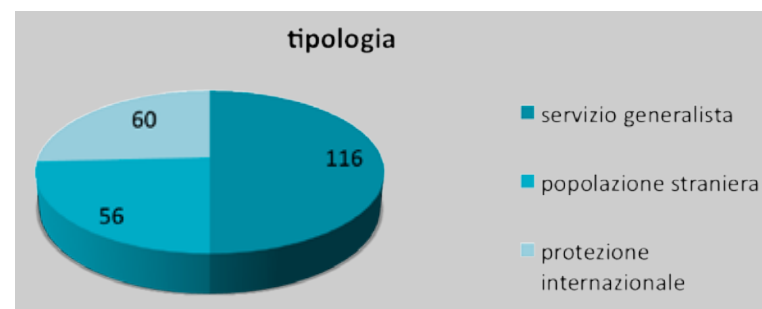
SUDDIVISIONE PER ENTE DI APPARTENZA

AREA	N° INTERVISTE	%
Asl	116	50%
Ao	23	11%
Sprar	21	9%
Terzo settore	46	20%
Enti locali	10	6%
Cara	2	1%
Centri polifunzionali	2	1%
Cie	6	3%



SUDDIVISIONE PER TIPOLOGIA DI SERVIZIO

AREA	N° INTERVISTE	%
generalista	124	50%
dedicato popolazione straniera	64	24%
Dedicato protezione internazionale	68	26%



PROFESSIONI

Psichiatra	30
Assistente sociale	19
Educatori\operatori sociali	17
Psicologo\psicoterapeuta	21
Mmg	18
Personale infermieristico	10
Mediatori lc	15
Ostetrica	6
Infettivologo	7
Pneumologo	4
Fisiatra	3
Medico legale	4
Ginecologo	5
Altre specialistiche	29
Dirigenti sanitari	68

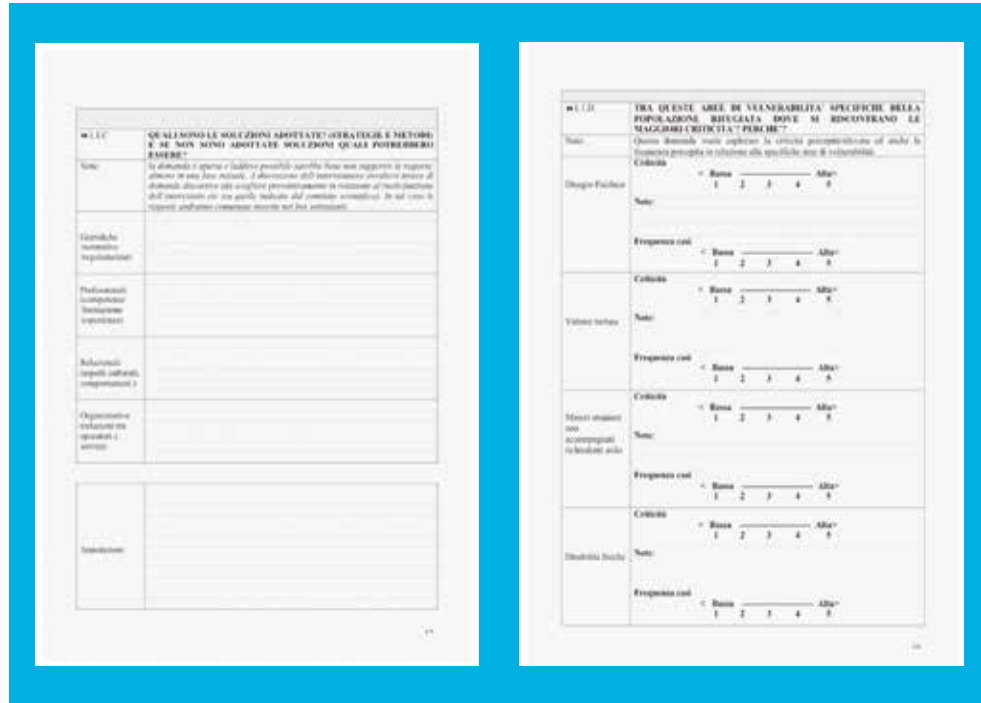
Tendenzialmente il progetto ha ricercato in ogni modo (logistica corsi, organizzazione, orari etc) di garantire la partecipazione al corso degli intervistati.

L'INTERVISTA INDIVIDUALE: LO STRUMENTO

Lo strumento utilizzato per la rilevazione si compone di due parti:

1. Intervista qualitativa semi-strutturata finalizzata a Rilevare bisogni formativi sia in modo diretto, sia in modo indiretto attraverso rilevazione criticità percepite\rilevate sui diversi livelli: GIURIDICO \ PROFESSIONALE \ RELAZIONALE \ ORGANIZZATIVO; Acquisire elementi di analisi funzionali a definire una strategia territoriale di implementazione delle équipe socio-sanitarie multidisciplinari; Acquisire elementi di analisi per definire la strategia territoriale in relazione al duplice livello bisogni formativi e necessità organizzative.
2. Intervista quantitativa finalizzato a realizzare una ricognizione della CRITICITA' e della FREQUENZA PERCEPITA dagli operatori socio-sanitari dei servizi territoriali rispetto la presenza di alcune "categorie" di vulnerabilità (come definite dal D.Lgs 140/05) attraverso una valutazione da effettuare su scale likert a 5 punti.

INTERVISTA 1



è stata inoltre elaborata una specifica griglia di intervista per le figure professionali impegnate in modo dedicato nei percorsi di tutela dei minori stranieri non accompagnati. Questa griglia è stata predisposta dalla coordinatrice tematica dell'area minori, in raccordo con Coordinamento di progetto e Comitato scientifico.

Progetto Co-finanziato da:

FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013
PROGETTO SALUT-ARE: formare, confrontare, cambiare per migliorare
i servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale
 Progetto co-finanziato dall'Unione Europea - Programma annuale 2010 - Azione 1.2.3 - N. 199003.012
 CUP D99E1004020007

RILEVAZIONE BISOGNI FORMATIVI E ANALISI SERVIZI TERRITORIO
 Sezione MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

Contesto.
 Da diversi anni l'Italia si trova ad affrontare l'arrivo sempre maggiore di minori stranieri non accompagnati. Con tale locuzione si fa riferimento al minore non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione europea, che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano. Fra questi minori i **minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale** raccolgono un triplice grado di vulnerabilità. Infatti, oltre ad essere **minori stranieri non accompagnati**, sono anche soggetti che **fuggono dal proprio Paese** di origine sia a causa di **persecuzioni individuali** per motivi politici, religiosi, etnici o sociali, che per il pericolo di subire gravi danni derivanti da **condanne a morte, torture o maltrattamenti ovvero per sottrarsi a conflitti interni o internazionali**. Questo ultimo aspetto fa dei minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale una categoria di persone che necessitano di particolari forme di tutela non solo perché sono minori "soli", ma anche perché possono essere stati vittime di forme di grave violenza e abuso nel loro Paese di origine. Secondo quanto risulta dalle Linee Guida dell'Alto Commissario Onu per i rifugiati del 2009 "Guidelines On International Protection: Child Asylum Claims under Articles 1(A)(2) and 1(F) of the 1951 Convention and/or 1967 Protocol relating to the Status of Refugees", i minori possono essere sottoposti alle stesse forme di persecuzione e di maltrattamenti degli adulti. Possono essere, inoltre, destinatari di forme di persecuzione specifica. In alcuni casi, poi, maltrattamenti o violenze che possono non essere considerate una forma di persecuzione per gli adulti, lo possono diventare se realizzate nei confronti bambini. I dati Eurostat pubblicati nel marzo 2011 hanno rivelato che nel 2010 1 domanda di asilo su 5 era presentata da minori di 13 anni, in particolare in Italia su un totale di 10.050 domande di asilo il 15,9% sono state inoltrate da minori al di sotto di anni 13, e 5,0% da minori in età compresa 14-17. In Italia l'accoglienza e la presa in carico di questa categoria di minore altamente vulnerabile deve rispondere al principio del **superiore interesse del minore**, principio questo sancito dalla **Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza** del 1989 e ratificata dall'Italia con Legge n. 176 del 27 maggio 1991. Il progetto SALUT-ARE persegue l'obiettivo di accrescere le capacità di riconoscimento e di presa in carico dei richiedenti e titolari di protezione internazionale con specifiche vulnerabilità, del personale dei servizi socio-sanitari, sanitari e di accoglienza, attraverso la formazione di equipie territoriali multiprofessionali in grado di occuparsi in modo specifico in grado delle problematiche connesse al percorso dei soggetti. Nel contesto progettuale soprarichiamato un'attenzione particolare va accordata ai minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale quale soggetto vulnerabile anche a causa dei gravi eventi traumatici subiti.

Obiettivi della rilevazione.
 Il presente questionario, ha come obiettivo l'individuazione del **fabbisogno formativo** di quanti, enti, istituzioni ed operatori si trovano a contatto con minori stranieri non accompagnati potenzialmente richiedenti protezione internazionale, attraverso la rilevazione delle prassi sviluppatesi sul territorio.
 Il questionario dovrebbe, pertanto, essere compilato facendo riferimento alla **prassi** presente nell'area o nel territorio nella quale si opera.
 Il questionario dovrà essere compilato facendo comunque riferimento allo strumento di Rilevazione Bisogni Formativi e Analisi Servizi sul Territorio, procedendo alla somministrazione delle domande relative ai minori stranieri non accompagnati.
 Qualora non sia possibile rispondere ad una delle domande del presente questionario, sarà sufficiente indicarlo nella scheda, specificandone i motivi.

SOMMINISTRAZIONE INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA
 (da somministrare a cura del coordinatore regionale)

Obiettivi:

- Rilevare bisogni formativi relativi ai minori stranieri non accompagnati
- Acquisire elementi di analisi funzionali a definire una strategia territoriale di implementazione delle equipie socio-sanitarie multidisciplinari;
- Acquisire elementi di analisi per definire la strategia territoriale in relazione al duplice livello: bisogni formativi e necessità organizzative.

Modalità: Il coordinatore regionale del progetto SALUT-ARE somministra l'intervista seguente integrandola allo strumento di rilevazione dei bisogni formativi.

Allegato 1 - scheda contatto

Progetto Co-finanziato da:

FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013
PROGETTO SALUT-ARE: formare, confrontare, cambiare per migliorare
i servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale
 Progetto co-finanziato dall'Unione Europea - Programma annuale 2010 - Azione 1.2.3 - N. 199003.012
 CUP D99E1004020007

SCHEDA CONTATTO

NOME COGNOME _____
FUNZIONE _____
DENOMINAZIONE E DESCRIZIONE SERVIZIO _____
ATTIVITÀ _____
DESTINATARI _____
 PERCORSI DI ACCESSO PERCORSI EMERSONED/AGNOESI PERCORSI PRESA IN CARICO

INDIRIZZO (sempre completo) _____
CITTA' _____ **CAP** _____ **PROV** _____
TEL. _____ **FAX** _____
E-MAIL _____ **WEB** _____

NOTE: _____

DATA E LUOGO _____ **INTERVISTA EFFETTUATA DA:** _____
 (Nome cognome, ruolo)

Progetto Co-finanziato da:

FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013
PROGETTO SALUT-ARE: formare, confrontare, cambiare per migliorare
i servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale
 Progetto co-finanziato dall'Unione Europea - Programma annuale 2010 - Azione 1.2.3 - N. 199003.012
 CUP D99E1004020007

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI - SEZ. MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

1.1.1. DATI STATISTICI
 Quanti minori stranieri non accompagnati ha avuto modo di incontrare nel suo lavoro?
 Quanti di loro erano richiedenti protezione internazionale?

Minori stranieri non accompagnati	2010		2011		Commenti
	N	%	N	%	
Nazionalità					
Sexo					
Paese di origine					

Richiedenti asilo	2010		2011		Commenti
	N	%	N	%	
Nazionalità					
Sexo					
Paese di origine					

Annotazioni: _____

►► 1.2	Crede che la sua formazione le abbia fornito strumenti teorici e pratici adeguati per riconoscere questa categoria di minori migranti?
►► 1.3	Quali argomenti riteni siano utili per poter individuare i minori richiedenti protezione internazionale che si rivolgono al tuo servizio?

Annotazioni	

Progetto Co-finanziato da

FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013
PROGETTO SALUT-ARE: formare, confrontare, cambiare per migliorare
 I servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale
 Progetto co-finanziato dall'Unione Europea - Programma annuale 2010 - Azione 1.2.5 - N. 14905 5132
 CUP: I96C10000000007

RILEVAZIONE BISOGNI FORMATIVI E ANALISI SERVIZI TERRITORIO
 Sezione MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

Annotazioni	

►► 3	INTERVENTI SU MINORI RICHIEDENTI/TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE
3.1:	Si è mai trovato ad operare con minori stranieri non accompagnati vittime di tortura o trattamento inumano e degradante?
3.2:	Si è mai trovato ad operare con minori stranieri non accompagnati con disagio psichico?
3.3:	Si è mai trovato ad operare con minori stranieri non accompagnati con disagio sociale?
3.4:	Che tipi di interventi sono attivati per questa specifica categoria di minori?
3.5:	Quali sono i servizi coinvolti?
3.6:	Quali sono gli interventi attivati in caso di emergenza sanitaria?
3.7:	In caso di intervento, chi rilascia il consenso/autorizzazione per i minori stranieri non accompagnati?
3.8:	Quali soggetti esterni all'area sanitaria sono coinvolti nel percorso di recupero del minore (tutore, assistente sociale, educatore, ecc.)?
3.9:	Quali difficoltà vengono rilevate con questo particolare tipo di utenza?
3.10:	Quali sono le prassi a cui il tuo servizio ricorre per trattare un minore che presenti una sintomatologia legata allo sviluppo emotivo e/o cognitivo?
3.11:	Quali sono le prassi a cui il tuo servizio ricorre per trattare un minore che presenti la

	sintomatologia di un disturbo post traumatico da stress o di un disturbo d'ansia o problemi connessi a maltrattamento o ad abbandono, ecc.?
3.12:	Ha mai partecipato ad eventi formativi sulla metodologia etnopsichiatrica?
3.13:	Quali tipi di formazione/aggiornamento o altro tipo di aiuto vorresti ricevere nei prossimi mesi per migliorare il tuo lavoro quotidiano con i minori stranieri non accompagnati richiedenti o titolari di protezione che si rivolgono al tuo servizio?
3.14:	Quali argomenti riteni siano utili per migliorare il tuo lavoro quotidiano con minori richiedenti o titolari di protezione internazionale che si rivolgono al tuo servizio?

Annotazioni	

I LIVELLI: LE DEFINIZIONI OPERATIVE

La ricognizione ha voluto esplorare le criticità e le risorse lungo quattro livelli, così definiti:

criticità livello GIURIDICO\NORMATIVO\REGOLAMENTARE: affermazioni circa criticità rilevate\percepites\osservate relativamente al corretto (tempi e modi) e pieno espletamento di procedure amministrative di titolari di protezione e\o richiedenti asilo per il riconoscimento dello status giuridico ed in relazione ad esso per l'ottenimento presso uffici di Pubblica Amministrazione dei pre-requisiti documentali necessari ad una piena esigibilità dei diritti sociali, quindi di un pieno e garantito accesso ai servizi socio-sanitari.

Criticità PROFESSIONALE: affermazioni circa criticità esperite\percepites\osservate relativamente alla propria formazione professionale (curriculare ed extracurricolare), al bagaglio dei propri strumenti tecnico-scientifici, tecnici e tecnico-operativi e\o alla propria esperienza professionale emerse nel l'esercizio della propria professionalità su problematiche tipiche della popolazione rifugiata

Criticità livello RELAZIONALE: affermazioni circa criticità esperite\percepites\rilevate relativamente ad aspetti relazionali, interpersonali, comunicativi ed interculturali nel contatto, nello stabilirsi e nell'evolversi della relazione con pazienti\utenti richiedenti asilo-titolari di protezione internazionale nei settings professionali.

Criticità livello ORGANIZZATIVO: affermazioni circa criticità esperite\percepites\rilevate relativamente ad aspetti organizzativi, strutturali o funzionali dei servizi, al rapporto tra operatori dello stesso servizio implicato, alle relazioni tra servizi e tra reti interorganizzative o interistituzionali formalizzate e non, alla mancata attivazione di competenze istituzionali e ad ogni aspetto inerente a modalità di funzionamento generale di un servizio.

ELABORAZIONE DATI INTERVISTA

2) LA CODIFICA

Alla rappresentazione dei contenuti elaborati delle interviste va premessa la particolare metodologia di codifica dei contenuti espressi e registrati dai diversi intervistatori al fine proprio di una corretta lettura dei dati presentati.

Le operazioni di codifica si sono svolte su una matrice predisposta dal coordinamento di progetto, in cui riportare - intervistato per intervistato - le affermazioni degli intervistati verbatim in caselle corrispondenti ai diversi livelli esplorati (giuridico - professionale -relazionale - organizzativo). Solo successivamente sono state individuate categorie sovra-ordinate per riunire affermazioni testuali solo parzialmente differenti (ad es. "rilascio residenza" e "rilascio carta di identità") o afferenti lo stesso "caso". Tale operazione è stata condotta laddove vi fosse accordo tra due codificatori e fosse coerente con il senso complessivo della frase originaria.

Ottenute queste macro- categorie si è potuto lavorare sulla matrice per produrre gli incroci di variabili ritenuti utili da sottoporre ai gruppi dei corsisti individuando ad esempio le variazioni nella rilevazione di criticità (facilmente visualizzabili con elaborazioni grafiche o numeriche) di ordine organizzativo tra operatori e apicali, operatori di di corso la rilevazione effettuata su quel territorio con quella di altri territori o con la media nazionale. Nei seguenti schemi tutti i passaggi della codifica. In tutti i corsi sono stati proposti questi materiali come strumento di lavoro utile a problematizzare alcuni temi chiave.

la matrice:

- scheda riassuntiva

dati generali		COSENZA			F7	
interviste realizzate						
	accesso	emersione	presa in carico	totale	%	
operatori	7	2	2	11	73%	
apicali	1	2	1	4	27%	
totale	8	4	3	15		
enti appartenenza						
	accesso	emersione	presa in carico	totale	%	
sprar	2	0	2	4	25%	
asl	2	2	2	6	38%	
ao	0	1	0	1	6%	
care	0	0	0	0	0%	
ENA	0	0	0	0	0%	
terzo settore	4	1	0	5	31%	
totale	8	4	4	16	100% (DOPPIO)	
area						
	accesso	emersione	presa in carico	totale	%	
sanitaria	3	3	2	8	53%	
sociale	5	1	1	7	47%	
totale	8	4	3	15		
tipologia servizio						
	accesso	emersione	presa in carico	totale	%	
generalista	1	3	1	5	33%	
pop. straniera	4	1	0	5	33%	
prot. Internaz.	3	0	2	5	33%	
MINORI	0	0	1	1	#DIV/0!	
totale	8	4	4	16		
professioni						
	accesso	emersione	presa in carico	totale	%	
operatore legale	3	0	0	3	19%	
ginecologo	0	1	1	2	13%	
mmg	2	0	0	2	13%	
psicologa	0	0	1	1	6%	
coordinatrice servi	1	0	0	1	6%	
educatore	0	0	1	1	6%	
direttore dipartim	0	1	0	1	6%	
osa	1	0	0	1	6%	
mediatore culturale	1	0	0	1	6%	
avvocato	0	1	0	1	6%	
infettivologo - prim	0	1	0	1	6%	

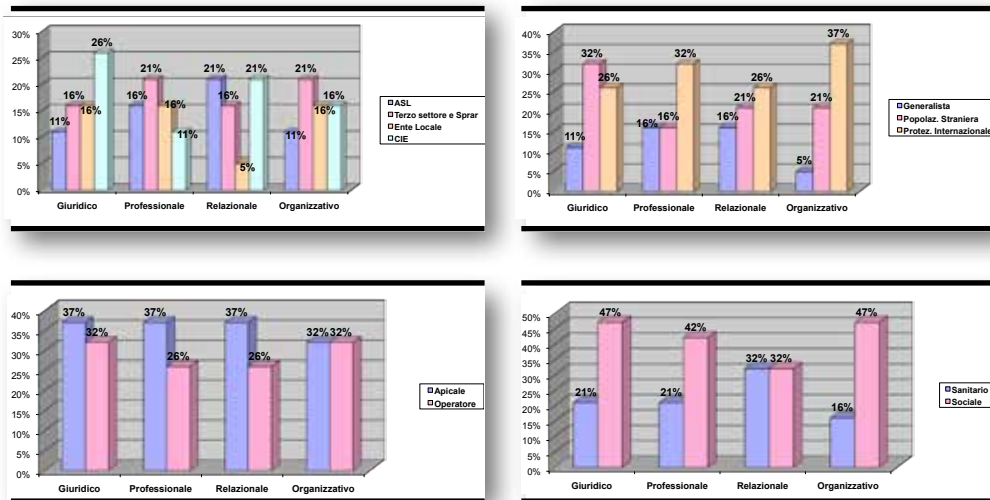
- suddivisione per percorso, numero e percentuale di items espressi

	ACCESSO	%	EMERSIONE	%	PRESA IN CA	%	TOT	%	N. ITEMS
1	1 GIURIDICO								
5	si	7	3	3	13	87%	21		
6	no	1	1	0	2	13%			27%
7					15				
9	2 PROFESSIONALE								
12	si	5	3	3	11	73%	16		
13	no	3	1	0	4	27%			21%
14					15				
16	3 RELAZIONALE								
19	si	7	3	2	12	80%	19		
20	no	1	1	1	3	20%	30		
21					15				24%
24	4 ORGANIZZATIVO								
27	si	8	3	3	14	93%	22		
28	no	0	1	0	1	7%			28%
29					15				

- tabelle e grafici frequenza items espressi sui diversi livelli esplorati

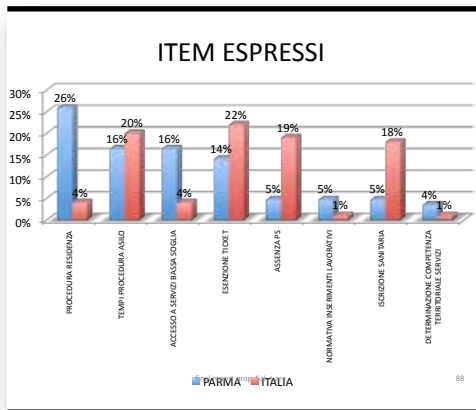
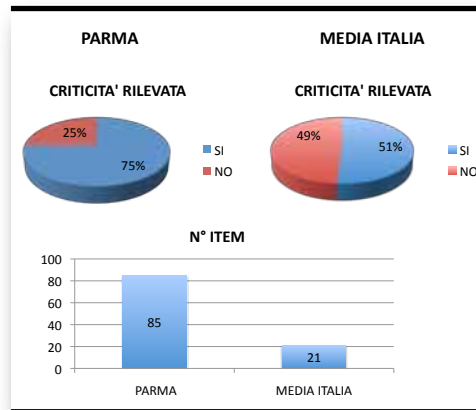
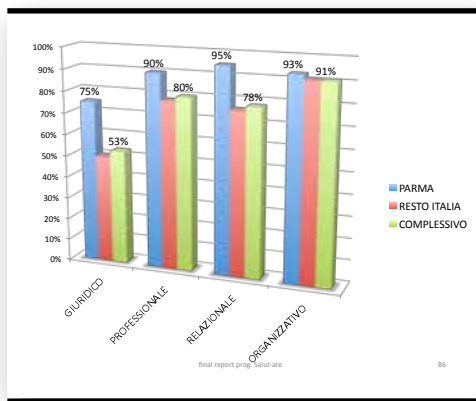
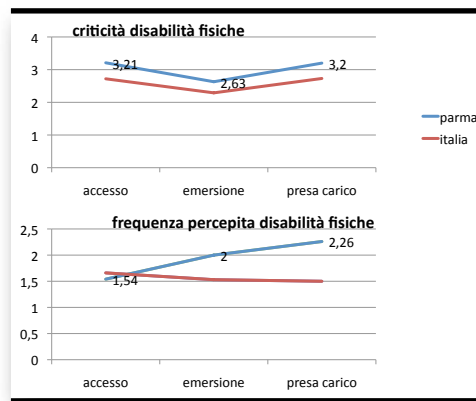
SECTORE	ITEM	VAL.	ACCESIO	EMERSIONE	PRESA IN CA.	%
GIURIDICO	tempo procedura salute	1	1	1	1	14%
	risposta informazione	1	1	1	1	14%
	informazione per non tutelato non assistito	1	1	1	1	14%
	tempo via struttura sanitaria	1	1	1	1	14%
	assistenza legge organica	1	1	1	1	14%
	risposta in	1	1	1	1	14%
	tempo informazione giuridico-legale di richiesta salute	1	1	1	1	14%
	tempo attesa non corrisposta da operatori SA	1	1	1	1	14%
	aspetti economici formati su salute	1	1	1	1	14%
	formazione integrativa	1	1	1	1	14%
PROFESSIONALE	assistenza servizi formazione base operatori	1	1	1	1	44%
	assistenza acquisizione specializzazione in materia	1	1	1	1	13%
	assistenza prestazioni	1	1	1	1	9%
	formazione servizi attività operatori	1	1	1	1	9%
	compatibilità formazioni/parcchi di lavoro	1	1	1	1	9%
	formazione medicina integrativa	1	1	1	1	9%
	aspetti culturali	1	1	1	1	9%
	formazione specialistica	1	1	1	1	9%
	formazione in abilitazione	1	1	1	1	9%
	RELAZIONALE	servizi integrative	1	1	1	1
aspetti culturali		1	1	1	1	17%
problematiche di genere		1	1	1	1	17%
"mercato" (risorse) dell'altro		1	1	1	1	17%
servizi integrative (servizi integrative specialistici)		1	1	1	1	17%
attività educative, attività di prevenzione		1	1	1	1	17%
attività di prevenzione		1	1	1	1	17%
attività di prevenzione		1	1	1	1	17%
attività di prevenzione		1	1	1	1	17%
attività di prevenzione		1	1	1	1	17%
ORGANIZZATIVO	tempo lavoro di base (servizi assistenza informazioni e gestione) (servizi di base)	1	1	1	1	25%
	modalità di non accettazione nei servizi (servizi non accettazione)	1	1	1	1	17%
	attività tra "prodotti sanitari" (servizi) (servizi) (servizi)	1	1	1	1	17%
	attività di prevenzione	1	1	1	1	17%
	attività di prevenzione	1	1	1	1	17%
	attività di prevenzione	1	1	1	1	17%
	attività di prevenzione	1	1	1	1	17%
	attività di prevenzione	1	1	1	1	17%
	attività di prevenzione	1	1	1	1	17%
	attività di prevenzione	1	1	1	1	17%

- esempi di elaborazioni grafiche per confronti tra risposte fornite dalle diverse tipologie di intervistati su uno stesso territorio, per confronti tra il campione di diversi territori, o per il confronto tra dato territoriale e dato nazionale



- suddivisione per variabili

ITEM	Criticità				Accesso	Emersione	Preso in carico
	Giuridico	Professionale	Relazionale	Organizzativo			
ASi	11	16	21	21	10,52631579		
Terzo settore e sprar	16	21	16	21			
CIE	26	11	21	21	15,78947368		
ENTE LOCALE	16	16	5	16			
totale	68	63	63	63	63,15789474		
generalista	11	16	15,78947	5	Giuridico	11%	32%
popolaz straniera	32	16	21	21	Professionale	16%	32%
protezione internaz	26	32	26	37	Relazionale	16%	26%
totale	68	63	63,1579	63	Organizzativo	5%	21%
accesso	26	21	32	16	Giuridico	26%	16%
emersione	15,78947	10,52632	10,52632	10,52631579	Professionale	21%	11%
presa in carico	26,31579	31,57895	21	36,84210526	Relazionale	32%	21%
totale	68	63	63	63	Organizzativo	16%	11%
sanitario	21,05263	21	32	16	Giuridico	21%	47%
sociale	47	42	32	47	Professionale	21%	42%
totale	68	63	63	63	Relazionale	32%	32%
apicale	36,84211	36,84211	37	31,57894737	Organizzativo	16%	47%
operatore	32	26	26	32	Giuridico	37%	32%
totale	63	63	63	63	Professionale	37%	26%
final report prog. Salut-are					Relazionale	37%	26%
					Organizzativo	32%	32%

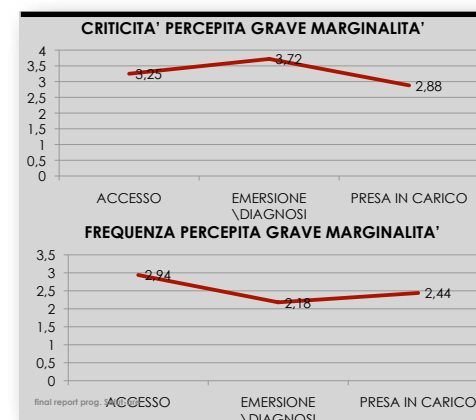
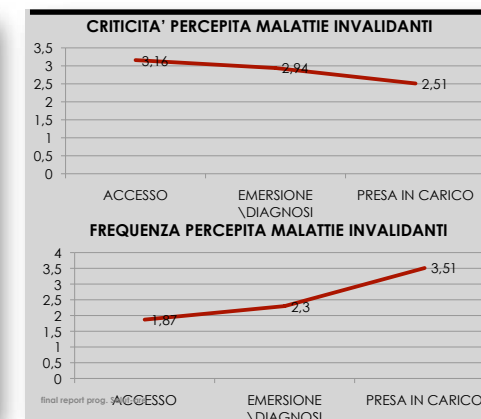
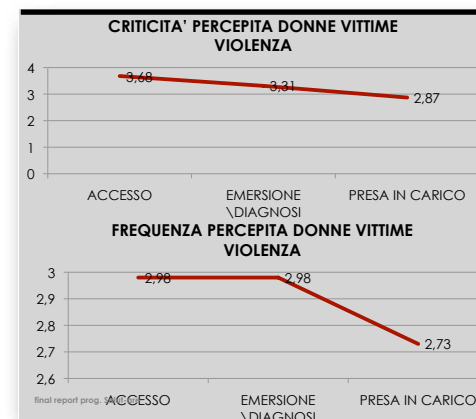
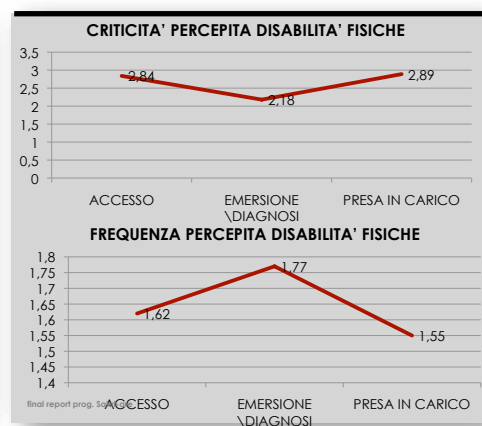
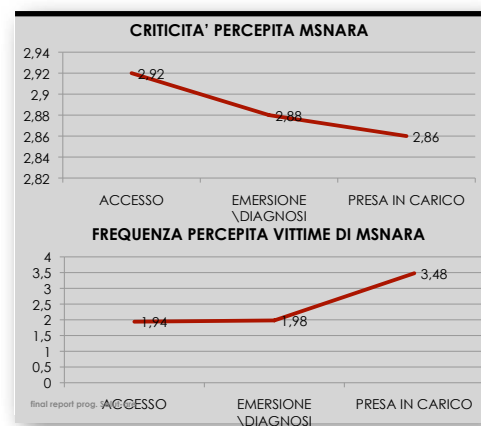
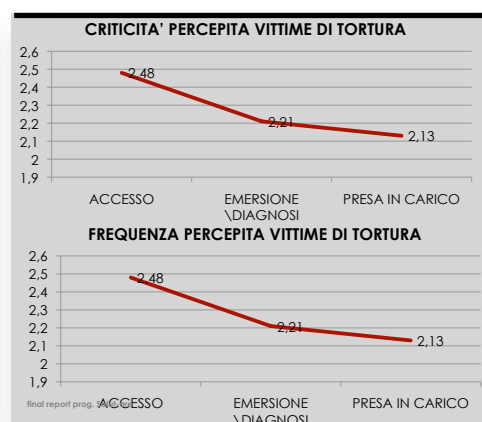
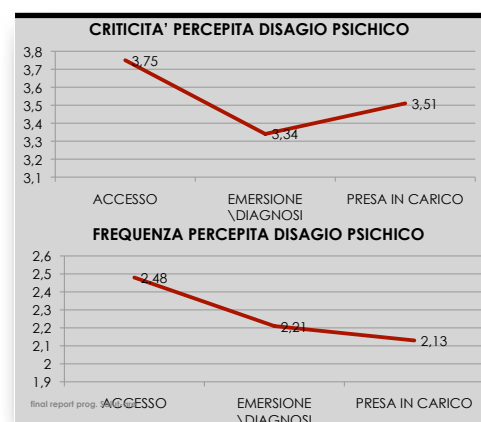


3) RISULTATI EMERGENTI ELABORAZIONE DATI INTERVISTE QUANTITATIVE

In questa elaborazione viene rappresentata la media nazionale ponderata delle dimensioni "CRITICITA' PERCEPITA" e "FREQUENZA PERCEPITA" ottenuta dall'elaborazione delle scale somministrate agli intervistati rispetto le diverse "tipologie" di vulnerabilità.

È apprezzabile come – trasversalmente a tutti i territori analizzati- professionisti operanti nelle diverse fasi (accesso, emersione, diagnosi) abbiano fornito risposte omogenee, ed in particolare:

- Le vulnerabilità latenti sono percepite come maggiormente critiche in fase di accesso;
- La criticità percepita nella presa in carico è frequentemente valutata in funzione della presenza\assenza di specifici protocolli operativi di invio;
- I professionisti che intervengono con una attività puntuale e già ben definita (diagnosi) percepiscono generalmente minore criticità\frequenza, con l'eccezione del caso delle Disabilità fisiche per le numerose implicazioni;
- La presenza di esperienza pregressa sul tema e di competenze specifiche aumenta sensibilmente la percezione della criticità\frequenza.



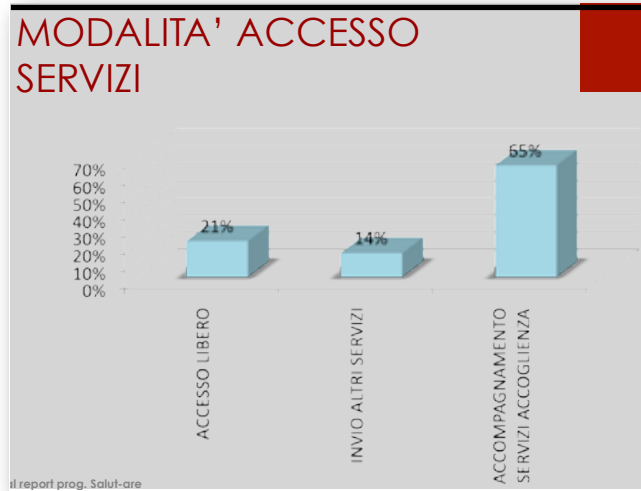
3) RISULTATI EMERGENTI ELABORAZIONE DATI INTERVISTA QUALITATIVA

La prima domanda dell'intervista prevedeva la ricognizione delle modalità di accesso dell'utente richiedente\titolare di protezione al servizio.

Appare estremamente interessante dall'elaborazione delle risposte fornite il dato che vede una stragrande maggioranza di accessi ai servizi territoriali sanitari e socio-sanitari operato in forma di "accompagnamento" di operatori di servizi di accoglienza (65%), dato di molto superiore agli accessi liberi ed anche agli accessi per invii di altri servizi\ dipartimenti\uffici.

Tale dato trova ulteriore conforto nell'analisi della parte qualitativa delle interviste dove – in special modo da parte di operatori sanitari – dove la presenza di operatori di agenzie sociali deputate all'accoglienza determinano il costituirsi di modalità di relazione differenziate rispetto altre categorie di utenza.

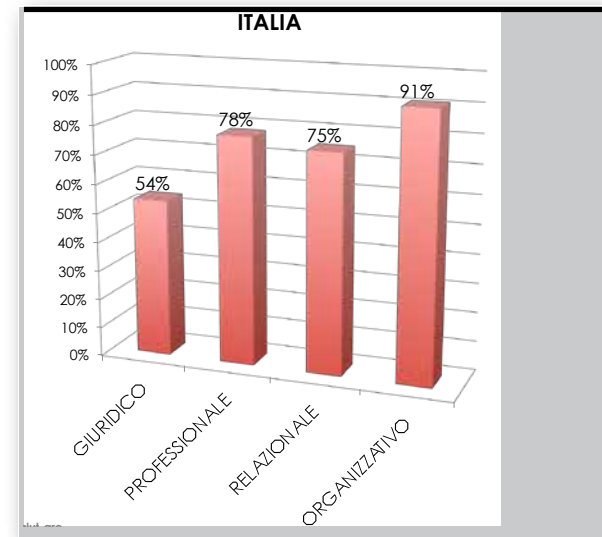
Appare anche evidente dal dato come senza questa azione di mediazione l'accesso libero sia praticato in scarsa misura e specie da utenti "esperti" già capaci di orientarsi nella complessa rete dei servizi e come, dallo scarsissimo tasso percentuale degli invii di altri servizi, senza risorse di accompagnamento e mediazione sia presumibile osservare una certa "dispersione" (tutti gli intervistati affermano di effettuare numerosi invii ma di riceverne pochi) le cui cause sono da approfondire.



successivamente alla prima domanda, l'intervista prevedeva l'illustrazione all'intervistato dei livelli in esame ovvero la proposta di domande stimolo predisposte dal Comitato Scientifico, volte a stimolare appunto la riflessione sulle criticità/risorse sui quattro differenti livelli sopra definiti.

La seguente elaborazione grafica degli item espressi dagli intervistati segue l'ordine per livello di esplorazione delle criticità percepite.

L'analisi è stata condotta provincia per provincia per poi essere aggregata ed ottenere un dato nazionale unitario. Tale scelta metodologica si deve innanzitutto alla intenzione programmatica di progetto (vedi strategia di implementazione) di fornire strumenti alle reti locali e spunti di analisi nei corsi di formazione. Nel grafico 1 sono leggibili i livelli ritenuti maggiormente critici. Appare evidente la trasversalità nell'aver risposto affermativamente alla presenza di criticità riferibili al livello "organizzativo" (9 intervistati ogni 10), inerente cioè l'organizzazione del servizio e/o delle relazioni tra servizi. Appare invece lievemente sottodimensionato il dato delle criticità percepite ed espresse rispetto il livello "giuridico-amministrativo-regolamentare", effetto forse di quel fenomeno (rappresentato nel par. "modalità di accesso") che vede la grande maggioranza degli accessi ai servizi sanitarie sociali territoriali mediati da operatori di accoglienza e che – è presumibile pensare – esercitando un ruolo di tutela predispongano la documentazione necessaria. Va anche considerato che molti servizi sanitari, rispetto alcune prestazioni squisitamente sanitarie non presentano soglia alcuna, né pre-requisito d'accesso.



Alla presentazione della elaborazione grafica degli item maggiormente ricorrenti tra le criticità individuate dagli intervistati abbiamo anteposto alcuni estratti dalle interviste.

Tale introduzione vuole problematizzare la schematizzazione successiva, che nella sua sinteticità ed oggettività corre il rischio di perdere il valore "qualitativo" di affermazioni, frasi e vissuti che, raccolte nelle interviste, sono state riportate in forma anonima ai corsisti perché ritenuti di particolare incisività nell'individuare tematiche e punti di attenzione.

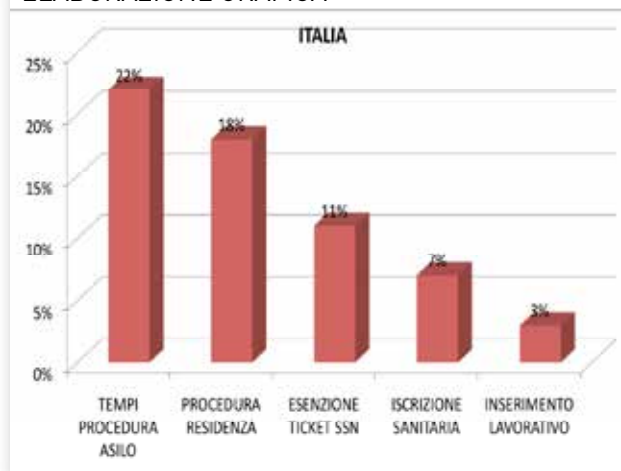
Nell'elaborazione grafica la colonna a sinistra rappresenta la "criticità" di livello maggiormente espressa. Per sintesi sono state scelte le prime 5 criticità in ordine di maggiore rappresentazione

LIVELLO GIURIDICO, NORMATIVO, REGOLAMENTARE - ESTRATTI INTERVISTE E ITEMS

"devo ammettere che inizialmente credevo tipico dei pazienti stranieri non riuscire a garantire continuità e puntualità alle visite, dato che come comparivano, sparivano. Con il tempo ho realizzato che molti di loro erano come in balia di procedure a me ignote o che si spostavano perché qui erano finiti gli aiuti. L'ho scoperto perché alcuni colleghi di altre città si sono messi in contatto con me su indicazione dei pazienti stessi"

"bisognerebbe che il sistema di acquisizione della richiesta di asilo avesse l'automatismo del rilascio del codice fiscale, dell'iscrizione al SSN e dell'iscrizione all'anagrafe. Oppure che appena accolto nella struttura di accoglienza venga accompagnato a chiedere C.F., iscrizione a SSN e iscrizione all'anagrafe. Ma questo accade a pochi."

-ELABORAZIONE GRAFICA



LIVELLO PROFESSIONALE
- ESTRATTI INTERVISTE E ITEMS

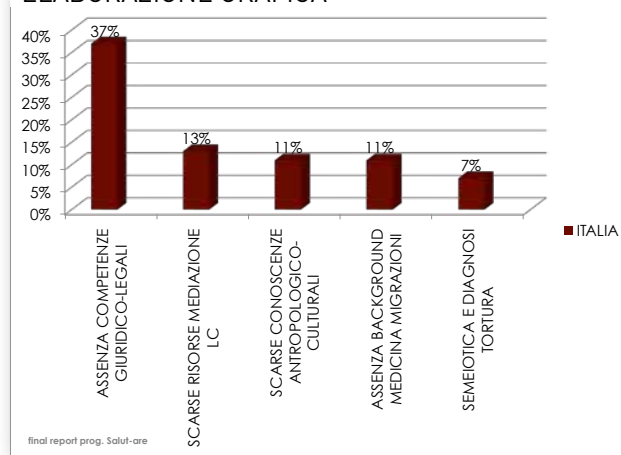
“È molto difficile mettere in relazione effettive torture con i segni sul corpo; c'è anche il rischio dell'imitazione: uno lo vede fare ad un altro allora va in ambulatorio mostrando ferite delle quali è molto difficile stabilire l'origine. Se diventa fenomeno non è più un caso clinico.”

“credo che non sempre gli strumenti diagnostici in uso siano rispondenti”

“non vi è una formazione specifica ad individuare traumi di questo tipo. E se anche vi fosse questa competenza mi chiedo sinceramente se sia il caso di farli emergere perché poi non abbiamo strumenti per curarli.”

“la complessità dei bisogni spaventa. Se vado oltre il mio ruolo e la mia funzione, ponendomi domande ulteriori – dove dorme, etc – e mostrandomi sensibile a questi aspetti mi è capitato di divenire poi oggetto di richieste pressanti e ingovernabili che hanno finito con l'interferire pesantemente nella relazione clinica.”

-ELABORAZIONE GRAFICA



LIVELLO RELAZIONALE

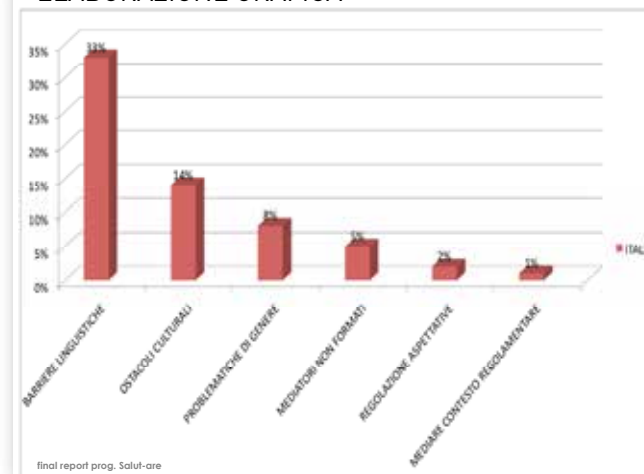
- ESTRATTI DALLE INTERVISTE

“Più che una questione di “diritto” alla salute si tratta piuttosto della capacità di affrontare la pesantezza burocratica dei servizi e di resistere al principio repulsivo che li governa. Questo principio non è specifico al rapporto con cittadini stranieri ma riguarda ben tutta la cittadinanza della città. La complessità dei servizi di fatto allontana gli utenti invece di avvicinarli. Il servizio si auto-difende dell'utenza, e la barriera burocratica impedisce ai beneficiari di accedere al servizio. L'operatore stesso si difende dell'utente usando la burocrazia. Il sistema repulsivo messo in atto del servizio difende l'operatore ma fa stare peggio la sanità, aumentando le patologie e le degenze.”

“La mediazione culturale ha aiutato in molti casi complessi, sia rispetto la comprensione reciproca, sia rispetto la costruzione di un rapporto continuativo. Purtroppo il progetto finisce a giugno 2012”

“Spesso il disagio/timore del richiedente e la conseguente confusione espositiva vengono fraintese come inaffidabilità e non veridicità del racconto.”

- ELABORAZIONE GRAFICA



LIVELLO ORGANIZZATIVO

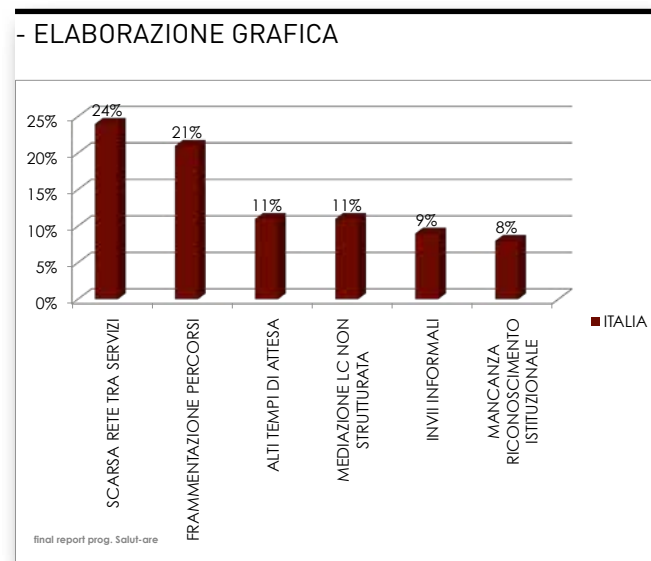
- ESTRATTI INTERVISTE E ITEMS

“E' come se ancora non ci fosse conoscenza e consapevolezza dei diritti di queste persone. Il sistema in generale pensa che i rifugiati siano destinatari di progetti e non dei servizi delle istituzioni. Questo è dovuto a una corresponsabilità di chi lavora con i rifugiati e ne ha fatto il proprio territorio esclusivo.”

“Attualmente il sistema di presa in carico ti abbandona alle porte dell'autonomia, quando si è ancora fragili e pronti a ricadere nella precarietà. Non è un percorso sicuro verso l'autonomia.”

“Perché i servizi lavorano incasellando le persone in categorie e non in base ai bisogni. I richiedenti asilo sono persone meno incasellabili. L'organizzazione del servizio induce poi a lavorare così – non intervento perché non categoria chiara definita.”

All'interno del Servizio l'area richiedenti asilo\rifugiati non rientra nei discorsi o nei temi di un'equipe. Non fa parte del lavoro quotidiano del servizio. Viene considerato come una parte del lavoro che esula dalla routine del lavoro.. Non sono mai all'ODG."



4) RISULTATI EMERGENTI DALLE INTERVISTE TEMATICHE "MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI RICHIEDENTI ASILO"

(a cura di Maria Luisa Lemma – coordinatrice tematica area minori)

Nell'ambito del progetto Salut-ARE sono state condotte circa 12 interviste ad operatori socio-sanitari operanti a vario titolo con minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale. Gli operatori intervistati hanno rilevato una serie di criticità che afferiscono tanto alla fase di accesso quanto a quella della presa in carico del minore straniero non accompagnato richiedente protezione internazionale. Tali nodi critici di fatto impediscono ai minori di accedere alla procedura di protezione internazionale e di usufruire di tutti i diritti e le tutele a loro spettanti in base a quanto previsto dalla normativa europea e nazionale in materia di asilo.

Le maggiori questioni emerse relative alla fase dell'accesso alla procedura sono :

- mancanza di informazione sulla possibilità di presentare domanda di protezione internazionale, sia all'arrivo alla frontiera, che da parte del personale delle comunità di accoglienza
- utilizzo di procedure di accertamento dell'età anagrafica invasive e non rispondenti al superiore interesse del minore (es, radiografia del polso). Scarsa conoscenza da parte degli operatori delle procedure che possono essere maggiormente rispettose dei diritti del minore
- Ritardi nel provvedimento di nomina del tutore da parte del Tribunale per i mino-

renni o del Giudice Tutelare; scarsi o inesistenti i rapporti fra il tutore nominato e il minore.

Per quanto riguarda, invece, la fase della presa in carico e dell'emersione della vulnerabilità dei minori

- trasferimento dei minori erroneamente considerati maggiorenni all'interno dei CARA e in tale struttura trattenuti nonostante la successiva corretta identificazione anagrafica.
- mancato rispetto degli standard minimi di accoglienza da parte delle comunità per minori non collegate alle reti Sprar, dotate di personale senza formazione o esperienza nell'accoglienza di minori o con una scarsa conoscenza del fenomeno¹.
- Assenza, all'interno delle comunità di accoglienza, tanto di assistenti legali in grado di fornire informazioni sulla procedura relativa ai minori quanto di mediatori non adeguatamente formati.
- Mancata iscrizione del minore al Servizio Sanitario nazionale ed utilizzazione del codice STP (Straniero Temporaneamente presente) anche in fasi successive alla richiesta di asilo.
- Mancanza di supporto psicologico all'interno delle comunità per i minori con disagio psicologico e/o vittime di tortura.
- Incapacità dei servizi sanitari e di salute mentale di dare risposte adeguate alla presa in carico di minori richiedenti /itolari protezione con disagio o vittima di tortura

Il quadro sopra delineato fa pensare a contesti di accoglienza ben lontani dal rispondere alle esigenze dei minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale quali soggetti vulnerabili anche a causa dei gravi eventi traumatici subiti.

Nell'ottica di un miglioramento delle condizioni di presa in carico si ritiene opportuno fissare alcuni principi che dovrebbero regolare le procedure di presa in carico dei minori stranieri non accompagnati potenziali richiedenti protezione internazionale.

1. Accesso alle cure sanitarie per i minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale.

Per tutti i minori stranieri prima del rilascio del permesso di soggiorno indipendentemente dalla registrazione della presenza dei minori stranieri presso la Questura o il Comune - quindi sempre - deve essere previsto l'accesso ai programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (articolo 35 comma 3 del decreto legislativo 286/1998, Testo Unico sull'immigrazione). Ogni regione e ASL prevede e rende disponibili le seguenti prestazioni:

¹ Questo si verifica soprattutto all'interno delle comunità sorte a seguito dell'inizio della c.d. Emergenza Nord Africa . Per un approfondimento della questione si veda il rapporto di Save the Children Italia "L'Accoglienza temporanea dei minori stranieri non accompagnati arrivati via mare a Lampedusa nel contesto dell'emergenza umanitaria Nord Africa". Ottobre 2011. http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img157_b.pdf

- 1) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- 2) gli interventi di profilassi internazionale;
- 3) la diagnosi, la profilassi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente la bonifica dei relativi focolai.

E' inoltre garantito l'accesso alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia o infortunio (articolo 35 comma 4 e seguenti; articolo 42 commi 4 e seguenti del d. P. R. 394/1999, Regolamento di attuazione del Testo Unico sull'immigrazione). La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengono effettuate utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente, art. 42 del Regolamento).

I minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale hanno diritto all'iscrizione al SSN nell'Azienda sanitaria locale del comune in cui dimorano (in base all' art. 34 Dlgs 286/98). L'iscrizione dovrebbe essere effettuata sin dal momento della richiesta del permesso di soggiorno, richiesta che può essere "documentata mediante esibizione della ricevuta di presentazione dell'istanza alle autorità di polizia" (circolare del Ministero della Salute del 24 marzo 2000 n. 5).

Per i minori richiedenti asilo, la normativa nazionale sulla procedura per il riconoscimento della protezione internazionale prevede che: "Se sussistono dubbi in ordine all'età, il minore non accompagnato può, in ogni fase della procedura, essere sottoposto, previo consenso del minore stesso o del suo rappresentante legale, ad accertamenti medico-sanitari non invasivi al fine di accertarne l'età. Se gli accertamenti effettuati non consentono l'esatta determinazione dell'età si applicano le disposizioni del presente articolo. Il minore deve essere informato della possibilità che la sua età può essere determinata attraverso visita medica, sul tipo di visita e sulle conseguenze della visita ai fini dell'esame della domanda. Il rifiuto, da parte del minore, di sottoporsi alla visita medica, non costituisce motivo di impedimento all'accoglimento della domanda, né all'adozione della decisione". (Art. 19 D.lgs 25/2008).

In generale i principi fondamentali, derivanti dal diritto internazionale e nazionale vigenti in Italia, da applicare nel processo di accertamento dell'età dei minori stranieri, prevedono quanto segue:

- l'accertamento dell'età deve essere sempre effettuato in conformità con la considerazione preminente del superiore interesse del minore, nel pieno rispetto dei suoi diritti e della sua dignità;
- in caso di incertezza circa la minore età, occorre accordare al sedicente minore il beneficio del dubbio e trattarlo come tale; il ricorso a procedure medico-scientifiche dovrebbe aver luogo solo allorché emerga un dubbio fondato e dopo che altri mezzi ai quali si è fatto ricorso non abbiano dato nessun esito (sempre quando ciò non sia in alcun modo dannoso per il minore in questione o per la sua famiglia);
- in mancanza di un adulto legittimamente responsabile, è necessario procedere alla nomina di un tutore che sia competente in materia di diritti e protezione dell'infanzia ed informato sulle caratteristiche personali e di provenienza del minore; il tutore deve accompagnare il minore durante tutto il processo di accertamento dell'età, assicurando il conseguimento del suo superiore interesse;

- nel rispetto del principio di partecipazione, il minore deve essere sempre informato, in una lingua che possa capire ed in conformità con il suo grado di maturità, circa: a) il fatto che la sua età può essere determinata mediante l'ausilio di esami medici; b) il tipo di visita medica adoperata, i possibili risultati attesi, e le eventuali conseguenze di tali risultati; nonché c) le conseguenze di un suo rifiuto a sottoporsi a detti esami. Tali informazioni devono essere fornite anche al suo legittimo tutore;
- l'accertamento dell'età deve essere considerato come un processo che non conduce a risultati esatti né univoci ed è pertanto necessario che il margine di errore venga sempre indicato nel certificato medico. La minore età deve essere sempre presunta qualora, anche dopo la perizia di accertamento, permangano dubbi circa l'età del minore;
- qualora, nell'ambito del processo di identificazione, si renda necessario ricorrere alle procedure di accertamento dell'età, queste devono essere messe in atto da professionisti:
- a) indipendenti: il cui ruolo nel processo di accertamento dell'età non determini un potenziale o reale conflitto di interessi rispetto alla posizione che essi ricoprono, o per altre ragioni;
- b) esperti: adeguatamente formati per svolgere tali accertamenti, a conoscenza delle ragioni che portano agli esami in questione e delle metodologie utilizzabili;
- c) consapevoli delle specificità relative all'origine etnica e culturale del minore;
- l'accertamento deve essere eseguito con modalità che siano il meno invasive possibili, rispettando l'età, il genere e l'integrità fisica e psichica del minore; gli esami devono inoltre essere sempre condotti in un ambiente idoneo ed in un momento opportuno;
- tale processo deve prendere in considerazione lo sviluppo fisico e psicosociale del minore;
- qualsiasi esame relativo a tale accertamento non deve essere mai eseguito senza il consenso informato ed esplicito del minore in questione o del suo rappresentante legale. Fattori culturali e relativi al contesto di provenienza, che possono costituire un impedimento alla formazione ed all'espressione della reale volontà del minore, devono essere opportunamente considerati ed affrontati tramite l'impiego di professionisti esperti (mediatori culturali). Il risultato delle procedure di accertamento deve essere sempre comunicato al minore in modo congruente con la sua età e maturità, in una lingua che comprenda;
- fino all'accertamento definitivo dell'età, si devono applicare le norme in materia di protezione dei minori, prevedendo in particolare la sospensione di tutte le misure che possano ledere i diritti, inclusi i provvedimenti di espulsione, respingimento e trattenimento;
- il rifiuto del minore di sottoporsi agli accertamenti medici per la determinazione dell'età non può comportare il non accoglimento della domanda di protezione internazionale².

² Save the Children Italia "L'Accoglienza temporanea dei minori stranieri non accompagnati arrivati via mare a Lampedusa nel contesto dell'emergenza umanitaria Nord Africa". Ottobre 2011. http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img157_b.pdf

3. La nomina del tutore.

È indispensabile che il minore straniero non accompagnato, in quanto "minore" e privo di un proprio legale rappresentante, abbia fin dal suo ingresso in Italia una figura che si prenda nella cura del suo superiore interesse.

Nel caso di minori richiedenti la protezione internazionale, il Giudice Tutelare deve provvedere alla designazione del tutore, entro 48 ore dal ricevimento della richiesta di nomina (art 26 comma 5 Dlgs 25/2008). Al tutore è obbligato di assistere il minore stesso durante tutta la fase della procedura di protezione internazionale (art. 19 comma 1 Dlgs 25/2008).

Il fattore tempo è cruciale al fine di consentire un sollecito inoltro della domanda di protezione internazionale e l'inserimento all'interno delle strutture di accoglienza dedicate, prima che gli stessi minori raggiungano la maggiore età, evitando così l'esclusione dai circuiti di protezione loro dedicati.

A questo proposito sarà necessario:

- Garantire che la procedura di nomina del tutore avvenga in tempi rapidi al fine di consentire la tempestiva presentazione della domanda di protezione internazionale. Tale indicazione è particolarmente importante per i minori prossimi al compimento della maggiore età.
- Favorire che il tutore sia una/ un privato che ha chiesto l'inserimento del suo nominativo in un apposito albo tenuto presso l'Ufficio del Giudice tutelare o il Tribunale per i Minorenni e che svolga tale funzione a titolo gratuito in termini di volontariato sociale (art. 379 c.c.), salvo l'eventuale assegnazione di un'equa indennità da parte dell'autorità giudiziaria³.
- Garantire che il tutore sia adeguatamente formato sulla procedura di protezione internazionale e sui diritti spettanti al minore richiedente protezione internazionale e che incontri il minore e lo segua per tutta la fase della procedura.

La presa in carico del minori vittime di grave violenza ed abuso

I minori stranieri non accompagnati sono considerati soggetti vulnerabili sia in quanto minori "soli" sia perché fuggiti forzatamente dal proprio paese a causa di persecuzioni, condanna a morte, maltrattamenti o per sottrarsi alla minaccia di conflitti interni o internazionali. Nel 2009 l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati ha pubblicato nuove linee guida sull'applicazione della Convenzione di Ginevra del 1951 in caso di domanda presentata da un minore straniero: "Guidelines On International Protection: Child Asylum Claims under Articles 1(A)2 and 1(F) of the 1951 Convention and/or 1967 Protocol relating to the Status of Refugees"⁴, . Nel documento viene sottolineato come i minori possono essere sottoposti alle stesse forme di persecuzione e di maltrattamenti degli adulti, ma possono essere anche destinatari di forme di persecuzione specifica.

³ "Per un accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali. Linee guida per un'accoglienza e una relazione di aiuto transculturali dei richiedenti e titolari di protezione internazionale." Maggio 2011. Fondo Europeo per i Rifugiati, Programma Annuale 2009.

⁴ Le Linee Guida menzionate si riferiscono sia a minori stranieri non accompagnati sia a quelli inseriti in nuclei familiari richiedenti protezione internazionale.

A questo proposito, in conformità con le regole di diritto internazionale e nazionale richiamate sarà necessario:

- Garantire al minore richiedente protezione internazionale l'accesso alle cure mediche e a percorsi riabilitativi adeguati alla sua condizione di minore e di vittima di violenze e abusi.
- Garantire, all'interno delle strutture di accoglienza che ospitano minori richiedenti protezione internazionale, la presenza di personale clinico in grado di fornire loro adeguato sostegno psicoterapeutico
- Assicurare un effettivo accesso dei minori ai servizi di salute mentale e di riabilitazione che prevedano un approccio olistico con la presenza di personale medico- sanitario competente e formato sulla presa in carico dei minori richiedenti protezione internazionale.

5. L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati richiedenti protezione internazionale e dei nuclei familiari con minori.

Per quanto riguarda l'accoglienza, a livello normativo è previsto che i minori non accompagnati richiedenti protezione internazionale in nessun caso possano essere trattenuti presso i CIE, i CARA o i CDA (art. 26 comma 6 Dlgs 25/2008).

Il minore richiedente protezione internazionale deve poter beneficiare di specifici programmi di accoglienza. L'art. 19 comma 6 del D.Lgs. n. 25/08, "Garanzie per i minori non accompagnati (misure d'accoglienza", afferma: "l'autorità che riceve la domanda ai sensi del comma 5 informa immediatamente il Servizio centrale del Sistema di Protezione per richiedenti asilo e rifugiati [...] per l'inserimento del minore in una delle strutture operanti nell'ambito del Sistema di protezione stesso e ne da comunicazione al tribunale dei minori e al giudice tutelare. Nel caso non sia possibile l'immediato inserimento del minore in tali strutture, l'assistenza e l'accoglienza del minore sono temporaneamente assicurate dalla pubblica autorità del Comune dove si trova il minore. [...]". La possibilità di fruire di vantaggi legati all'inserimento nel Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati è collegata alla disponibilità di posti dedicati ai minori non accompagnati.

Stessa regola di accoglienza dovrebbe essere applicata in caso di minori accompagnati dai genitori. Tuttavia per i nuclei familiari con minori la normativa non vieta l'ipotesi di accoglienza all'interno dei C.A.R.A, rendendo di fatto possibile che un minore, benché accompagnato, venga accolto in circuiti del tutto inadeguati a rispondere ai suoi bisogni.

Al fine di rispettare gli standard di accoglienza previsti a livello normativo e che garantiscano il rispetto del principio del superiore interesse del minore è necessario

- Favorire l'implementazione di un sistema di accoglienza Sprar e che questo disponga di un numero di posti adeguato; venga creata una rete tra le comunità sviluppando procedure di raccordo tali da garantire lo sviluppo di un sistema di presa in carico ed assistenza efficiente;
- Garantire la presenza nei centri di prima accoglienza o nelle strutture non specificamente dedicate ai richiedenti protezione internazionale di personale opportunamente formato sulla procedura e sui diritti dei richiedenti, un servizio di mediazione culturale e di consulenza legale gratuita. Ciò al fine di conoscere la storia della vita e il progetto migratorio del minore ed informarlo sulla possibilità di

richiedere la protezione internazionale e sui diritti e doveri in ragione dei diversi possibili status e forme di tutela previsti.

- Prevedere forme di supervisione per gli operatori all'interno dei centri.
- Garantire lo sviluppo di un sistema di presa in carico dei minori sul territorio, specificando a livello normativo (eventualmente anche solo amministrativo) che l'onere finanziario dell'accoglienza deve ricadere sul Comune di residenza del minore o del tutore nominato o in quello in cui comunque gli stessi si trovano domiciliati; nell'ambito del sistema di accoglienza dei minori, venga garantito un maggior coordinamento tra i livelli istituzionali nazionale e locale anche attraverso un piano di accoglienza nazionale che tenga conto del numero di presenze dei minori migranti ma anche del trend di arrivi e goda delle risorse finanziarie necessarie⁵;
- Prevedere a livello normativo il divieto di accoglienza dei nuclei familiari all'interno dei C.A.R.A.;
- Privilegiare in ogni caso l'inserimento dei nuclei familiari con minori all'interno dei centri Sprar.
- Garantire, in caso di presenza del nucleo familiare con minori all'interno di un C.A.R.A., standard di accoglienza che tengano conto delle specifiche esigenze dei minori: come l'allestimento di spazi child-friendly; la predisposizione di programmi ricreativi con la presenza di personale adeguatamente formato ad operare con minori stranieri; l'orientamento e il supporto alle famiglie del minore in merito alle modalità di inserimento scolastico.

⁵Save the Children Italia” I minori stranieri in Italia. Secondo Rapporto Annuale”<http://www.savethechildren.it/IT/HomePage>

CONCLUSIONE

1. Gli esiti del progetto Salut-are: protocolli e accordi per la costituzione\consolidamento delle Equipe Multidisciplinari

Il progetto Salut-are ha raggiunto l'obiettivo della costituzione e consolidamento di 10 équipes multidisciplinari.

Riportiamo l'elenco degli accordi formali e protocolli ufficiali che istituiscono le équipes alla data del 22/06/2013.

- 1/02/12: protocollo di intesa Ciac-Ausl Parma per la costituzione del CISS: coordinamento interdisciplinare socio-sanitario per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni vulnerabili;
- 03/05/12: protocollo di intesa Ciac- Consorzio delle Cooperative di Solidarietà Sociale per la definizione delle modalità di co-progettazione e collaborazione per la realizzazione dei percorsi socio-lavorativi di accoglienza integrata dei beneficiari vulnerabili;
- 29/02/12 accordo ASL RM A per tirocini mmg presso Sa.Mi.Fo ad implementazione Equipe multidisciplinare esistente e finalizzata al raccordo con la medicina di base;
- 14/06/12: convenzione Ciac-Università di Parma- Dipartimento di Psicologia per sviluppo e ampliamento ricerca progetto Salut-are;
- 01/06/12: protocollo di intesa ADL Brescia - ente IRCCS FatebeneFratelli di Brescia per l'attivazione dell'équipe multidisciplinare;
- (in fase di firma) convenzione Coop Camelot Ferrara- Centro studi opera Don calabria città del ragazzo per la definizione delle modalità di invio\coprogettazione
- 28/06/12:
- (in fase di firma) accordo di collaborazione tra Coop Camelot Ferrara-Unità operativa malattie infettive azienda ospedaliero universitaria di Ferrara;
- 08/06/12: formalizzazione atto costitutivo REpis Frosinone (Asl Frosinone), comunità di pratiche interorganizzativa Immigrazione e Salute; 9) 21 e
- (in fase di firma): dichiarazione di intenti gruppo di lavoro interistituzionale Senigallia per la costituzione dell'équipe;
- (in fase di firma): accordo Regione Puglia, ASL bari, CSM Bari, Servizi sociali comune Bari, Glr bari e altre associazioni (in fase di formalizzazione)
- 14/06/12 e 19/06/12: accordo équipe territoriale Foggia (Asl Foggia, Csm, sp. STP, terzo settore, regione Puglia (in fase di formalizzazione) 12)
- 14/06/12 protocollo di intesa tra Provincia Cosenza, Asp Cosenza e ass.ne La Kasbah per la modalità di gestione dell'équipe multidisciplinare (in fase di ufficializzazione)
- (in fase di firma) accordo tra ASS triestina e ICS Trieste per implementazione équipe socio-sanitaria.

2. BILANCIO CRITICO DELL'ESPERIENZA DEL PROGETTO "SALUT-ARE:

la profonda soddisfazione per i risultati raggiunti nel corso dell'esecuzione del progetto "Salut-are", la qualità dei percorsi e dei processi stimolati e implementati, si scontra con la consapevolezza di un contesto complessivo che mentre ancora presenta elementi "storici" di forte criticità (limiti alla ricettività, mancata integrazione dei diversi livelli di accoglienza etc), vi aggiunge una nuova generazione di problematiche emergenti, con particolare riferimento alle modalità di gestione complessiva della cosiddetta emergenza nord-africa ed anche alla frequente attuazione - da parte di molti gestori - di una forma di "accoglienza" fortemente de-strutturata quando non completamente sprovvista dei requisiti minimi di tutela dei diritti della popolazione rifugiata. Appare oggettivamente difficile quindi - in un dato contesto sempre più marcatamente orientato da un paradigma emergenziale - pensare, realizzare e soprattutto consolidare azioni "di sistema"; azioni orientate dall'obiettivo di mettere a regime modelli organizzativi, funzionali e operativi caratterizzati dalla reciproca implicazione questi tre "ingredienti fondamentali":

- 1) Piena titolarità ed esigibilità dei diritti di richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale;
- 2) Coinvolgimento, responsabilizzazione e valorizzazione della rete dei servizi pubblici;
- 3) Integrazione delle dimensioni giuridico-legale, sanitaria e sociale.

L'approccio scelto nell'implementazione del progetto ha voluto proprio insistere su questi tre principi motori, declinando in tal modo - in continuità con l'esperienza dei precedenti progetti FER "Lontani dalla Violenza" e "Linee Guida per un'accoglienza transculturale e attenta alle situazioni più vulnerabili" - una precisa definizione di "équipe multidisciplinare", pensata come uno strumento tecnico e metodologico capace di creare sinergie e connessioni interistituzionali, qualificandosi come luogo di integrazione delle competenze presenti e attive, di programmazione degli interventi e di interscambio di conoscenze, informazioni e metodi tra i diversi enti e professionisti implicati. Qualificandosi quindi, al tempo stesso, sia come volano di un ripensamento del sistema dei servizi e sia come laboratorio di una nuova e più cogente sussidiarietà tra servizi pubblici ed enti di tutela.

Il progetto Salut-are dimostra infatti, proprio a fronte del consolidarsi di quello che abbiamo definito un paradigma emergenziale, l'esistenza e la percorribilità di uno spazio di lavoro ancora non ancora sufficientemente esplorato: una progressiva integrazione delle politiche sull'asilo con le più generali politiche socio-sanitarie nazionali. Ed a partire dalla propria strategia di implementazione, individua nella costituzione/attivazione di strumenti per ampliare la conoscenza e l'analisi di un fenomeno del quale ancora si ignorano le dimensioni effettive, un primo ma fondamentale passo verso la definizione di quei correttivi organizzativi che - a partire dal coordinamento delle risorse esistenti - siano capaci di superare gli elementi di non-sistematicità sopra esposti.

La mancanza di un sistema nazionale di monitoraggio che consenta di svolgere momenti di elaborazione e sintesi dei dati relativi alle prese in carico, agli accessi e agli interventi in favore di richiedenti/titolari di protezione cosiddetti "vulnerabili", fa sì che attualmente il dibattito circa la costruzione e definizione di un sistema capa-

ce di una attenzione specifica alle situazioni vulnerabili, non possa che muovere da ragionamenti su base indiziaria, a partire da dati parziali e non complessivi, spesso raccolti localmente, e quindi organizzati in modo differente da territorio a territorio in funzione delle esigenze dei diversi servizi.

la stessa settorializzazione tra sistema di accoglienza dedicata a richiedenti e titolari di protezione e sistema sanitario dall'altro, fa sì che nessuno dei due sistemi possieda un dato complessivo e completo e sia quindi in grado di individuare con la necessaria precisione l'incidenza sul medio e lungo periodo delle variabili e dei fattori che è presumibile agiscano nel determinare le situazioni di maggior rischio ovvero calibrare organizzazione e funzioni sull'obiettivo della prevenzione.

Appare quindi prioritario muovere verso l'istituzione di un sistema di monitoraggio della presenza dei richiedenti asilo e dei titolari di protezione internazionale ed umanitaria, e, tra essi, delle situazioni vulnerabili ai sensi del D.Lgs. n. 140/05 art. 8, che permetta di:

- a) attuare una ricognizione effettiva delle presenze e degli interventi realizzati;
- b) elaborare indicatori dell'efficacia degli interventi;
- c) definire i criteri di messa a regime delle sperimentazioni e di formalizzazione delle prassi attraverso una definizione di obiettivi strategici comuni e verificare l'evoluzione nel tempo delle misure adottate.

Tali compiti non possono essere affidati ad un progetto o ad un ente singolo: essi sono parte integrante delle funzioni del sistema pubblico e il riconoscimento di tale carattere pubblico e della valenza istituzionale implicata costituisce il primo ma fondamentale passo affinché le condizioni di vulnerabilità possano essere riconosciute come elemento strutturale ed affrontate attraverso una programmazione attenta e circostanziata, coordinata e non improvvisata.

Questa prospettiva non può che prendere corpo e forma attraverso una progressiva integrazione delle politiche sull'asilo con le più generali politiche socio-sanitarie nazionali: I diversi possibili "casi" che compongono la "galassia" delle vulnerabilità necessitano di poter accedere a servizi capaci di competenze e misure specifiche (riabilitazione psico-fisica etc.) ed al tempo stesso, esattamente come per tutti i richiedenti/titolari (indipendentemente dalla presenza di elementi di vulnerabilità), di poter avere la garanzia di percorsi sociali finalizzati a valorizzare le risorse individuali in termini di autonomia, inserimento sociale e aumento dei livelli di benessere. La presenza di "vulnerabilità" rende più evidente che mai questa reciproca implicazione e la necessità di coordinare i diversi interventi sia sincronicamente che diacronicamente in progetti individuali continui e "stabili" lungo le diverse fasi del percorso di asilo ed anche successivamente.

Appare, come già osservato in sede di premessa, evidente come tale prospettiva implichi una scelta fondamentale di ordine politico prima ancora che tecnico, e come tale scelta non sia decisamente prevista, almeno nell'immediato, in agenda. Ciò nonostante, lo spazio di lavoro sopra delineato appare non solo e soltanto percorribile, ma da affrontare con un'urgenza.

L'esperienza del progetto "salut-are", la costruzione, manutenzione e consolidamento di équipes su diversi territori regionali offrono in questa prospettiva metodi e contenuti: solo tale integrazione di funzioni tra la dimensione dell'accoglienza e

della protezione dei rifugiati e quella delle politiche socio-sanitarie può costituire la premessa per costruire un sistema capillare, accessibile, omogeneo e capace di uno sviluppo reticolare. Per realizzare tale integrazione è necessario evolvere dalle singole sperimentazioni locali per giungere alla predisposizione di un programma nazionale innovativo che coinvolga Regioni e autorità centrali nell'ambito delle rispettive competenze.

ALLEGATO 1

Nell'allegato 1 si riportano i programmi dei corsi, in ordine alfabetico per sede e come documentazione della complessiva offerta formativa realizzata attraverso il progetto.

CORSO DI BARI

I GIORNATA

MARTEDI' 15 MAGGIO 2012

Cineporto – Fiera del Levante,
Lungomare Starita, 1 - Bari

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 INIZIO DEI LAVORI E SALUTI DELLE AUTORITÀ

NICOLA FRATOIANNI

*(Assessore alle Politiche Giovanili
e Cittadinanza Sociale- Regione Puglia)*

9.30 ERMINIA RIZZI

(Coordinatrice Regionale Puglia – Progetto Salut-are)

**La rilevazione dei bisogni formativi e analisi
organizzativa delle reti territoriali.**

10.15 I PERCORSI DELL'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI

SOCIO-SANITARI TERRITORIALI

GIANFRANCO SCHIAVONE

(ASGI-Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)

Il sistema asilo ed il modello di accoglienza in Italia:

analisi, criticità e punti di forza.

La vulnerabilità.

MARIA LUISA LEMMA

(Coordinatore tematico MSNA Prog. FER Salut-are)

I MSNA- dall'identificazione ai percorsi di tutela

MICHELA MORETTI

(Ass. Soc., referente Area Immigrazione ASL BA)

L'esperienza locale. Il sistema di accesso ai servizi:

analisi, criticità, punti di forza.

12.30 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

13.30 PAUSA PRANZO

14.30 I PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO,

DELLA CURA E DELLA RIABILITAZIONE

ITALO SIENA

(Medico, Naga Har Milano)

Le conseguenze psicologiche nelle vittime di tortura e la

mediazione culturale in ambito clinico.

FILIPPO CANTALICE

(Medico psichiatra CSM Bari Centro ASL BA)

Quale progetto terapeutico per i richiedenti/titolari

protezione nei CSM?

16.30 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

II GIORNATA

LUNEDI' 21 MAGGIO 2012

Cineporto – Fiera del Levante,
Lungomare Starita, 1 - Bari

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

**9.00 PERCORSI DELL'EMERSIONE DELLA VULNERABILITÀ,
DELLA DIAGNOSI E DELLA CERTIFICAZIONE.**

CARLO BRACCI

*(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, fondatore Ass.
Medici contro la tortura)*

**L'emersione attraverso il riconoscimento dei sintomi
e dei segni della violenza. La certificazione medico
legale degli esiti fisici della tortura nella procedura di
riconoscimento del diritto alla protezione.**

LUCREZIA CHIANURA

(Medico psichiatra CSM 6 ASL BA)

L'esperienza del N.I.R.A.S.T.

CHIARA MARCHETTI

(Ricercatrice Università degli studi di Milano, Dip. Studi sociali e politici)

La salute della donna rifugiata.

12.30 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

13.30 PAUSA PRANZO

**14.30 MAPPATURA DELLA RETE DEI SERVIZI LOCALI E
ANALISI DELLE MODALITÀ DI INVIO RECIPROCO: LA
COSTRUZIONE DELLA RETE TERRITORIALE**

MARIA TERESA L'ABBATE

(Dirigente ARE5 Puglia)

La rete dei servizi socio-sanitari in Puglia.

CHIARA MARCHETTI

(Ricercatrice Università degli studi di Milano, Dip. Studi sociali e politici)

**Il concetto di rete: teorie, modelli territoriali e buone
prassi.**

MICHELE ROSSI

(Coordinatore nazionale progetto FER Salut-are)

La definizione di un modello per un'accoglienza

integrata e la costruzione dell'equipe multidisciplinare.

17.00 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it
glrbari@hotmail.it

Contatti

www.salut-are.provincia.parma.it
salutare2010@gmail.com

CORSO DI BOLOGNA

MARTEDÌ 5 GIUGNO 2012

Aula 5 (ex parlamentino)
viale Silvani 6 - Bologna

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

8.45 SALUTI ISTITUZIONALI

Mariella Martini

(Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna)

Teresa Marzocchi

(Assessore Promozione delle politiche sociali e di integrazione per l'immigrazione, volontariato, associazionismo e terzo settore, Regione Emilia-Romagna)

9.30 Gianfranco Schiavone

(ASGI-Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)

I richiedenti e titolari di protezione internazionale: introduzione al tema.

10.30 Michele Rossi e Marika Armento

(Coordinamento Prog. FER Salut-are, Ciac Onlus Parma)

Il Progetto Salut-are: i risultati emersi sulla situazione delle reti di accesso, emersione/diagnosi/certificazione e presa in carico della RER. Restituzione dei corsi formativi di Parma e Ferrara e presentazione dei prodotti formativi.

11.00 Gianfranco Schiavone

(ASGI-Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)

Il quadro giuridico-normativo e l'accesso di richiedenti e titolari di protezione internazionale ai servizi sanitari e sociali: tra titolarità ed esigibilità dei diritti.

12.00 Federico Tsucalás

(Coordinatore tematico FER Salut-are, Cooperativa Sociale Camelot - Officine Cooperative Ferrara)

Rosa Maria Gaudio

(Ricercatore confermato -RCU- Università degli Studi di Ferrara)

Prassi e percorsi per la certificazione medico-legale degli esiti di tortura.

13.00 PAUSA PRANZO

POMERIGGIO

AULE 1-3-4 VIALE SILVANI, 6 - BOLOGNA.

14.30 WORKSHOP

I richiedenti e titolari di protezione internazionale tra accoglienza dedicata e servizi territoriali: problematiche di accesso e nella presa in carico e possibili soluzioni.

17.30 RITORNO IN PLENARIA

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI.

MERCOLEDÌ 6 GIUGNO 2012

Aula 5 (ex parlamentino)
viale Silvani, 6 - Bologna

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

PRIMA SESSIONE

I PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO.

9.00 ACCOGLIENZA PARTECIPANTI

9.30 Giorgio Palamidesi

(Servizio Politiche Accoglienza e Integrazione Sociale RER)

Progetto "EMILIA-ROMAGNA TERRA D'ASILO": realtà e potenzialità del sistema di protezione in Emilia-Romagna.

10.45 Maria Augusta Nicoli

(Responsabile Area Comunità, equità e partecipazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Regione Emilia-Romagna)

Le reti interprofessionali e interorganizzative per l'equità.

12.00 Massimo Fabi

(Direttore Generale Azienda USL Parma)

L'organizzazione dei servizi esigenze specifiche e interconnessioni.

12.45 SALUTI CONCLUSIVI

Marcella Saccani

(Assessore Politiche Sociali, Volontariato e associazionismo, Disabilità, Politiche Abitative, Pari Opportunità, Solidarietà Internazionale, Provincia di Parma)

13.00 PAUSA PRANZO

POMERIGGIO

AULE 1-2-3-4 VIALE SILVANI, 6 - BOLOGNA.

14.00 WORKSHOP:

Dalle sperimentazioni territoriali alla messa a regime: verso un modello organizzativo per una presa in carico certa, tempestiva e continuativa.

17.30 RITORNO IN PLENARIA.

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e informazioni:

gragazzi@regione.emilia-romagna.it

Tel. 051 527 7392 - 051 527 7118

corsi-salut-are@provincia.parma.it (indicare la sede del corso di interesse)

www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti

salutare2010@gmail.com

corsi-salut-are@provincia.parma.it

CORSO DI BRESCIA

I GIORNATA

LUNEDÌ 16 APRILE 2012

Via della Rocca, 14 - Brescia

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI E ANALISI ORGANIZZATIVA DELLE RETI TERRITORIALI: LA PROVINCIA DI BRESCIA.

AGOSTINO ZANOTTI

(Coordinatore regionale Lombardia FER Salut-are, Associazione ADL - Zavidovici onlus)

MARIA MARELLI

(Associazione ADL - Zavidovici onlus)

10.00 I PERCORSI DELL'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI.

ALESSANDRA DUSI

(Coordinatore del Sistema Qualità Servizio Sociale Aziendale A.O. Spedali Civili di Brescia)

VALERIA MARENGONI

(Referente Legale Associazione ADL - Zavidovici onlus)

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 GIUSEPPE RICCA

(Responsabile Servizi Sociale Spedali Civili di Brescia)

I percorsi della presa in carico, della cura e della riabilitazione: una revisione critica a orientamento psicanalitico.

16.30 LAVORI DI GRUPPO SU CASO STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

II GIORNATA

MARTEDÌ 17 APRILE 2012

Via della Rocca, 14 - Brescia

9.00 FRANCESCO COLOSIMO

(Medico Psichiatra CSM 6 e CSM 9, ASL Roma C - Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

I percorsi dell'emersione della vulnerabilità, della diagnosi e della certificazione.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 LA RETE.

MAPPATURA DELLA RETE DEI SERVIZI LOCALI E ANALISI DELLE MODALITÀ DI INVIO RECIPROCO.

ALESSANDRA DUSI

(Servizio Sociale Aziendale A.O. Spedali Civili di Brescia)

CHIARA MARCHETTI

(Ricercatrice Univ. degli Studi di Milano, Dip. Studi sociali e politici)

17.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Contatti:

corsi-salut-are@provincia.parma.it

www.salut-are.provincia.parma.it

CORSO DI COSENZA

I GIORNATA

VENERDÌ 20 APRILE 2012

Assessorato alla Formazione Professionale,
Politiche del Lavoro, Mercato del Lavoro, Informalavoro
Via Cesare Gabriele n°49 - Cosenza

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 INIZIO DEI LAVORI E SALUTI DELLE AUTORITÀ

GIUSEPPE NARDI

(Dirigente Settore Politiche Sociali - Dipartimento 10 - Regione Calabria)

GIANFRANCO SCARPELLI

(Direttore Generale ASP Cosenza)

GIUSEPPE GIUDICEANDREA

(Assessore alla Formazione Professionale della Provincia di Cosenza)

MODERA ALESSANDRO GORDANO

(Associazione Culturale "La Kasbah")

10.00 EMILIA COREA

(Coordinatrice Regionale Calabria - Progetto Salut-are)

Presentazione del progetto e della rilevanza dei bisogni formativi e l'analisi della rete.

11.00 GIANFRANCO SCHIAVONE

(ASGI-Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)

Il quadro giuridico-normativo e l'accesso di richiedenti e titolari di protezione internazionale ai servizi sanitari e sociali: tra titolarità ed esigibilità dei diritti.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 LE VITTIME DI TORTURA: EMERSIONE E DIAGNOSI FAISSAL CHOROMA

(Spazio Salute Immigrati, AUSL Parma, referente sanitario Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

Riconoscere la tortura: semiotica, diagnosi e relazione clinica.

18.00 CONCLUSIONI

II GIORNATA

SABATO 21 APRILE 2012

Assessorato alla Formazione Professionale,
Politiche del Lavoro, Mercato del Lavoro, Informalavoro
Via Cesare Gabriele n°49 - Cosenza

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 I PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO:

IL DISAGIO MENTALE

ASSUNTA SIGNORELLI

(Primario Dipartimento Diagnosi e cura - ASL Trieste, referente per il progetto SPRAR - vulnerabili, membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

La relazione e il progetto terapeutico con la popolazione rifugiata.

FRANCESCO COLOSIMO

(Medico Psichiatra CSM 6 e CSM 9, ASL Roma C - Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

La diagnosi nei contesti transculturali.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 LA RETE DI SERVIZI E L'EQUIPE

MULTIDISCIPLINARE

ADELE TONINI

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale).

Tra competenze professionali, funzioni trasversali e lavoro di rete: modelli organizzativi e metodologici per la tutela sanitaria e sociale della popolazione rifugiata nell'esperienza del Coordinamento Interdisciplinare Socio-sanitario di Parma.

ENZA PAPA

(Responsabile progetto Asylon Cosenza: la città dell'accoglienza)

Le esperienze locali, mappatura della rete dei servizi locali e analisi delle modalità di invio reciproco.

18.00 CONCLUSIONI

Info

Iscrizioni e Informazioni:

corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti

corsi-salut-are@provincia.parma.it
salutare2010@gmail.com

CORSO DI CREMONA

VENERDÌ 22 GIUGNO 2012

Sala del Centro Interculturale Mondinsieme,
Via Speciano 2 - CREMONA

8.45 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 MICHELE ROSSI

(Coordinatore Progetto FER Salut-are, CIAC Parma)

Presentazione del progetto

"Salut-are: formare, confrontare, cambiare per migliorare i servizi di tutela socio-sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale".

10.30 MARIKA ARMENTO

(Progetto Salut-are, operatore giuridico CIAC Parma)

La procedura di riconoscimento della protezione internazionale: panoramica introduttiva a leggi, figure giuridiche, sistemi di accoglienza.

11.30 AGOSTINO ZANOTTI

(Coordinatore Regionale FER Salut-are, Ass. ADL a Zavidovici - Brescia)

Le vulnerabilità: la dimensione della cura e della continuità tra vulnerabilità e autonomia.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 CARLO BRACCI

(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, fondatore Ass. Medici contro la tortura)

Riconoscere la tortura: semiotica, diagnosi e relazione clinica.

16.00 ADELE TONINI

(Ginecologa, Coordinatrice scientifica Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario CIAC-Ausl PR, già responsabile Programma Salute Immigrati Ausl Parma)

L'approccio di genere e il lavoro di rete tra servizi nella presa in carico delle situazioni maggiormente vulnerabili tra richiedenti e titolari di protezione internazionale.

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

SABATO 23 GIUGNO 2012

Sala del Centro Interculturale Mondinsieme,
Via Speciano 2 - CREMONA

9.00 MARCO TREVIA

(Referente psichiatra CSM Ausl Parma c/o Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario CIAC-Ausl PR)

Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali; la relazione e il progetto terapeutico con la popolazione rifugiata.

11.00 MICHELE ROSSI

(Coordinatore Progetto FER Salut-are, CIAC Parma)

Dalla complessità dei bisogni alla complessità della risposta: l'importanza dell'équipe multidisciplinare. Studio di un caso

13.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni:

corsi-salut-are@provincia.parma.it

Contatti:

www.salut-are.provincia.parma.it
info-salut-are@provincia.parma.it

CORSO DI CROTONE

VENERDI' 15 GIUGNO 2012

Biblioteca P.O., Crotone

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 Saluti delle Autorità

Giuseppe Nardi

(Dirigente Settore Politiche Sociali - Dipartimento 10 - Regione Calabria)

Rocco Antonio Nostro

(Direttore Generale A.S.P. Crotone)

Francesco Paravati

(Direttore Sanitario A.S.P. Crotone)

10.00 Emilia Corea

(Coordinatrice Regionale Calabria - Progetto Salut-are)

La percezione della vulnerabilità nella popolazione rifugiata presso gli operatori sanitari e sociali della rete dei servizi territoriale e nazionale. Presentazione del progetto Salut-Are e della rilevazione dei bisogni formativi.

11.00 Adele Tonini

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti titolari di protezione internazionale)

Tra competenze professionali, funzioni trasversali e lavoro di rete: modelli organizzativi e metodologici per la tutela sanitaria e sociale della popolazione rifugiata nell'esperienza del coordinamento interdisciplinare socio-sanitario di Parma.

13.00 PAUSA PRANZO

LE VITTIME DI TORTURA.

14.00 Carlo Bracci

(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, fondatore Ass Medici contro la tortura)

Riconoscere la tortura: semiotica, diagnosi e relazione clinica.

16.00 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

SABATO 16 GIUGNO 2012

Biblioteca P.O., Crotone

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

I PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO

9.00 Elina Suffredini

(Direttore CSM Crotone)

Il pregiudizio e la relazione di cura con i rifugiati.

11.00 Salvatore Inglese

(Medico Psichiatra - Responsabile Modulo Psichiatria Transculturale e di Comunità DSM - USL 7 Catanzaro)

Il disagio mentale: elementi di psicologia transculturale. Il progetto terapeutico con i rifugiati politici.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 Patrizia Buonamici

(Membro UNHCR)

L'esperienza di lavoro nell'ambito delle commissioni, dell'audizione delle vittime di tortura e delle specifiche tecniche d'intervista. Modalità di invio reciproco.

16.00 Enza Papa

(Responsabile Progetto "Asylon Cosenza, la città dell'accoglienza" - Associazione Culturale "La Kasbah Onlus")

Il quadro giuridico-normativo e l'accesso di richiedenti e titolari di protezione internazionale ai servizi sanitari e sociali: tra titolarità ed esigibilità dei diritti.

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

MODERATORI: Dott. Lucio Cosentino
Dott. Francesco Paravati

Info

Iscrizioni:
formazione@asp.crotone.it
corsi-salut-are@provincia.parma.it
(indicare la sede del corso di interesse)
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
Salutare2010@gmail.com
corsi-salut-are@provincia.parma.it

CORSO DI FERRARA

I GIORNATA

VENERDÌ 16 MARZO 2012

Aula didattica corso di laurea

"Terapisti della Riabilitazione psichiatrica"

Via della Ghiara, 38 Ferrara

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

8.45 SALUTI DELLE AUTORITÀ

9.30 FEDERICO TSUCALAS

(Coordinatore tematico FER Salut-are, Cooperativa Sociale Camelot - Officine Cooperative Ferrara)

FRANCESCO CAMISOTTI

(Cooperativa Sociale Camelot - Officine Cooperative Ferrara)

Presentazione di Salut-are: dati emersi dalla rilevazione a livello locale, richiedenti/titolari di protezione internazionale nella provincia di Ferrara.

10.00 MASSIMO CIPOLLA

(Consulente legale Centro Servizi Integrati per l'Immigrazione [CSII], socio ASGI)

Accesso alla salute dei rifugiati e procedura di riconoscimento della protezione.

11.00 GIUSEPPE CARDAMONE

(Direttore UFSMA USL9 Grosseto)

Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 FILIPPO CASADEI

(Semiologo CERISC Prato, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

La diversità culturale: approccio consapevole e mediazione in clinica.

16.30 CASO STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

II GIORNATA

MERCOLEDÌ 21 MARZO 2012

Aula didattica corso di laurea

"Terapisti della Riabilitazione psichiatrica"

Via della Ghiara, 38 Ferrara

9.00 ROSA MARIA GAUDIO

(Ricercatore confermato -RCU- Università degli Studi di Ferrara)

I segni di violenza e la certificazione medico-legale.

11.00 SERGIO ZORZETTO

(Psicoterapeuta CERISC Prato, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

Le vulnerabilità: la dimensione della cura e della continuità tra vulnerabilità e autonomia.

13.00 PAUSA PRANZO

14.30 ADELE TONINI

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

MICHELE ROSSI
(CIAC Parma, Coordinatore progetto FER Salut-are)
Complessità della risposta e importanza dell'équipe multidisciplinare.

16.00 MARIA AUGUSTA NICOLI

(Agenzia Sanitaria-Sociale Regione Emilia Romagna, membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

MARISA CALACOCI

(Pediatria con formazione in Medicina delle Migrazioni-Cooperativa Sociale Camelot, Componente Commissione Immigrazione dell'Ordine dei Medici della provincia di Ferrara)

La rete: riferimenti, teorie e modelli territoriali, mappatura dei servizi e buone prassi.

17.00 CASO STUDIO

18.30 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
salutare2010@gmail.com

Cooperativa sociale CAMELOT - Officine cooperative
via Fortezza, 15 44121 Ferrara
tel. 0532 202945 fax 0532 208992
e-mail: info@coopcamelot.org

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale
Dipendenze Patologiche
Direzione e Segreteria: Via Ghiara 38 44121 Ferrara
Tel. 0532/235435 - FAX 0532/235426
e-mail: a.vanni@ausl.fe.it

CORSO DI FIRENZE

I GIORNATA

VENERDÌ 30 MARZO 2012

Struttura di Accoglienza "Santa Caterina"
Via S. Caterina d'Alessandria, 13/a - Firenze

- 9.00 AFEF HAGI**
(Coordinatore regionale Toscana, Prog. Fer Salut-are)
La rilevazione dei bisogni formativi e l'analisi organizzativa delle reti territoriali.
- 9.40 ANDREA CANESCHI**
(Direttore DSM Firenze)
L'esperienza del DSM con le popolazioni migranti: prospettive operative.
- 10.15 FILIPPO CASADEI**
(Semiologo CERISC Prato, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)
La mediazione etnopsichiatrica con le popolazioni rifugiate.
- 12.15 SERGIO ZORZETTO**
(Psicoterapeuta CERISC Prato, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)
I percorsi della presa in carico, della cura e della riabilitazione secondo l'ottica etnopsichiatrica: l'esperienza del C.E.R.I.S.C.
- 13.00 PAUSA PRANZO**
- 14.00 SERGIO ZORZETTO**
(Psicoterapeuta CERISC Prato, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)
I percorsi della presa in carico, della cura e della riabilitazione secondo l'ottica etnopsichiatrica: l'esperienza del C.E.R.I.S.C.
- 15.00 GIANCARLO SANTONE**
(Medico psichiatra USL RM/A, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)
I percorsi della presa in carico, della cura e della riabilitazione secondo l'ottica etnopsichiatrica: l'esperienza del SAMIFO.
- 18.00 CONCLUSIONI**

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
Afef Hagi,
Coordinatore regionale FER Salut-are Toscana
afef.hagi@gmail.com

II GIORNATA

VENERDÌ 13 APRILE 2012

Struttura di Accoglienza "Santa Caterina"
Via S. Caterina d'Alessandria, 13/a - Firenze

- 9.00 LUIGI ANDREINI**
(ass. Progetto Accoglienza)
Il sistema nazionale di accoglienza dei richiedenti e titolari di protezione internazionale.
- 9.40 LUIGI TESSITORE**
(ASGI)
Il quadro di riferimento normativo e giuridico nella presa in carico dei titolari e richiedenti di protezione internazionale.
- 11.10 GIUSEPPE CARDAMONE**
(Direttore UFSMA USL9 Grosseto)
La rete dei servizi nella presa in carico dei rifugiati e richiedenti asilo.
- 13.00 PAUSA PRANZO**
- 14.00 ROBERTO ERMANNI**
(Consorzio CO & SO Firenze, Cooperativa "Il Cenacolo")
La realtà dell'accoglienza in Toscana.
- 16.00 CARLO BRACCI**
(Medico legale, Medici contro la Tortura, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)
I percorsi dell'emersione della vulnerabilità, della diagnosi e della certificazione.
- 18.00 CONCLUSIONI**

III GIORNATA

VENERDÌ 1 GIUGNO 2012

FOLLOW-UP

Struttura di Accoglienza "Santa Caterina"
Via S. Caterina d'Alessandria, 13/a - Firenze

- 9.00 MARIA AUGUSTA NICOLI**
(Agenzia Sanitaria-Sociale Regione Emilia Romagna, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)
- GIUSEPPE CARDAMONE**
(Direttore UFSMA USL9 Grosseto)
- 13.00 CHIUSURA DEI LAVORI E ADEMPIMENTI ECM**

CORSO DI FOGGIA

I GIORNATA

MERCOLEDÌ 16 MAGGIO 2012

Sala Consiliare della Provincia (nuova sede)
via Telesforo - Foggia

- 8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI**
- 9.00 SALUTI**
NICOLA FRATOIANNI
(Assessore alle Politiche Giovanili e Cittadinanza Sociale- Regione Puglia)
ANTONIO MONTANINO
(Assessore alla Politiche Sociali- Provincia di Foggia)
- 9.30 ERMINIA RIZZI**
(Coordinatrice Regionale Puglia - Progetto Salut-are)
La rilevazione dei bisogni formativi e analisi organizzativa delle reti territoriali.
- 10.15 I PERCORSI DELL'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI**
GIANFRANCO SCHIAVONE
(ASGI-Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)
Il sistema asilo ed il modello di accoglienza in Italia: analisi, criticità e punti di forza. La vulnerabilità.
- MARIA LUISA LEMMA**
(Coordinatore tematico MSNA Prog. FER Salut-are)
ENNIO GUADAGNO e STEFANIA DI GENNARO
(ASL FG)
La rete per il diritto alla cura nell'ASL di Foggia e l'esperienza degli ambulatori STP.
- 12.30 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO**
- 13.30 PAUSA PRANZO**
- 14.30 I PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO, DELLA CURA E DELLA RIABILITAZIONE**
ITALO SIENA
(Medico, Naga Har Milano)
Le conseguenze psicologiche nelle vittime di tortura e la mediazione culturale in ambito clinico.
- ANTONIO D'ONGHIA**
(Medico psichiatra CSM FOGGIA)
Quale progetto terapeutico per i richiedenti/titolari protezione nel CSM?
- 16.30 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO**
- 18.30 CHIUSURA DEI LAVORI**

II GIORNATA

MARTEDÌ 22 MAGGIO 2012

Sala Consiliare della Provincia (nuova sede)
via Telesforo - Foggia

- 8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI**
- 9.00 I PERCORSI DELL'EMERSIONE DELLA VULNERABILITÀ, DELLA DIAGNOSI E DELLA CERTIFICAZIONE.**
CARLO BRACCI
(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, fondatore Ass. Medici contro la tortura)
L'emersione attraverso il riconoscimento dei sintomi e dei segni della violenza. La certificazione medico legale degli esiti fisici della tortura nella procedura di riconoscimento del diritto alla protezione.
- CHIARA MARCHETTI**
(Ricercatrice Università degli studi di Milano, Dip. Studi sociali e politici)
La salute della donna rifugiata nella rete territoriale.
- ILARIA CHIAPPERINO**
(Coordinatrice Area Immigrazione, Protezione sociale e tratta, Oasi 2-Trani)
Richiedenti asilo e vittime di tratta: analisi, emersione e presa in carico, coordinamento tra sistemi di protezione.
- 12.30 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO**
- 13.30 PAUSA PRANZO**
- 14.30 MAPPATURA DELLA RETE DEI SERVIZI LOCALI E ANALISI DELLE MODALITÀ DI INVIO RECIPROCO: LA COSTRUZIONE DELLA RETE TERRITORIALE**
MARIA TERESA L'ABBATE
(Dirigente AREs Puglia)
La rete dei servizi socio-sanitari in Puglia.
- CHIARA MARCHETTI**
(Ricercatrice Università degli studi di Milano, Dip. Studi sociali e politici)
Il concetto di rete: teorie, modelli territoriali e buone prassi.
- MICHELE ROSSI**
(Coordinatore nazionale progetto FER Salut-are)
La definizione di un modello per un'accoglienza integrata e la costruzione dell'equipe multidisciplinare.
- 17.00 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO**
- 18.30 CHIUSURA DEI LAVORI**

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
(Indicare la sede del corso di interesse)
www.salut-are.provincia.parma.it
glrbari@hotmail.it

Contatti
www.salut-are.provincia.parma.it
salutare2010@gmail.com

CORSO DI FROSINONE

I GIORNATA

GIOVEDÌ 19 APRILE 2012

Sala Convegni ASL Frosinone

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

8.45 SALUTI

FERNANDO FERRAUTI

(Direttore Dipartimento 3 D ASL-FR)

9.00 NARCISO MOSTARDA

(Direttore per l'Integrazione socio-sanitaria ASL-FR; Direttore Dipartimento Salute Mentale Frosinone)

Processi e metodologia di integrazione socio-sanitaria nei servizi destinati ai richiedenti asilo.

10.00 DAVID DONFRANCESCO

(Coordinatore regionale Lazio FER Salut-are)

Presentazione del progetto e l'analisi della rilevazione dei bisogni formativi.

11.00 MARIA LUISA LEMMA

(Coordinatore tematico FER Salut-are MSNA)

Politiche europee, nazionali e locali sull'immigrazione con particolare riferimento ai minori non accompagnati richiedenti asilo.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 GIANCARLO SANTONE

(Medico psichiatra USL RM/A, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

Il disagio mentale: elementi di psicologia transculturale.

16.00 LUCIO MACIOCIA

(Responsabile Area Disagio Dipartimento 3D ASL-FR)

Il disagio mentale nei giovani minori migranti.

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
www.salut-are.provincia.parma.it
salutare2010@gmail.com

II GIORNATA

GIOVEDÌ 26 APRILE 2012

Sala Convegni ASL Frosinone

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 DAVID DONFRANCESCO

(Coordinatore regionale Lazio FER Salut-are)

L'analisi organizzativa delle reti territoriali.

10.00 DALL'ACCESSO ALLA PRESA IN CARICO

ADELE TONINI

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

MICHELE ROSSI

(Coordinatore progetto FER Salut-are, CIAC Ontus)

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 LA RETE LOCALE

ADELE TONINI

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

MICHELE ROSSI

(Coordinatore progetto FER Salut-are, CIAC Ontus)

LUCIO MACIOCIA

(Responsabile Area Disagio Dipartimento 3D ASL-FR)

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

III GIORNATA

VENERDÌ 25 MAGGIO 2012

FOLLOW-UP

Sala Convegni ASL Frosinone

9.00 CONSENSUN CONFERENCE

PER LA VALIDAZIONE DEI RISULTATI OTTENUTI

MICHELE ROSSI

(Coordinatore progetto FER Salut-are, CIAC Ontus)

LUCIO MACIOCIA

(Responsabile Area Disagio Dipartimento 3D ASL-FR)

SALVATORE D'ANGIO'

(Presidente Cooperativa sociale Ethica Cassino)

CORSO DI GROSSETO

I GIORNATA

VENERDÌ 23 MARZO 2012

Casello Idraulico
Via Roma 43, Follonica

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 AFEF HAGI

(Coordinatore regionale Toscana, Prog. Fer Salut-are)

La rilevazione dei bisogni formativi e l'analisi organizzativa delle reti territoriali.

10.00 FILIPPO CASADEI

(Semiologo CERISC Prato, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

La mediazione etnoclinica con le popolazioni rifugiate.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 SALVATORE INGLESE

(Medico Psichiatra - Responsabile Modulo Psichiatria Transculturale e di Comunità DSM -USSL 7 Catanzaro)

I percorsi della presa in carico, della cura e della riabilitazione secondo l'ottica etnopsichiatrica.

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
Afe Hag, Coordinatore regionale FER Salut-are Toscana
afef.hagi@gmail.com

II GIORNATA

MERCOLEDÌ 4 APRILE 2012

Sala Consiliare comunale
Largo Cavallotti 1, Follonica

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 GIUSEPPE CARDAMONE

(Psichiatra, Direttore UFSMA USL9 Grosseto)

L'organizzazione dei servizi nella presa in carico dei richiedenti e titolari di protezione internazionale.

11.00 SIMONE FAGGI

(Esperto e Consulente in Diritto dell'Immigrazione)

Il quadro di riferimento normativo e giuridico nella presa in carico dei titolari e richiedenti di protezione internazionale.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 CARLO BRACCI

(Medico legale, Medici contro la Tortura, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

I percorsi dell'emersione della vulnerabilità, della diagnosi e della certificazione.

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

III GIORNATA

GIOVEDÌ 24 MAGGIO 2012

FOLLOW-UP

Sala Consiliare comunale
Largo Cavallotti 1, Follonica

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 GIANCARLO SANTONE

(Psichiatra USL RM/A, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

13.00 CHIUSURA DEI LAVORI E ADEMPIMENTI ECM

CORSO DI ROMA

MERCOLEDÌ 27 GIUGNO 2012

Sala di rappresentanza della ASL, Presidio Nuovo Regina Margherita di Via Morosini 30 (Trastevere), Roma.

9.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

PRIMA SESSIONE LE PROCEDURE DI ACCERTAMENTO DELL'ETÀ DEI MINORI MIGRANTI

9.00 SALUTI

Antonella Inverno
(Componente Comitato Scientifico Salut-are, Responsabile Unità Policy and Law - Save the Children Italia)

9.30 Maria Luisa Lemma

(Coordinatore tematico MSNA Prog. FER Salut-are)
I risultati della rilevazione dei bisogni formativi degli operatori socio-sanitari operanti con minori stranieri non accompagnati.

10.00 Silvano Milani

(Ordinario di Statistica Medica Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità Sezione di Statistica Medica & Biometria "GA Maccacaro")
Affidabilità delle tecniche per l'accertamento dell'età.

11.15 PAUSA

11.30 Cristina Laura Cecchini

(Membro ASGI-Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione)
Gli aspetti giuridici e i risvolti giurisdizionali nelle procedure di accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati.

13.00 PAUSA PRANZO

SECONDA SESSIONE I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

14.00 Andrea Pecoraro

(Componente della Commissione Territoriale di Roma per il riconoscimento della protezione internazionale, Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati - U.N.H.C.R.)
La Convenzione di Ginevra e i minori stranieri non accompagnati.

15.30 PAUSA

15.45 Rodolfo Mesaroli

(Psicologo, Centro diurno per minori Civico Zero)
Syed Hasnain
(Mediatore culturale, Centro diurno per minori Civico Zero)
Dai percorsi di accoglienza all'integrazione. L'esperienza di Civico Zero.

17.15 LAVORO DI GRUPPO SU CASI STUDIO

18.30 CHIUSURA DEI LAVORI

GIOVEDÌ 28 GIUGNO 2012

Sala di rappresentanza della ASL, Presidio Nuovo Regina Margherita di Via Morosini 30 (Trastevere), Roma.

PRIMA SESSIONE MINORI E NUCLEI FAMILIARI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

9.00 Salvatore Fachile

(Membro ASGI-Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione)
Le forme di tutela per i minori accompagnati da genitori richiedenti protezione internazionale.

10.30 COFFEE BREAK

10.45 Ginevra Sammartino

(Mediatrice culturale C.A.R.A. di Castelnuovo di Porto)
L'accoglienza dei nuclei familiari all'interno dei Centri di accoglienza per richiedenti asilo. L'esperienza del C.A.R.A. di Castelnuovo di Porto.

11.30 Chiara Matteini

(Psicologa Ce.R.I.S.C. onlus, Prato)
I percorsi di presa in carico, della cura e della riabilitazione. Quale progetto terapeutico per i nuclei familiari in fuga con minori?

12.15 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

13.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni:
marialuisa.lemma@savethechildren.it
corsi-salut-are@provincia.parma.it

Contatti
Dott.ssa Maria Luisa Lemma (347-0132882)
www.salut-are.provincia.parma.it
salutare2010@gmail.com

CORSO DI NAPOLI

I GIORNATA GIOVEDÌ 24 MAGGIO 2012

Palazzetto Urban, via Trinità delle Monache 1, Parco dei Quartieri Spagnoli - Napoli

9.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

10.00 MARIKA VISCONTI

(Coordinatore regionale Campania Progetto FER Salut-are, Associazione L.E.S.S. onlus)

LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI E L'ANALISI ORGANIZZATIVA DELLE RETI TERRITORIALI. La percezione della vulnerabilità nella popolazione rifugiata presso gli operatori sanitari e sociali della rete dei servizi territoriali e nazionali: presentazione della ricerca.

11.30 MICHELE ROSSI

(Coordinatore progetto FER Salut-are, CIAC Onlus)
La prospettiva sistemica: modelli organizzativi e operativi per una accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 SHAFIK KURTAM

(Presidente della Comunità Palestinese di Napoli - Medico di medicina generale)
L'esperienza di un medico di famiglia nel percorso assistenziale dei richiedenti protezione internazionale.

15.00 CARLO BRACCI

(Membro Comitato Scientifico Progetto FER Salut-are, fondatore Ass. Medici contro la tortura)
La tutela medico legale e la certificazione come processualità multiprofessionale.

16.00 LUCIANO GUALDIERI

(Medico di medicina generale ASL Napoli 1 - Responsabile del Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati del P.O. Ascalesi)
L'esperienza a Napoli nella certificazione medico-legale ai richiedenti protezione internazionale.

17.00 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

19.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Informazioni:
info@less-onlus.org
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
www.salut-are.provincia.parma.it
salutare2010@gmail.com
info@less-onlus.org

II GIORNATA LUNEDÌ 28 MAGGIO 2012

Palazzetto Urban, via Trinità delle Monache 1, Parco dei Quartieri Spagnoli - Napoli

9.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

10.00 MARIA CHIARA MONTI

(Psicologa e psicoterapeuta, socio SIMM)
La diversità culturale: approccio consapevole e mediazione in clinica.

11.30 MARIA CHIARA MONTI

(Psicologa e psicoterapeuta, socio SIMM)
La clinica con le donne richiedenti e titolari di protezione internazionale.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 MARIA LUISA LEMMA

(Coordinatore tematico Progetto FER Salut-are MSNA)
Politiche europee, nazionali e locali sull'immigrazione con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo.

16.00 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

19.00 CHIUSURA DEI LAVORI

III GIORNATA

FOLLOW-UP

Napoli - giugno 2012

MARIKA VISCONTI

(Coordinatore regionale Campania Progetto FER Salut-are, Associazione L.E.S.S. onlus)

LUCIANO GUALDIERI

(Medico di medicina generale ASL Napoli 1 - Responsabile del Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati del P.O. Ascalesi)

CORSO DI PALERMO

VENERDÌ 20 APRILE 2012

Aula H, Azienda Policlinico Universitario,
Via Parlavacchio, Palermo

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

8.45 SALUTI

MARIO AFFRONTI

(Presidente SIMM, Azienda Policlinico
Universitario di Palermo)

9.30 GIUSEPPE CARDAMONE

(Psichiatra, Direttore UFSMA USL9 Grosseto)

**L'accesso dei migranti
ai servizi di salute mentale:
elementi di salute mentale di comunità.**

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 SERGIO ZORZETTO

(Psicoterapeuta CERISC Prato,
Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

**Il dispositivo di mediazione
clinica con i migranti forzati.**

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

MERCOLEDÌ 2 MAGGIO 2012

Aula H, Azienda Policlinico Universitario,
Via Parlavacchio, Palermo

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 FRANCESCO COLOSIMO

(Medico Psichiatra CSM 6 e CSM 9, ASL Roma C -
Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

Elementi di etnopsicofarmacologia

11.00 FRANCESCO COLOSIMO

(Medico Psichiatra CSM 6 e CSM 9, ASL Roma C -
Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

La diagnosi in contesto transculturale.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 MARIA CHIARA MONTI

(Psicologa e psicoterapeuta, socio SIMM)

**Psicoterapia con vittime di tortura:
dall'emersione del fenomeno alla cura.**

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
www.salut-are.provincia.parma.it
salutare2010@gmail.com

CORSO DI PARMA

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012

Sala Riunioni Croce Rossa - Via Riva, 2 - Parma

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

8.45 SALUTI

Massimo Fabi (Direttore Generale AUSL di Parma)

Marcella Sacconi (Assessore Politiche Sociali Provincia di Parma)

Emilio Rossi (Presidente CIAC Onlus)

9.15 APERTURA DEI LAVORI

Moderatore Paolo Merighi (Ciac Onlus)

LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI E L'ANALISI ORGANIZZATIVA DELLE RETI TERRITORIALI.

La percezione della vulnerabilità nella popolazione rifugiata presso gli operatori sanitari e sociali della rete dei servizi territoriale e nazionale: presentazione della ricerca.

Michele Rossi e Marika Armento

(Coordinatori progetto FER Salut-are)

11.00 I PERCORSI DELL'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI E DI EMERSIONE DEL- LA VULNERABILITÀ.

Gianfranco Schiavone

(ASGI-Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)

Il sistema dell'asilo in Italia e le vulnerabilità: criticità emergenti, punti di forza e analisi del fenomeno per una definizione complessiva di "vulnerabilità".

Adele Tonini (Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

L'esperienza sperimentale del coordinamento socio-sanitario interdisciplinare di Parma per la presa in carico delle situazioni vulnerabili tra richiedenti e titolari protezione internazionale. Approccio di genere e lavoro di rete.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 I PERCORSI DELL'EMERSIONE DELLA VULNERABILITÀ, DELLA DIAGNOSI E DELLA CERTIFICAZIONE.

Faissal Choroma (Spazio Salute Immigrati, AUSL Parma, referente sanitario Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

Il protocollo di Istanbul e i relativi protocolli operativi.

Carlo Bracci (Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, fondatore Ass. Medici contro la tortura)

La tutela medico legale e la certificazione come processualità multiprofessionale.

15.45 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

GIOVEDÌ 23 FEBBRAIO 2012

Sala Riunioni Croce Rossa - Via Riva, 2 - Parma

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 APERTURA DEI LAVORI

Moderatore Paolo Volta (AUSL Parma, Direttore Attività Socio-Sanitarie AUSL Parma)

I PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO, DELLA CURA E DELLA RIABILITAZIONE.

Marco Trevia (Ref. Psichiatra CSM AUSL Parma Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

La relazione ed il progetto terapeutico con la popolazione rifugiata.

Filippo Casadei (Esperto di metodologia della mediazione culturale in ambito clinico, Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)

La mediazione etnoclinica con le popolazioni rifugiate.

11.00 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

13.00 PAUSA PRANZO

Moderatore Ignazio Morreale (Ref. Organizzativo AUSL Parma Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

MAPPATURA DELLA RETE DEI SERVIZI LOCALI E ANALISI DELLE MODALITÀ DI INVIO RECIPROCO.

Maria Augusta Nicolì (Agenzia Sanitaria-Sociale Regione Emilia Romagna, membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

La rete dei servizi socio-sanitari e percorsi di tutela della popolazione rifugiata: attuali sinergie e prospettive di possibili integrazioni.

Chiara Marchetti (Ricercatrice Univ. Degli Studi di Milano, Dip. Studi sociali e politici)

La prospettiva sistemica: modelli organizzativi e operativi per una accoglienza integrata attenta alle situazioni vulnerabili.

16.00 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
(Indicare la sede del corso di interesse)

Contatti
www.salut-are.provincia.parma.it
info-salut-are@provincia.parma.it

CORSO DI RAGUSA

I GIORNATA

GIOVEDÌ 12 APRILE 2012

Fondazione S.G.Battista, Salone del Vescovado
Via Roma 109 - Ragusa

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 GIUSEPPINA CAVALIERI

(Coordinatore regionale Sicilia FER Salutare -
Fondazione San Giovanni Battista)

Presentazione del Progetto FER Salut-Are. Criticità' e dati emersi dalla rilevazione a livello locale.

9.30 VINCENZO LA MONICA

(Responsabile Caritas Immigrazione)

Presentazione dati Dossier statistico Immigrazione 2011: la provincia di Ragusa.

10.00 LUCIA IUZZOLINI

(Avvocato, Membro Commissione Territoriale per il Riconoscimento d'Asilo di Crotone, Referente legale S.P.R.A.R. per la Sicilia)

Accesso alla salute dei rifugiati e procedura di riconoscimento della protezione internazionale: quadro di riferimento normativo.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 CARLO BRACCI

(Medico legale, Medici contro la Tortura, Membro Comitato Scientifico FER Salut-are)

I percorsi dell'emersione della vulnerabilità; definizioni, forme di tortura, trattamenti inumani e degradanti; specificità degli eventi traumatici estremi e della tortura.

16.30 CASO STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

II GIORNATA

GIOVEDÌ 19 APRILE 2012

Fondazione S.G.Battista, Salone del Vescovado
Via Roma 109 - Ragusa

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 MARIA CHIARA MONTI

(Psicologa e psicoterapeuta, socio SIMM)

Dai sintomi alla diagnosi: presa in carico, cura e riabilitazione dei richiedenti e/o titolari di protezione internazionale.

10.30 MARIA CHIARA MONTI

(Psicologa e psicoterapeuta, socio SIMM)

La relazione come strumento terapeutico nel lavoro con i richiedenti e/o titolari di protezione internazionale.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 GIUSEPPINA PAVONE

(Docente Università di Catania, specialista Politiche sociali e della formazione)

La rete: integrazione e dialogo tra livelli di intervento e competenze diverse.

16.00 CASO STUDIO

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti
Salutare2010@gmail.com
corsi-salut-are@provincia.parma.it

CORSO DI SENIGALIA

I GIORNATA

VENERDÌ 1 GIUGNO 2012

Mediateca della Biblioteca Comunale Antonelliana
Via Ottorino Manni, 1 - Foro Annonario - Senigallia

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

8.45 SALUTI ISTITUZIONALI

Gianni Fiorentini
(Assessore alle Politiche Sociali della Provincia di Ancona)

Fabrizio Volpini
(Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Senigallia)

Gilberto Gentili
(Direttore del Distretto di Senigallia - Area Vasta 2 Asur Marche)

9.00 Angela Rodano

(Project Manager del Prog. FER Super-abile per il Circolo Culturale Africa - Circolo Culturale Arci Africa, Ancona)

LA RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI E L'ANALISI ORGANIZZATIVA DELLE RETI TERRITORIALI.

La percezione della vulnerabilità nella popolazione rifugiata presso gli operatori sanitari e sociali della rete dei servizi territoriale e nazionale: restituzione della ricerca del Progetto FER Salut-are.

10.00 Maria Luisa Lemma

(Coordinatore tematico MSNA Prog. FER Salut-are)

I Minori Stranieri Non Accompagnati:

dall'identificazione ai percorsi di tutela

13.30 PAUSA PRANZO

15.00 I PERCORSI DELL'EMERSIONE DELLA VULNERABILITÀ: LA DIAGNOSI E LA CERTIFICAZIONE.

Adele Tonini

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

L'esperienza sperimentale del coordinamento socio-sanitario interdisciplinare di Parma per l'emersione e la diagnosi delle situazioni vulnerabili tra richiedenti e titolari protezione internazionale.

Faissal Choroma

(Spazio Salute Immigrati, AUSL Parma, referente sanitario Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

18.30 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni: corsi-salut-are@provincia.parma.it
Contatti: Dott.ssa Angela Rodano [392-9926786]
www.salut-are.provincia.parma.it info-salut-are@provincia.parma.it

II GIORNATA

VENERDÌ 8 GIUGNO 2012

Mediateca della Biblioteca Comunale Antonelliana
Via Ottorino Manni, 1 - Foro Annonario - Senigallia

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 Marika Armento

(CIAC Onlus Parma)

Rifugiati e richiedenti asilo: la situazione giuridica e legislativa in Italia e il Reg. "Dublino" CE 343/2003.

10.00 Chiara Marchetti

(Ricercatrice Univ. degli Studi di Milano, Dip. Studi sociali e politici)

Teorie e politiche dell'accoglienza e accompagnamento dei richiedenti asilo e rifugiati portatori di disagio mentale

13.30 PAUSA PRANZO

15.00 Michele Rossi

(Coordinatore nazionale progetto FER Salut-are)

La definizione di un modello per un'accoglienza ed una presa in carico integrata dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale. La costruzione dell'équipe multidisciplinare.

17.30 Marco Trevia

(Ref. Psichiatra CSM AUSL Parma Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

La relazione ed il progetto terapeutico di presa in carico con la popolazione rifugiata: il disagio mentale.

18.30 CHIUSURA DEI LAVORI

III GIORNATA

SABATO 9 GIUGNO 2012

Mediateca della Biblioteca Comunale Antonelliana
Via Ottorino Manni, 1 - Foro Annonario - Senigallia

8.30 RETI TERRITORIALI E CONTESTI ACCOGLIENTI. PROSPETTIVE DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.

Marco Trevia

(Ref. Psichiatra CSM AUSL Parma Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

Michele Rossi

(Coordinatore nazionale progetto FER Salut-are)

12.30 CHIUSURA DEI LAVORI

CORSO DI TORINO

I GIORNATA MERCOLEDÌ 2 MAGGIO 2012

Biblioteca del Sermig,
Piazza Borgo Dora 61 - Torino

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 MANUELA SPADARO

(Coordinatrice per il Piemonte
progetto FER Salut-are, socia ASGI)

La percezione della vulnerabilità nella popolazione rifugiata presso gli operatori sanitari e sociali della rete dei servizi territoriale e nazionale: presentazione della ricerca.

10.30 I PERCORSI DELL'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI E DI EMERSIONE DELLA VULNERABILITÀ.

ORNELLA FIORE

(Avvocato, socia ASGI)

Il sistema dell'asilo in Italia e le vulnerabilità: criticità emergenti, punti di forza e analisi del fenomeno per una definizione complessa di "vulnerabilità".

ADELE TONINI

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

L'esperienza sperimentale del coordinamento socio-sanitario interdisciplinare di Parma per la presa in carico delle situazioni vulnerabili tra richiedenti e titolari protezione internazionale. Approccio di genere e lavoro di rete.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 CARLO BRACCI

(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, fondatore Ass. Medici contro la tortura)

La tutela medico legale e l'importanza della certificazione come processualità multi professionale. Metodi a confronto.

MARIA ANTONIA DI MAIO

(Consulente indipendente, Anti-tratta,
migrazione e protezione dei minori)

Accertamento dell'età in Europa: principali problematiche e raccomandazioni per un'effettiva tutela dei minori.

16.30 DIBATTITO E CONFRONTO CON I PARTECIPANTI SULLE TEMATICHE TRATTATE E SULLE ESPERIENZE DI CIASCUNO IN MERITO ALLE STESSE

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni e Informazioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it
www.salut-are.provincia.parma.it

Contatti

salutare2010@gmail.com
info-salut-are@provincia.parma.it

II GIORNATA MARTEDÌ 8 MAGGIO 2012

Biblioteca del Sermig,
Piazza Borgo Dora 61 - Torino

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 NATALIE GHIRARDI

(Avvocato, socia ASGI)

Il quadro di riferimento normativo e giuridico nella presa in carico e nell'accesso alla salute dei titolari e richiedenti protezione internazionale.

11.00 SUAD OMAR

(Mediatrice del Comune di Torino-Ufficio Stranieri)

La mediazione con le popolazioni rifugiate.

13.00 PAUSA PRANZO

14.00 LA MEDIAZIONE ETNOCLINICA CON LE POPOLAZIONI RIFUGIATE

SIMONA TALIANI

(Antropologa, Psicologa e Psicoterapeuta, Università di Torino e Associazione Frantz Fanon)

Ellissi della parola. Memorie e verità traumatiche nell'esperienza clinica con richiedenti asilo e rifugiati.

15.30 ROBERTO BERTOLINO

(Psicoterapeuta, socia Associazione Frantz Fanon)

Corpo, Cultura e Storia nella presa in carico di richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale: approccio consapevole e mediazione in clinica.

16.30 DIBATTITO E CONFRONTO CON I PARTECIPANTI SULLE TEMATICHE TRATTATE E SULLE ESPERIENZE DI CIASCUNO IN MERITO ALLE STESSE

18.00 CHIUSURA DEI LAVORI

III GIORNATA GIOVEDÌ 7 GIUGNO 2012

Biblioteca del Sermig,
Piazza Borgo Dora 61 - Torino

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 ADELE TONINI

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

ORNELLA FIORE

(Avvocato, socia ASGI)

12.00 VALUTAZIONE APPRENDIMENTO

13.00 CHIUSURA DEI LAVORI

CORSO DI TRIESTE

VENERDÌ 11 MAGGIO 2012

ASS 1 Dipartimento di Salute Mentale
Via E. Weiss 5 - Trieste

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9.00 SALUTI

Laura Famulari

(Assessore alle politiche sociali, Comune di Trieste)

Fabio Samani

(Direttore Generale Ass n. 1 triestina)

PRIMA SESSIONE

I PERCORSI DELL'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI E DI EMERSIONE DELLA VULNERABILITÀ.

9.30 Gianfranco Schiavone

(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, ICS)

La percezione della vulnerabilità nella popolazione rifugiata presso gli operatori sanitari e sociali della rete dei servizi territoriale e nazionale: presentazione dei dati scaturiti a livello nazionale dalla ricerca di Salut-are.

10.00 Assunta Signorelli

(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, primario Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura - ASS Trieste, referente per il progetto SPRAR - vulnerabili - ICS)

L'accesso ai servizi e il progetto terapeutico con la popolazione rifugiata.

11.30 PAUSA

SECONDA SESSIONE

I PERCORSI DELL'EMERSIONE DELLA VULNERABILITÀ: LA DIAGNOSI E LA CERTIFICAZIONE.

11.45 Helena Behr

(Coordinatrice componenti UNHCR presso le commissioni territoriali per il diritto d'asilo)

La condizione di vulnerabilità quale elemento di valutazione delle domande di asilo; l'esperienza e le raccomandazioni dell'UNHCR.

13.15 PAUSA PRANZO

14.15 Alessandra Fantin (ICS - Ufficio Rifugiati Onlus)

La tutela socio-sanitaria degli stranieri titolari della protezione umanitaria: problematiche interpretative ed applicative.

15.15 Carlo Bracci (Membro Comitato Scientifico Prog. FER

Salut-are, fondatore Ass. Medici contro la tortura)

La tutela medico legale e la certificazione come processo conclusivo di un lavoro di equipe multidisciplinare.

TERZA SESSIONE

LAVORI SU CASI DI STUDIO.

16.45 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

18.30 CHIUSURA DEI LAVORI

VENERDÌ 25 MAGGIO 2012

ASS 1 Dipartimento di Salute Mentale
Via E. Weiss 5 - Trieste

8.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

PRIMA SESSIONE

I PERCORSI DELLA PRESA IN CARICO, DELLA CURA E DELLA RIABILITAZIONE

9.00 Gianfranco Schiavone

(Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are, ICS)

Il sistema dell'asilo in Italia e le vulnerabilità: criticità emergenti, punti di forza e analisi del fenomeno per una definizione complessa di "vulnerabilità".

10.00 Filippo Casadei

(Esperto di metodologia della mediazione culturale in ambito clinico, Membro Comitato Scientifico Prog. FER Salut-are)

La mediazione linguistica con le popolazioni rifugiate.

11.30 PAUSA

11.45 Adele Tonini

(Coordinatrice scientifica Coordinamento interdisciplinare socio sanitario CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale)

L'approccio di genere e lavoro di rete nella presa in carico delle situazioni maggiormente vulnerabili tra i richiedenti asilo e i rifugiati.

13.15 PAUSA PRANZO

SECONDA SESSIONE

LA RETE TERRITORIALE.

14.15 Alessandro Saullo, Chiara Luchetta,

Donatella Cociani, Cristina Vassallo

(gruppo di lavoro congiunto ICS-ASS n. 1 "Triestina")

L'esperienza del coordinamento socio-sanitario interdisciplinare di Trieste per la presa in carico delle situazioni vulnerabili tra richiedenti e titolari protezione internazionale e il protocollo ASS-ICS: punti di forza e criticità.

TERZA SESSIONE

LAVORI SU CASI DI STUDIO.

16.15 GRUPPI DI LAVORO SU CASI STUDIO

18.30 CHIUSURA DEI LAVORI

Info

Iscrizioni:
corsi-salut-are@provincia.parma.it

Contatti

www.salut-are.provincia.parma.it
info-salut-are@provincia.parma.it

ALLEGATO 2

nell'allegato 2 si riporta il testo del protocollo Ciac_Ausl Parma che istituisce il C.I.S.S., la prima équipe multidisciplinare realizzata nel corso del progetto e presentata alla stampa in data 5 aprile 2012. Il C.I.S.S. è stato considerato sui diversi territori un possibile modello di riferimento per la costituzione\consolidamento delle équipes multidisciplinari.



Regione Emilia Romagna

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA
Strada del Quartiere n. 2/a - Parma

VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione assunta il 10/02/2012 N.78

Proposta n. 15792
Ufficio/Servizio proponente: COORDINAMENTO PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

OGGETTO

PROTOCOLLO D'INTESA CON L'ASSOCIAZIONE CIAC ONLUS PER LA COSTITUZIONE DEL C.I.S.S. - COORDINAMENTO INTERDISCIPLINARE SOCIO SANITARIO CIAC-AUSL DI PARMA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI CURA E INTEGRAZIONE DELLE SITUAZIONI DI VULNERABILITÀ TRA RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE - PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI

Il giorno 10/02/2012 alle ore 17.30 nella sede dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma - Strada del Quartiere n.2/a - Parma, il Direttore Generale, sentito il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, ha adottato l'atto in oggetto specificato.

OGGETTO: PROTOCOLLO D'INTESA CON L'ASSOCIAZIONE CIAC ONLUS PER LA COSTITUZIONE DEL C.I.S.S. - COORDINAMENTO INTERDISCIPLINARE SOCIO SANITARIO CIAC-AUSL DI PARMA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI CURA E INTEGRAZIONE DELLE SITUAZIONI DI VULNERABILITÀ TRA RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE - PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la L. 08.11.2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e in particolare l'articolo 20 recante "Fondo nazionale per le politiche sociali";

VISTA la L.R. della Regione Emilia Romagna 02.03.2001 n. 2 e successive modifiche "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

ATTESO che la Regione Emilia Romagna con DGR 07.04.2008 n.455 avverte per oggetto: "Criteri e modalità di accesso ai contributi destinati al finanziamento di progetti inerenti lo sviluppo di esperienze volte ad arricchire il lavoro di cura e promuovere il benessere delle persone utenti dei servizi mediante l'impiego di attività e pratiche innovative", ha approvato il bando per la presentazione dei progetti in argomento;

PRESO ATTO che la medesima Regione Emilia Romagna con DGR 02.03.2009 n. 240 ha disposto l'ammissione al finanziamento dei progetti che, fra quelli presentati, sono stati ritenuti conformi ai requisiti richiesti dal suddetto bando regionale, fra cui "percorsi di cura e benessere per rifugiati e vittime di tortura", presentato dall'Associazione Ciac (Centro Immigrazione Asilo e Coop. Internazionale) di Parma;

PRESO ATTO altresì che con DGR n°732 del 30/05/2011 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2011" Allegato C - AREA B) ACCESSIBILITÀ, QUALITÀ, SICUREZZA, CONTINUITÀ DELLE CURE (punto B.19) - Rimozione condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi di fasce deboli di popolazioni immigrate, indigeni, rishiedenti asilo, ex carcerati ecc) la Regione Emilia Romagna individua come obiettivo generale della programmazione 2012:

PREMESSO

- l'impegno congiunto di CIAC-AUSL Parma nel periodo di sperimentazione 2009-2011, formalizzato con il Protocollo di cui alla deliberazione del 28/08/2009 n. 559, ha conseguito importanti risultati in termini di tutela e garanzia delle condizioni di salute e benessere della popolazione rifugiata in condizioni di particolare vulnerabilità;
- l'esperienza pilota di cui sopra, come documentato nell'ambito dei progetti europei FER "Lontani dalla violenza" e "Per un'accoglienza e una relazione di aiuto transculturale: linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili", si è qualificata come fulcro di una possibile riforma del sistema asilo nazionale;
- che permane, tuttavia, un fenomeno di ampia invisibilità delle condizioni di sofferenza psichica, fisica e sociale della popolazione rifugiata e che barriere nell'accesso ai servizi socio sanitari, nella presa in carico, nonché difficoltà nell'individuazione di percorsi riabilitativi adeguati, concorrono al determinarsi di situazioni che accentrano lo stato di particolare vulnerabilità;
- ancora oggi, in molte parti del mondo, la tortura è una pratica comune che coinvolge uomini, donne, bambini ed anziani;
- il percorso migratorio si è enormemente complicato negli ultimi anni e vede la gran parte dei migranti affrontare estenuanti e complessi viaggi con soste a volte anche lunghe prima di approdare in Italia, mettendo a dura prova la scorta di salute di partenza, con non rari ricorsi di crisi di trauma fisico e psichico dovuti ad abusi;
- gli effetti della tortura si estendono ben al di là della sofferenza della singola vittima, interessando tutta la famiglia, la comunità e l'intera società. Per i sopravvissuti, oltre alle

Zavodski Onlus capofila, CIAC partner e AUSL di Parma aderente (nota DG del 21/01/2011 n. 4425), progetto che prevede interventi di accoglienza, riabilitazione e integrazione socio economica dei rifugiati portatori di disagio mentale;

CONSIDERATA la necessità di definire le modalità di collaborazione ai progetti sopra descritti, sottoscrivendo un protocollo d'intesa con l'Associazione Ciac (Centro Immigrazione Asilo e Coop. Internazionale) con sede in Parma, Strada del Quartiere n.2/a;

VISTO il documento "Protocollo d'intesa con l'Associazione Ciac onlus per la costituzione del C.I.S.S. - coordinamento interdisciplinare socio sanitario Ciac-Ausl di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura e integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale" pervenuto con nota prot. n°102306 del 13/12/2011;

DATO ATTO che gli impegni posti a carico di quest'Azienda non comportano costi emergenti in quanto trattasi di attività già svolte in ambito istituzionale;

RITENUTO di approvare lo schema tipo di protocollo d'intesa con l'Associazione Ciac Onlus allegato al presente atto quale parte integrante, riservandosi la sottoscrizione del testo ufficiale nell'eventualità di mere differenziali formali tali da non inficiare il contenuto;

SU PROPOSTA del Direttore Attività Socio Sanitarie;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

- Di approvare lo schema tipo di protocollo d'intesa con l'Associazione Ciac Onlus allegato al presente atto quale parte integrante, riservandosi la sottoscrizione del testo ufficiale nell'eventualità di mere differenziali formali tali da non inficiare il contenuto;
- Di dare atto che gli impegni posti a carico di quest'Azienda non comportano costi emergenti in quanto trattasi di attività già svolte in ambito istituzionale.

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 78 DEL 10/02/2012

PROTOCOLLO DI INTESA

Tra

L'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA

E

L'ASSOCIAZIONE CIAC

(Centro immigrazione asilo e coop. Internazionale)

PER

LA COSTITUZIONE DEL C.I.S.S. - COORDINAMENTO INTERDISCIPLINARE SOCIO SANITARIO CIAC-AUSL DI PARMA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI CURA E INTEGRAZIONE DELLE SITUAZIONI DI VULNERABILITÀ TRA RICHIEDENTI E TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE.

L'AZIENDA U.S.L. DI PARMA con sede in Parma, Strada del Quartiere, 2/A C.F. 01874230343 - rappresentata dal Direttore Generale Dr. Massimo Fabbri

E L'ASSOCIAZIONE CIAC (Centro Immigrazione Asilo e Coop. Internazionale) con sede in Parma, Viale Toscanini 2/a, rappresentata dal Presidente Emilio Rossi

PREMESSO CHE

- il impegno congiunto di CIAC-AUSL Parma nel periodo di sperimentazione 2009-2011, formalizzato con il Protocollo di cui alla deliberazione del 28/08/2009 n. 559, ha conseguito importanti risultati in termini di tutela e garanzia delle condizioni di salute e benessere della popolazione rifugiata in condizioni di particolare vulnerabilità;
- che l'esperienza pilota di cui sopra, come documentato nell'ambito dei progetti europei FER "Lontani dalla violenza" e "Per un'accoglienza e una relazione di aiuto transculturale: linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili", si è qualificata come fulcro di una possibile riforma del sistema asilo nazionale;
- che permane, tuttavia, un fenomeno di ampia invisibilità delle condizioni di sofferenza psichica, fisica e sociale della popolazione rifugiata e che barriere nell'accesso ai servizi socio sanitari, nella presa in carico, nonché difficoltà nell'individuazione di percorsi riabilitativi adeguati, concorrono al determinarsi di situazioni che accentrano lo stato di particolare vulnerabilità;
- ancora oggi, in molte parti del mondo, la tortura è una pratica comune che coinvolge uomini, donne, bambini ed anziani;
- il percorso migratorio si è enormemente complicato negli ultimi anni e vede la gran parte dei migranti affrontare estenuanti e complessi viaggi con soste a volte anche lunghe prima di approdare in Italia, mettendo a dura prova la scorta di salute di partenza, con non rari ricorsi di crisi di trauma fisico e psichico dovuti ad abusi;
- gli effetti della tortura si estendono ben al di là della sofferenza della singola vittima, interessando tutta la famiglia, la comunità e l'intera società. Per i sopravvissuti, oltre alle

si stipula il presente protocollo di intesa finalizzato alla costituzione del C.I.S.S. - Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario - CIAC-AUSL di Parma per l'individuazione dei percorsi di cura ed integrazione delle situazioni di vulnerabilità tra richiedenti e titolari di protezione internazionale.

OBIETTIVI

- Il presente protocollo d'intesa ha lo scopo di implementare e consolidare la strategia di rete sul territorio attraverso la realizzazione di sinergie mirate a migliorare la qualità dei servizi offerti alla popolazione immigrata, con particolare riferimento a persone in condizione di particolare vulnerabilità sanitaria e giuridico-sociale perseguendo, in particolare, i seguenti obiettivi:
- Garantire alla popolazione rifugiata in condizione di vulnerabilità servizi di tutela relativi ai percorsi di accesso alla rete dei servizi, emersione e diagnosi, cura e riabilitazione in funzione delle specifiche esigenze di cui sono portatori;
- sostenere persone vittime di tortura, violenza estrema e portatori di disagio mentale attraverso una risposta multidisciplinare e integrata di tipo clinico, assistenziale, relazionale e di integrazione sociale, mirata a favorire percorsi di autonomia personale e la sperimentazione di attività mirate al benessere;
- sperimentare modalità organizzative e prassi di lavoro di rete finalizzate ad apprezzare la complessità del quadro clinico, sociale e giuridico dei soggetti vittime di traumi estremi attraverso una azione sinergica da parte di differenti professionalità;
- applicare, diffondere e integrare le linee-guida per la presa in carico sociale e sanitaria di richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità, così come definite dalla ricerca "Per un'accoglienza e una relazione di aiuto transculturale: linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili" e relativa pubblicazione;
- ampliare la rete di referenze sul territorio e strumenti in grado di affrontare le situazioni di vulnerabilità sociale e sanitaria in modo efficace e in tempi adeguati, con particolare riferimento alla costituzione di micro équipe distrettuali attive presso i rispettivi territori;
- offrire un più ampio supporto a cittadini che richiedono protezione internazionale nell'ambito dello Sportello Provinciale Asilo e dei Progetti di Accoglienza Terra d'Asilo, tramite percorsi integrati socio-sanitari ed interventi di mediazione interculturale e linguistica con particolare riferimento ai temi del genere;
- supportare il quotidiano lavoro degli operatori dell'Unità Sanitaria Locale di Parma offrendo opportunità di formazione, aggiornamento, supervisione, consulenza, specifiche sulle tematiche della migrazione forzata;
- promuovere l'arricchimento della rete territoriale a soggetti pubblici e privati con associazioni ed enti attivi sul territorio nei temi dell'immigrazione per potenziare progressivamente la capacità della rete di intercettare bisogni e di organizzare adeguate risposte;
- raccontare l'esperienza locale con i nodi delle reti nazionali e internazionali attraverso il confronto e il dibattito, sia a livello medio-scientifico che organizzativo e sociale.

DESTINATARI

- I destinatari sono individuati sulla base dell'art.8, comma 1, decreto legislativo 140/05, che definisce le aree di vulnerabilità nella popolazione rifugiata. In particolare, le progettualità approvate prevedono la progettazione di interventi socio sanitari in favore di:
 - N. 10 richiedenti/titolari di protezione inseriti nel progetto "Terra d'Asilo - categoria ordinaria" in attesa post per vittime di tortura e violenza;
 - N. 4 richiedenti/titolari di protezione inseriti nel progetto "Terra d'Asilo - categoria vulnerabili" servizi disagio mentale;
 - Max. N. 5 richiedenti/titolari di protezione inseriti nel progetto "Diversamente";

conseguito sul piano fisico e psichico, che si ripercuotono su tutto l'arco della vita sociale ed economica delle vittime, si aggiungono altri esiti riconducibili ai maltrattamenti secondari subiti (condizioni detentive, malnutrizione, umiliazione, processo migratorio) ed all'epidemiologia delle patologie infettive del paese di origine;

- numerosi studi confermano la difficoltà della vittima a raccontare il proprio vissuto traumatico se non in presenza di un setting ideale;
- le strutture mediche sono luoghi privilegiati nell'identificazione di vittime di tortura e per l'emersione e la diagnosi di condizioni di vulnerabilità latenti;
- i pazienti vittime di tortura presentano manifestazioni cliniche multiple e complesse per le quali sono necessari approcci multidisciplinari, multidisciplinari e multidimensionali;
- un setting ideale di accoglienza attento alla vittima ed una tempestiva presa in cura (medica, psicologica e sociale) del paziente e della sua famiglia, modifica positivamente l'esito degli effetti della tortura;

RICORDATO che Ciac Onlus, nel periodo 2009-2011, ha partecipato in qualità di capofila e/o di partnership a vari bandi europei, nazionali e regionali con progetti finalizzati ad implementare risorse e servizi per la popolazione rifugiata in condizioni di vulnerabilità e che AUSL di Parma ha partecipato in qualità di partner e aderente impegnandosi a sostenere la realizzazione, come evidenziato nelle premesse del protocollo di cui alla deliberazione del 28/08/2009 n. 559 sopra citata.

ATTESO che l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma collabora con Ciac Onlus ai seguenti progetti in atto:

- "Terra d'asilo - categorie ordinarie": progetto territoriale di accoglienza per rifugiati presentato da 27 comuni della provincia di Parma con Fidenza comune capofila ed inserito nel Sistema nazionale di Protezione per Rifugiati e Richiedenti Asilo (S.P.A.R.), il progetto di accoglienza, di cui CIAC è ente partner e gestore e AUSL di Parma è partner (nota DG del 15/10/2010 n. 85327), svolge funzioni di accoglienza abitativa ed integrazione sociale per 27 rifugiati (con 12 posti riservati a vittime di tortura) ed è stato approvato per il triennio 11/2010-31/12/2013;
- "Terra d'asilo - categorie vulnerabili - servizi disagio mentale": progetto territoriale di accoglienza per rifugiati presentato da 27 comuni della provincia di Parma con Fidenza comune capofila ed inserito nel Sistema nazionale di Protezione per Rifugiati e Richiedenti Asilo (S.P.A.R.), il progetto di accoglienza, di cui CIAC è ente partner e gestore e AUSL di Parma è partner (nota DG del 15/10/2010 n. 85327), svolge funzioni di accoglienza abitativa ed integrazione sociale per i rifugiati in condizioni di disagio psichico ed è stato approvato per il triennio 11/2010-31/12/2013;
- "Salute forense, confronto, cambiare per migliorare i servizi di tutela socio sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale": attivo dal 15/07/2011 al 30/06/2012, finanziato a ruota sul fondo europeo per i rifugiati (FER) programma annuale 2010, con Provincia di Parma capofila, CIAC coordinatore e AUSL di Parma aderente (nota DG del 25/10/2011 n. 5317), progetto che prevede la costituzione di 10 équipe multidisciplinari sul territorio nazionale e la realizzazione di 20 percorsi formativi rivolti al personale socio sanitario;
- "Diversamente: rete nazionale per l'accoglienza e la riabilitazione per i richiedenti asilo e rifugiati portatori di disagio mentale": attivo dal 01/09/2011 al 30/06/2012, finanziato a ruota sul fondo europeo per i rifugiati (FER) programma annuale 2010, con Associazione ADI, a Zavodski Onlus capofila, CIAC partner e AUSL di Parma aderente (nota DG del 21/01/2011 n. 4425), progetto che prevede interventi di accoglienza, riabilitazione e integrazione socio economica dei rifugiati portatori di disagio mentale;

tutto ciò premesso,

ATTIVITÀ

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e CIAC si impegnano a realizzare le seguenti azioni:

- Consolidamento dell'équipe di coordinamento integrata composta da personale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, con particolare riferimento alle professionalità già operanti nell'ambito del Programma Salute Immigrati, e operatori sociali di Ciac Onlus, per promuovere realizzare e monitorare interventi, rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità, che consentano di ampliare i percorsi di: a)- accesso ai servizi; b)- emersione, diagnosi, certificazione; c)- cura, riabilitazione e inserimento sociale; tenendo conto delle varie dimensioni complessive dell'esperienza traumatica subita e delle particolari esigenze individuali;
- Individuazione congiunta di un Coordinatore scientifico che sappia garantire professionalità e competenze medico-sanitarie con formazione ed esperienza specifiche nella presa in carico delle situazioni di particolare sofferenza fisica, psichica e sociale dei titolari richiedenti protezione e sulle problematiche sanitarie specifiche di genere, oltreché nella gestione di relazioni cliniche con pazienti immigrati e delle implicazioni interculturali nella relazione di cura;
- individuazione di referenze sanitarie specialistiche e consolidamento di una rete di competenze nell'ambito sociale, medico e sanitario per la presa in carico delle situazioni di particolare sofferenza fisica, psichica e sociale dei titolari richiedenti protezione. L'individuazione dei referenti sanitari e sociali avverrà secondo i criteri della pregressa esperienza professionale e competenza specifica;
- Progettazione e realizzazione di interventi socio-sanitari integrati finalizzati al conseguimento di condizioni di benessere per i titolari richiedenti protezione internazionale con particolare sofferenza fisica, psichica e sociale, comprensivi, laddove necessari, di interventi di mediazione linguistica ed interculturale;
- Realizzazione di attività di formazione, supervisione, aggiornamento, supporto tecnico ed operativo sulle tematiche relative al diritto dell'immigrazione, consulenza rispetto a casi giuridici complessi che si pongono all'attenzione degli operatori sanitari; sostegno e supporto a progetti dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma su queste tematiche;
- Realizzazione di attività di formazione, supervisione e aggiornamento rivolta al personale sanitario su tematiche relative all'assistenza a persone straniere in generale ed alla somministrazione, certificazione ed implicazioni psico-sanitarie degli esiti di tortura e violenza, nonché all'emersione e presa in carico delle vulnerabilità latenti, anche attraverso l'individuazione di casi studio significativi e la sperimentazione della metodologia dell'audit clinico tecnico-organizzativo.

MODALITÀ OPERATIVE

- Si costituisce un Coordinamento composto da operatori sanitari dell'Azienda USL ed operatori sociali di Ciac Onlus.
- Il Coordinamento è costituito da:
 - Coordinatore scientifico;
 - Coordinatore tecnico-organizzativo;

3. Referente organizzativo Asst Parma;
4. Case manager;
5. Case manager disagio mentale;
6. Responsabile sanitario Spazio Salute Immigrati Asst Parma;
7. Referente area psichiatrica CSM aziendali;
8. Referente infermieristico Spazio Salute Immigrati Asst Parma;
9. Referente sanitario Spazio Salute Donna;

per le funzioni di ciascuna figura sopra menzionata vedi allegato al protocollo di intesa "Dettaglio ruoli e funzioni C.I.S.S."

Il Coordinamento potrà essere integrato da ulteriori figure professionali (Medico Legale, Fisioterapia, Ginecologo, Radiologo, Operatori sociali, Mediatore interculturale) individuate sulla base dei bisogni emergenti o di specifiche necessità. Sarà compito del Coordinamento, in accordo con i responsabili aziendali, attivare i professionisti specializzati e di raccorderne l'attività con le proprie funzioni.

Il Coordinamento si riunisce, di norma, con cadenza quindicinale per adempire le seguenti funzioni:

- Progettazione, attuazione e monitoraggio di percorsi individualizzati socio-sanitari di diagnosi, cura ed inquadramento per i beneficiari dei progetti attivi;
- Coordinamento delle azioni delle progettualità attualmente esistenti e supporto al raccordo operativo con i servizi di base e specialistici;
- Applicazione delle linee guida per accoglienza, cura e riabilitazione richiedenti/ritornati di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità così come definite dalla ricerca "Per una accoglienza e una relazione d'aiuto tra sculture linee guida per una accoglienza integrata e attenta alle situazioni più vulnerabili tra richiedenti e indici di protezione internazionale" e relativa pubblicazione;
- Promozione e realizzazione di attività di formazione, supervisione, aggiornamento e consulenza.

Il Coordinamento viene attivato su segnalazione attraverso relazione sociale scritta presentata da parte degli operatori sociali di Ciac Orlus oppure su segnalazione attraverso relazione clinica da parte del personale medico di Spazio Salute Immigrati Asst Parma.

Il Coordinamento acquisisce la documentazione e valuta la presa in carico istruisce il percorso sanitario e sociale predisponendo scansioni, tempistica, modalità ed obiettivi del progetto individualizzato.

- Compito del Coordinamento è valutare l'invio a servizi specializzati, attivando le referenze per gli esami strumentali, predisponendo inoltre la eventuale certificazione clinica e/o medico legale e le eventuali terapie necessarie, accompagnando la presa in carico dei servizi competenti. In sede di Coordinamento viene inoltre valutata l'attivazione di misure di tipo sociale (inserimento lavorativo, accoglienza abitativa, apprendimento linguistico, orientamento, segretariato sociale, partecipazione a laboratori ludici espressivi ecc), anche attraverso l'accompagnamento ai servizi del territorio, per approssicare la complessità della situazione individuale in modo da ridurre la retroazione negativa della condizione di vulnerabilità sociale e giuridica sul percorso di diagnosi, cura e riabilitazione ed anzi facilitare la realizzazione e promuovere l'efficacia.
- I criteri che presidiano alla valutazione della presa in carico all'interno del presente protocollo d'intesa sono:
- emergenza della situazione sanitaria;
 - particolare vulnerabilità sociale;
 - assenza o forte limitazione di autonomia da parte del paziente nel gestire e condurre i percorsi sanitari o di integrazione sociale;

Il Coordinamento cura la documentazione degli interventi effettuati e predispone una relazione conclusiva per consentire una valutazione del progetto.

METODOLOGIA DI LAVORO

La metodologia individualizzata di lavoro si compone di 6 fasi:

1. presentazione casi;
2. presa in carico;
3. progettazione individualizzata;
4. attivazione della rete dei servizi;
5. attuazione progetto individualizzato;
6. monitoraggio e verifica.

Fase 1. presentazione
Il caso è presentato al Coordinamento attraverso relazione sociale o sanitaria redatta da parte degli operatori di Ciac o di Spazio Salute Immigrati sulla base degli elementi emersi o raccolti in sede di accesso presso i due presidi territoriali che valutano anche casi eventualmente provenienti da altri dipartimenti sanitari territoriali o da altre agenzie sociali del territorio provinciale.

Fase 2. presa in carico
Il Coordinamento valuta i casi presentati ed acquisisce informazioni e documentazione per verificare che il caso rientri tra quelli descritti dall'art.8 DLgs. 140/05. Il Coordinamento effettua e formalizza la presa in carico con la relativa certificazione (allegato "modello presa in carico CISS"). Tale presa in carico non sostituisce la presa in carico dei servizi territoriali competente ma la integra essendo finalizzata ad offrire strumenti di progettazione, formazione ed intervento per realizzare un progetto individualizzato coordinato tra i diversi presidi territoriali attivi ed attivabili sul caso.

Fase 3. progettazione individualizzata
In funzione degli obiettivi di progetto individualizzato ed osservazione, il Coordinamento - in sinergia con i responsabili territoriali - individua le referenze socio-sanitarie e attiva la rete dei servizi. Attraverso la relazione continuativa e documentata con tali referenze sviluppa il progetto individualizzato nell'ottica di un progressivo trasferimento delle competenze ai diversi nodi della rete.

Fase 4. attivazione rete dei servizi
In sinergia con i responsabili territoriali - individua le referenze socio-sanitarie e attiva la rete dei servizi. Attraverso la relazione continuativa e documentata con tali referenze sviluppa il progetto individualizzato nell'ottica di un progressivo trasferimento delle competenze ai diversi nodi della rete.

Fase 5. attuazione e monitoraggio
Il Coordinamento monitora l'attuazione del progetto individualizzato attraverso incontri periodici di aggiornamento e verifica nonché attraverso colloqui con i beneficiari, valutando periodicamente eventuali simulazioni degli interventi attivati, degli obiettivi intermedi e dei tempi e delle modalità di attuazione.

La metodologia di lavoro è rappresentata graficamente nell'allegato "metodologia di lavoro CISS".

Coordinatore scientifico – la realizzazione di casi studio a partire dalla esperienza di incarico;

- 1. REFERENTE ORGANIZZATIVO AUSL**
1. Cura l'organizzazione tecnico-logistica dei rapporti tra il Coordinamento e l'Azienda USL in relazione alle esigenze della collaborazione e della integrazione operativa sulla presa in carico prevista dal protocollo e ai periodici aggiornamenti sulle progettualità in partnership.
 2. Orienta l'equipe circa i servizi aziendali da attivare per la realizzazione dei percorsi, aggiorna il Coordinamento sull'evoluzione degli organigrammi e degli assetti aziendali.
 3. In accordo con l'equipe coinvolge la Direzione Generale AUSL sui risultati e i dati emergenti dell'attività del Coordinamento e segnala loro eventuali necessità o criticità.
 4. Partecipa in sinergia con il Responsabile tecnico organizzativo alla progettazione finalizzata all'implementazione delle risorse da destinare ai percorsi di accoglienza, cura e integrazione.
 5. In collaborazione con il Responsabile tecnico organizzativo monitora l'evoluzione delle progettualità in partnership.
 6. Partecipa alla definizione delle attività formative e di ricerca dell'equipe.

- 4. REFERENTE AREA PSICHIATRIA/CSM TERRITORIALI**
1. Svolge nell'ambito del Coordinamento attività di consulenza e inquadramento diagnostico dei beneficiari con vulnerabilità e ne certifica le evidenze attraverso relazione clinica.
 2. Organizza i percorsi mirati al Dipartimento di Salute Mentale, presentando i casi e attivando i referenti territoriali individuati per la presa in carico di competenza.
 3. Orienta l'equipe rispetto interventi e strumenti da attivare in relazione all'inquadramento psichiatrico ed enopsichiatrico.
 4. Organizza e promuove la formazione utile alla acquisizione e consolidamento delle competenze specifiche.
 5. Garantisce supporto, orientamento e consulenza per i referenti distrettuali e territoriali dei CSM.
 6. Riferisce alla Dirigente dipartimentale e ai Dirigenti CSM risultati e dati emergenti dall'attività del Coordinamento e segnala loro eventuali necessità o criticità.
 7. Partecipa alla definizione dei progetti formativi e di ricerca.
 8. Certifica, con referi psichiatrici per la commissione di valutazione.

- 5. RESPONSABILE SANITARIO SPAZIO SALUTE IMMIGRATI**
1. Organizza i percorsi diagnostici e terapeutici aziendali ed extra aziendali.
 2. Certifica attraverso relazione clinica, integrando i referi specialistici, le eventuali patologie ed eventuali evidenze dei traumi da tortura e violenza estrema.
 3. Promuove la rete organizzativa fra le diverse aree e servizi sanitari dell'azienda per facilitare i percorsi progettati.
 4. Organizza e promuove la formazione utile alla acquisizione e consolidamento delle competenze specifiche.
 5. Riferisce alla Dirigente dipartimentale risultati e dati emergenti dall'attività del Coordinamento e segnala loro eventuali necessità o criticità.
 6. Racorda l'esperienza del Coordinamento nella più complessiva area dei servizi sanitari per la

- popolazione immigrata
7. Partecipa alla definizione dei progetti formativi e di ricerca.
 8. Promuove e stimola il rapporto con i medici di base.
 9. Redige e aggiorna l'archivio scientifico delle pubblicazioni e del progetto di ricerca sul tema della semeiotica, diagnosi e riabilitazione dei traumi da tortura.

- 6. CASI MANAGERS**
1. redigono relazione sociale sul singolo caso e documentano ogni intervento, azione e strumento attivato in relazione agli obiettivi del progetto individualizzato.
 2. relazionano sull'evoluzione del progetto individuale e circa evidenze e dati di osservazione in situazioni raccolti nel percorso di progetto.
 3. organizzano e promuovono la partecipazione al Coordinamento delle professionalità sociali e socio-educative che prendono a vario titolo parte al progetto individuale del caso seguito.
 4. aggiornano la cartella individuale sia per gli aspetti sanitari, sociali e giuridici.

- 7. REFERENTE OSTETRICA SPAZIO SALUTE DONNA**
1. organizza incontri di formazione/aggiornamento utili al rafforzamento delle competenze atte all'emersione di vulnerabilità nell'ambito di propria competenza.
 2. partecipa alle attività formative e di ricerca del Coordinamento interdisciplinare.
 3. partecipa agli incontri attinenti alle proprie specifiche competenze.
 4. Promuove la rete organizzativa fra le diverse aree e servizi sanitari dell'azienda per facilitare i percorsi progettati.
 5. organizza e monitora le procedure di invio per i progetti individuali di competenza e raccorda l'attività dei servizi territoriali con il Coordinamento.

- 8. REFERENTI INFERMIERISTICI SPAZIO SALUTE IMMIGRATI**
1. Curano l'accoglienza negli spazi riservati alle visite secondo le modalità concertate in sede di Coordinamento.
 2. aggiornano le cartelle individuali.
 3. partecipano agli incontri di Coordinamento segnalando dati di osservazione in situazione ed evoluzione del percorso sanitario individuale.

COMPETENZE A CARICO DELL'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI PARMA

- individuazione dei responsabili per la referenza sanitaria ed infermieristica presso Spazio Salute Immigrati-Asst Parma;
- individuazione di un responsabile per la referenza di ambito psichiatrico;
- individuazione di un responsabile per la consulenza fisioterapica;
- individuazione di un responsabile per la referenza sanitaria presso Spazio Salute Donna;
- individuazione di un referente per la consulenza e supervisione medico-legale;
- individuazione di un referente per la consulenza e supervisione radiologica;
- individuazione di un referente per la consulenza e supervisione fisiatrica;
- individuazione di un referente organizzativo Asst con funzioni di interfaccia tra Coordinamento ed Azienda;
- disponibilità di locali adeguati agli incontri del Coordinamento;
- Organizzazione di aule (clini) tecnico organizzative accreditati ECM ed inseriti nella programmazione formativa aziendale;
- Racordo con i programmi formativi aziendali e valorizzazione delle risorse del Coordinamento nei piani formativi.

COSTI
Ciac Orlus si impegna ad assumersi l'onere delle spese relative alle competenze sopra attribuite alla medesima associazione.
L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma si impegna a fornire a proprio carico le competenze sopra attribuite alla medesima.

NORME FINALI
Eventuali ulteriori modalità e termini della collaborazione potranno essere definite congiuntamente con specifici accordi, anche mediante l'adozione di protocolli e schede operative nel rispetto delle linee guida che ispirano il presente protocollo d'intesa.
Nuove azioni potranno essere sviluppate in corso d'opera anche in collaborazione con altri enti, purché coerenti con le finalità e le modalità di azione del progetto.

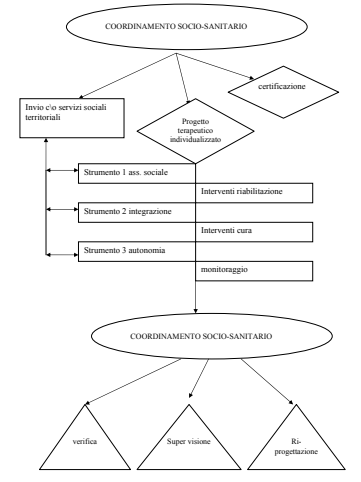
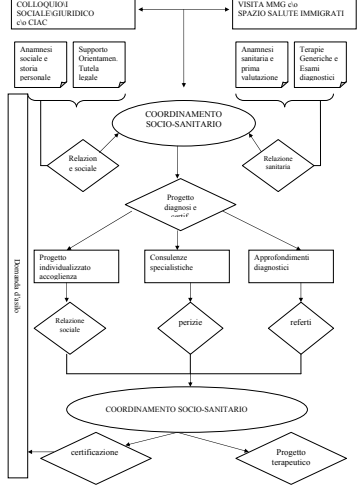
DURATA
Il presente protocollo avrà la seguente durata dalla data di sottoscrizione al 31 dicembre 2013 e potrà essere rinnovato per analoghi periodi con dichiarazione espressa delle parti mediante scambio di corrispondenza ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile.

Parma, Li
Per Ciac Orlus Per l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

ALLEGATO "DETTAGLIO RUOLI E FUNZIONI C.I.S.S."

- 1. COORDINATORE SCIENTIFICO**
1. Coordina l'equipe multidisciplinare in merito alla rilevazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi di cura ed integrazione;
 2. Coordina la progettazione socio-sanitaria individualizzata sui singoli casi integrando le specifiche competenze facilitando la comunicazione e l'espressione delle rispettive competenze, stabilendo criteri di priorità/rilevanza per gli interventi;
 3. Supervisiona i percorsi socio-sanitari con particolare attenzione agli aspetti relazionali operatore-beneficiario e all'integrazione delle attività di operatori sociali e sanitari;
 4. Attiva la rete dei servizi sanitari necessari ai percorsi di diagnosi, terapia e riabilitazione dei progetti individualizzati;
 5. Rappresenta il Coordinamento nei confronti di servizi, enti e istituzioni su mandato congiunto dei firmatari del protocollo;
 6. Individua e propone, in accordo con l'equipe, percorsi formativi utili alla diffusione e al trasferimento delle conoscenze e competenze acquisite;
 7. Individua e propone in accordo con l'equipe progetti di ricerca finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze relative al trattamento delle patologie correlate alla condizione di vittima di tortura che coinvolgono enti ed istituzioni preposte (Asst, AO, Università);
 8. Coordina l'analisi e la valutazione dei dati emergenti dai percorsi individuali e dall'attività complessiva del Coordinamento;
 9. Certifica la presa in carico dei casi per gli usi consentiti dalla legge e al fine dell'invio presso i servizi territoriali;
 10. Conduce audit clinici tecnico-organizzativi sui casi individuati dal Coordinamento come oggetto di questa specifica formazione.
- 2. COORDINATORE TECNICO-ORGANIZZATIVO**
1. Organizza e coordina gli incontri del Coordinamento, curando la convocazione, i contatti, l'ordine e la verbalizzazione delle riunioni e delle decisioni prese;
 2. Promuove il raccordo e l'integrazione operativa ed organizzativa tra le attività di Ciac e Spazio Salute AUSL e tra le attività di Ciac e altri Dipartimenti Asst;
 3. Individua e propone all'equipe gli strumenti e gli interventi sociali attivabili nell'ambito delle progettazioni individualizzate;
 4. Promuove e sviluppa progettualità di partnership utili ad implementare le attività del Coordinamento e gli interventi attivabili, le risorse e i fondi da destinare all'accoglienza, cura e integrazione;
 5. Promuove il raccordo con reti territoriali e extra-territoriali;
 6. Redige su indicazioni dell'equipe la relazione semestrale e annuale sulle attività del Coordinamento;
 7. Organizza e cura la documentazione e l'archivio;
 8. organizza materiali didattici e formativi curando in particolare modo - in collaborazione con il

ALLEGATO "METODOLOGIA DI LAVORO DEL C.I.S.S."



FONDO EUROPEO PER I RIFUGIATI 2008-2013

PROGETTO SALUT-ARE:

formare, confrontare, cambiare per migliorare i servizi di tutela socio sanitari rivolti ai richiedenti e titolari di protezione internazionale

Progetto co-finanziato dall'Unione Europea
Programma annuale 2010
Azione 1.2.B - N. 1/PROG 5132
CUP D99E10004920007

PER APPROFONDIMENTI

www.interno.it
www.serviziocentrale.it
<http://europa.eu>
<http://www.salut-are.provincia.parma.it>

PROVINCIA DI PARMA

Politiche sociali, Volontariato e associazionismo, Disabilità, Politiche abitative, Pari opportunità, Solidarietà internazionale
P. le Pace, 1 - 43121 Parma
Tel. 0521 931733 - 0521 931318
m.pinardi@provincia.parma.it
www.provincia.parma.it
www.sociale.parma.it

COORDINAMENTO

CIAC - Centro Immigrazione Asilo Cooperazione internazionale di Parma e provincia onlus
V. le Toscanini 2/a, 43121 Parma
Tel. 0521 503440 - 0521 507529
salutare2010@gmail.com

ADERENTI:

Regione Emilia Romagna -Assessorato Sociale e Sanità; **Regione Puglia; Regione Calabria; Comune di Ferrara; Comune di Firenze; ASL Trieste; AUSL Parma; AUSL Ferrara; ASL Roma A; ASL Frosinone;** Dipartimento Disagio, Devianza, Dipendenze; Centro Interdipartimentale in Medicina Legale applicata, Tecniche penalistico-criminologiche e Vittimologia dell'**Università degli Studi di Ferrara; Gruppo Articolo 32; NAGA, Milano, Associazione Progetto Accoglienza; Caritas Diocesana di Ragusa, Provincia di Prato**

PARTNER:

