



FAMI 2219 “Azioni del Servizio Sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati”

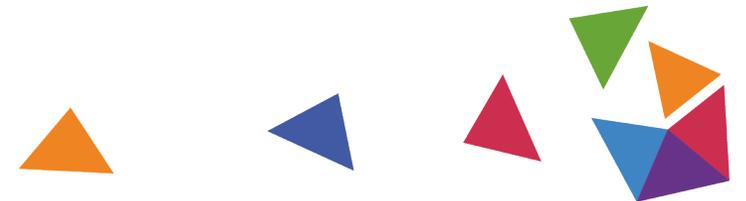
Seminario

Tra accoglienza ed esclusione: per un intervento competente sulle vulnerabilità dei migranti forzati

5 giugno-8 Giugno 2020

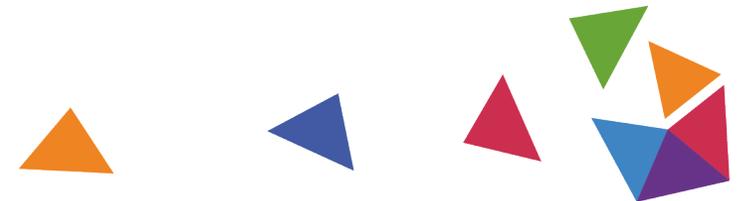
Marginalità ed esclusione: dalla vulnerabilità strutturale alla vulnerabilità psichica. Il lavoro di strada, bisogni emergenti e gli interventi di bassa soglia sulle vulnerabilità

di Vincenzo Castelli ed equipe Unità mobile di On The Road



I fenomeni che attraversiamo

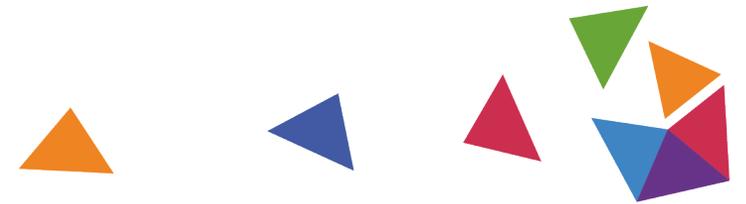
Lo spettro fenomenico delle migrazioni forzate oggi rilevato dal nostro lavoro di strada (non vogliamo avventurarci all'interno del mondo migrante in generale su cui comunque andrebbe fatta una profonda riflessione strutturata ed articolata per poter cogliere quale sia il nesso e la processualità che definisce un migrante regolare, integrato, incluso con la comunità locale ed anche inserito in programmi di accoglienza CAS e SIPROIMI, ed un migrante regolare a livello legale, magari con acquisizioni documentali fasulle con contratti di lavoro falsi e residenze di fatti inesistenti, grazie anche ma non solo ad italiani compiacenti a fini lucrativi ovviamente ed avvocati compiacenti; ed ancora tra un migrante comunque "regolare" appena ieri ed un migrante, magari sempre lo stesso, che entra in un processo di illegalità, senza alcuna protezione umanitaria, sociale, sanitaria o infine un migrante che potrebbe regolarizzarsi se occupato in alcune aree del mercato del lavoro e no se in altre) è oggi caratterizzato dalle seguenti situazioni:



- ❑ *Innanzitutto va evidenziato il fenomeno della tratta degli esseri umani e grave sfruttamento (ci riferiamo a sfruttamento sessuale che conosciamo da molti decenni ma che continua a persistere con un decisivo coinvolgimento di donne, sempre più giovani africane e dell'est Europa, lavorativo, sia nei servizi, assistenza familiare, nell'edilizia, specificatamente oggi nella ricostruzione post terremoto nel nostro territorio, nell'agricoltura con il fenomeno del caporalato, nell'accattonaggio, incrementato anche dalla discutibile gestione dei Centri di Accoglienza Straordinari (CAS), nelle economie illegali, fenomeni sempre più emergenziale nella gestione dello spaccio ed anche consumo di sostanze stupefacenti da parte di giovani immigrati africani per lo più, fenomeni questi ultimi in cui la presenza maschile e minorile è molto evidente). In questo segmento dobbiamo evidenziare come al fenomeno classico della tratta si affianchi sempre più il fenomeno del grave sfruttamento di migranti che non vengono portati in Italia per essere sfruttati (per cui si ravviserebbe il reato di tratta) ma, pur arrivati in Italia per un proprio autonomo percorso migratorio, vengono sfruttati in loco; così come si sta sempre più rilevando il fenomeno del retrafficking (persone già vittime rivittimizzate dopo essere uscite da un percorso di emancipazione);*

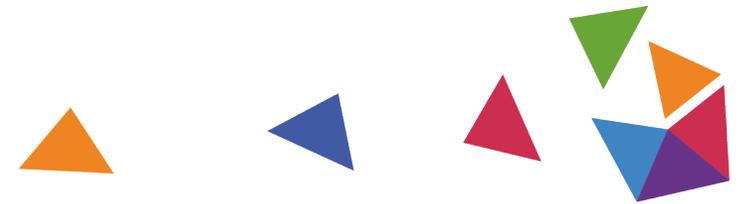


□ *In secondo luogo va evidenziato il fenomeno dell'irregolarità e dell'invisibilità che oggi (anche in seguito all'approvazione dei Decreti Sicurezza) rappresentano una popolazione ragguardevole (su cui non ci sono dati certi ma che alcuni Enti di ricerca nazionali, come l'ISPI, hanno indicato attorno alle 200 mila unità per il 2020). Questo pianeta sempre più ampio e complesso, privo di qualsiasi forma di tutela e di protezione (vitale, di sopravvivenza, abitativa, lavorativa, sanitaria, di rete), costituito da persona senza dimora, accattoni, spacciatori, diventano la manodopera a bassissimo costo della criminalità locale e internazionale e diventano oggi un volto davvero complesso delle migrazioni forzate. E non sappiamo ancora molto bene quanto possa incidere il recente Decreto Legge n. 34/2020, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 19 maggio 2020, sulla regolarizzazione di migranti (unicamente nell'ambito dell'agricoltura e dell'assistenza familiare), in un contesto disarticolato sull'occupazione e soprattutto in un tempo emergenziale con il Covid 19.*



Quale salute garantiamo ai migranti forzati

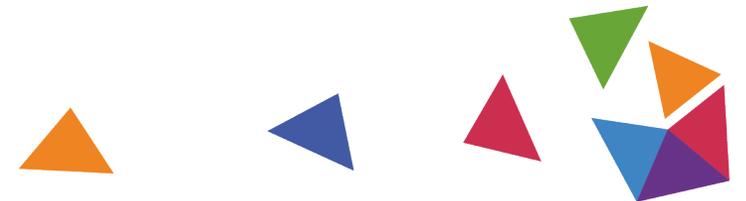
In relazione ai diritti alla salute di molti migranti forzati (richiedenti asilo, rifugiati, irregolari, vittime di tratta e grave sfruttamento, irregolari ed invisibili) ci sono alcuni ragionamenti da fare (Cfr. il documento del Comitato nazionale per la bioetica “Immigrazione e salute” del 23 giugno 2017): innanzitutto va fatta una riflessione di natura strutturale, ovvero sulla carta il diritto alla salute è tutelato. E non solo perché lo dice la Costituzione. Il principio è stato normato a cominciare dal D.Lg.286/98 (Turco-Napolitano). Nei fatti però la situazione non è così lineare. Nonostante nel dibattito pubblico emergano alcuni stereotipi (il migrante portatore di malattie, effetto migrante sano all’arrivo, effetto migrante esausto in presenza) non si coglie la dimensione globale del percorso migratorio relativa alla salute (il paese d’origine, il tragitto, l’arrivo e la vita in Italia).



Gli elementi complessi da dirimere sono:

- *il rischio di costruire servizi ghettizzanti per soli migranti invece di creare un reale accesso all'interno del Ssn anche per una maggiore integrazione dei pazienti;*
- *una situazione a pelle di leopardo a livello regionale in relazione alla tutela del minore, dell'esenzione del ticket per gli Stp, la problematica degli Eni, la possibilità di iscrizione volontaria al Ssn;*
- *la problematica linguistico-culturale che rende poco fruibile molti servizi sanitari;*
- *la residuale attenzione etno-psichiatrica;*
- *per gli irregolari c'è l'impossibilità ad avere un medico di base con intasamento per tutto dei pronto soccorsi.*

In tal senso i Decreti Sicurezza, come detto, minano fortemente tale processo inclusivo indispensabile per la garanzia dei diritti alla salute dei migranti privi di protezione umanitaria.



A ciò si aggiunga che l'accesso ai servizi sanitari è molto limitato e condizionato da elementi diversi,

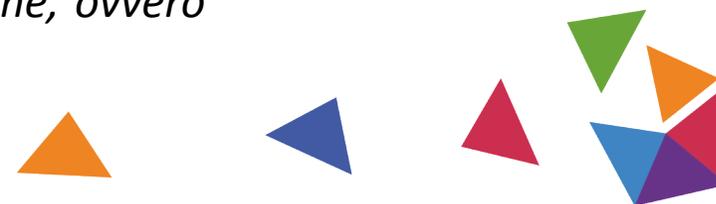
- oltre alla scarsa consapevolezza dell'importanza della cura,*
- la non conoscenza dei propri diritti in materia di salute,*
- la difficoltà di orientarsi nel marasma burocratico delle procedure necessarie per l'ottenimento di una tessera sanitaria, del codice fiscale a causa di un basso livello di istruzione e un determinato background culturale,*
- nonché dal timore di essere in uno stato giuridico irregolare.*
- A ciò si aggiunga una limitata collaborazione da parte dei funzionari degli sportelli, che a volte si trovano a non conoscere tutte le leggi in materia di salute degli immigrati.*
- Nell'emergenza del Covid 19 davanti ad una situazione complessa per tutti i cittadini italiani per i migranti soprattutto irregolari la situazione è stato ancora più pesante e difficile da gestire (l'impossibilità di accedere al Pronto Soccorso o al medico di base, la difficoltà di usare i trasporti pubblici, la desertificazione della strada e la dispersione del gruppo target, ecc...).*



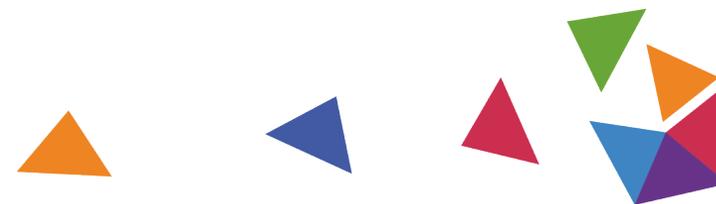
Quali elementi sulla salute dei migranti forzati cogliamo dal nostro Osservatorio di strada

Innanzitutto stando in strada si coglie

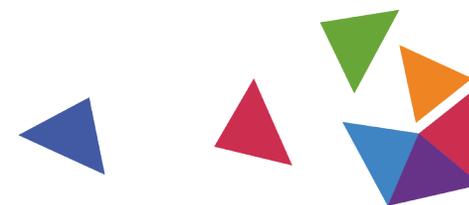
- ✓ *una forte correlazione tra povertà (che si vive in strada) e salute, ovvero va detto in primis che la povertà è la vera minaccia per la salute, ovvero un basso status socioeconomico è considerato un fattore di rischio per la salute.*
- ✓ *In una fase di scarsa crescita economica come quella che stiamo vivendo in Italia il tema delle diseguaglianze sanitarie è diventata una priorità degli esperti di sanità pubblica. Mi ha colpito molto una ricerca (“Lifepath” effettuata dall’Imperial College di Londra) che evidenzia appunto che lo status socioeconomico è un fattore di rischio indipendente per la salute e per la mortalità.*
- ✓ *Il suo impatto in termini di anni di vita persi è oggi considerato di poco inferiore a quello determinato dalla sedentarietà e di gran lunga maggiore rispetto allo stesso generato dalla ipertensione, obesità o elevato consumo di bevande alcoliche, ovvero in definitiva è come se la povertà si facesse strada sotto la nostra pelle.*



- ✓ *Va anche rilevato che oggi c'è un nuovo allarme per la povertà in Italia, ovvero i costi sostenuti dai cittadini per le cure sanitarie stanno diventando sempre più insostenibili, tanto che circa 500.000 persone (dati della Confcommercio di Milano) hanno rinunciato completamente ad acquistare farmaci necessari per curarsi. Immaginatoci come queste criticità esplodano in forma incredibile in strada, dove la sopravvivenza quotidiana, il clima torrido o freddo, la notte ed il giorno, la pessima e difficile relazione con il cibo, l'abuso di alcool e droghe, la incuria per il proprio corpo, l'assenza di igiene, la mancanza di una seria prevenzione sanitaria mettono profondamente in crisi lo status di benessere fisico della persona che vive in strada;*
- ✓ *E nel post Covid 19?*



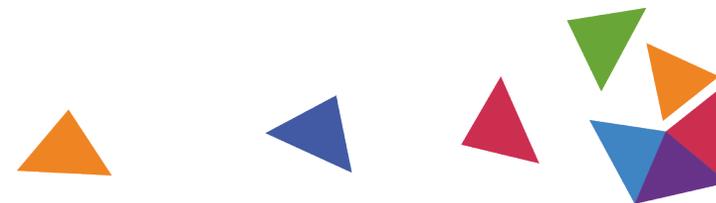
In secondo luogo in strada si coglie sempre più il vissuto traumatico di migranti forzati nel percorso migratorio (prima della partenza dal proprio Paese d'origine, durante il passaggio in Paesi di transito come il Niger e la Libia, con violenze, torture, sequestri, detenzioni, stupri, nell'arrivo nel nostro Paese, in situazione sempre più emarginanti) che influiscono profondamente sulla loro salute. E' all'interno di tale contesto che si coglie la sempre maggiore incidenza anche in strada di problematiche connesse con la salute mentale di migranti forzati, dato che si allinea perfettamente con quanto evidenziato dalla Società Italiana di Medicina delle migrazioni (Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016), dal Servizio Caritas di Roma "Ferire Invisibili" e da Medici senza frontiere che da una sua ricerca (2016) che fa emergere che "la situazione migrante attuale spesso si presenta con un substrato psichico già compromesso, con una capacità di resilienza ridotta ed in assenza di un progetto migratorio chiaro". In tal senso cogliamo, operando con gruppi sociali a forte trazione di vulnerabilità come le donne, sempre più giovani, ed i minori stranieri non accompagnati, vivano situazioni di stress da transculturazione (dall'impatto con la lingua locale alle comunicazioni non verbali ed alla prossemica, alla percezione di avere un corpo straniero e che può essere, oggi più che mai, bersaglio di atteggiamenti razzistici o comunque emarginanti);



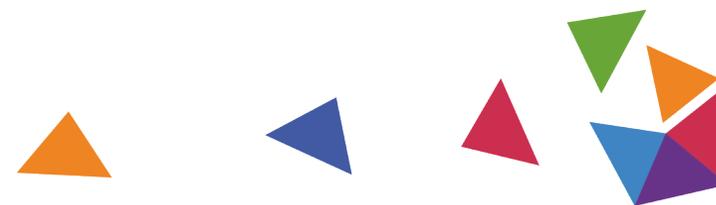
Questa ultima riflessione ci fa cogliere come la variabile “vulnerabilità” sia oggi in una situazione davvero esponenziale:

- presenza sempre più forte di soggetti analfabeti rispetto a prima, con riferimenti culturali che vanno poco oltre i confini del proprio villaggio,*
- progetto migratorio su cui non si investe più come nel passato per migliorare le condizioni della propria famiglia o inesistente o reso assai difficoltoso dalle condizioni politico-economiche-strutturali nel Paese ospitante,*
- conseguenziale supporto sociale lacunoso,*

Tutti elementi questi che incidono profondamente sulla variabile “salute” di tali migranti forzati;

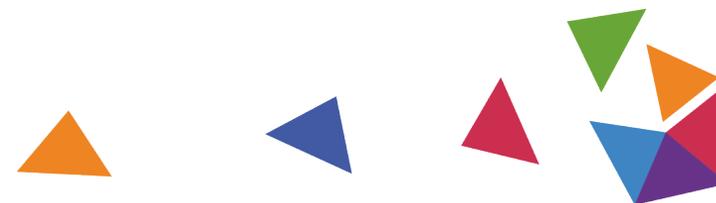


Quando si parla della salute dei migranti non si può non parlare del tema della violenza, sappiamo bene come si struttura il percorso migratorio, passando per il deserto, per la Libia, per il mediterraneo, e poi una volta arrivati tutto questo vissuto di violenza non viene quasi mai preso in considerazione. Abbiamo ragazze con cicatrici evidenti sul corpo, troppo evidenti per passare inosservate, eppure quando accedono al pronto soccorso non viene fatto alcun tipo di intervento, che sia di sostegno psicologico o di indagine sullo stato di salute rispetto a quelle cicatrici. Il tutto passa sotto gli occhi dei servizi, ogni volta, senza che qualcuno ci si soffermi mai. Per non parlare poi della violenza che rivivono in strada, parlando soprattutto delle donne vittime di tratta e sfruttamento della prostituzione

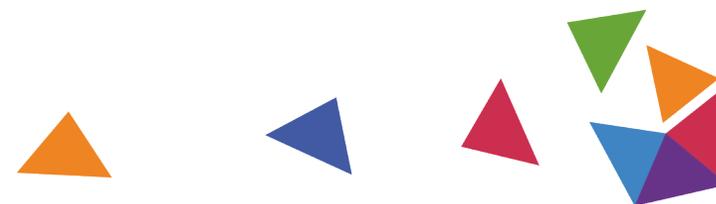


Nello specifico si riscontrano queste problematiche comuni riguardo la salute psicofisica nelle persone incontrate:

- ❖ *evidenti malformazioni fisiche, lesioni/tortura/traumi, stanchezza, paura (per sé e famiglia in patria),*
- ❖ *angoscia/rabbia,*
- ❖ *scarsa cura di sé,*
- ❖ *limitata percezione delle proprie risorse,*
- ❖ *alimentazione non adeguata,*
- ❖ *alcolismo, assunzione di sostanze, bevande eccitanti,*
- ❖ *negazione di sé e dei propri problemi,*
- ❖ *cambio di umore,*
- ❖ *abitazioni fatiscenti,*
- ❖ *legame con le organizzazioni criminali,*



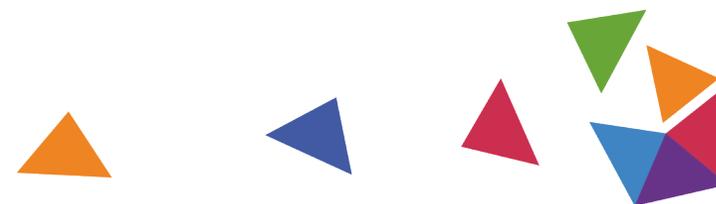
- ❖ *forte appartenenza al gruppo etnico*
- ❖ *mancaza inclusione sociale,*
- ❖ *mancaza di legami affettivi significativi,*
- ❖ *apatia, noia,*
- ❖ *mancaza/fatica nella differenziazione dei tempi nella giornata,*
- ❖ *sonno/veglia,*
- ❖ *progetto migratorio assente o poco chiaro,*
- ❖ *povertà (pre-migratoria e attuale),*
- ❖ *In definitiva fragilità.*



Il lavoro di strada ci fa entrare dentro le storie di vita dei migranti forzati. Entrando all'interno della dimensione relazionale dunque emergono i seguenti elementi: ragazzi e ragazze che chiedono aiuto senza sapere poi molto spesso cosa farci con questo aiuto (non hanno autonomia, confusione, chiedono una casa ma poi se ne vanno, un lavoro ma poi non resistono e lo lasciano, di andare a scuola e non terminano l'anno, una visita medica e poi non si presentano o se viene assegnata una cura non la fanno). Forse incide il fatto che le persone che incontriamo in strada sono sempre più piccole e sempre più inconsapevoli e incapaci di avere una progettualità. Allora la riflessione che ci viene da fare è: qual è stato il vissuto di queste persone? Quali sono i traumi che hanno avuto? A chi possono fare riferimento? E quale deve essere il lavoro e l'investimento in termini di tempo, relazione e risorse in generale affinché l'aiuto sia efficace? Tutto questo ha a che fare con la componente personale e psicologica dei migranti, di salute psicofisica in generale. E finché il sistema sanitario ignorerà queste vulnerabilità di chi si trova in strada continueremo ad avere episodi magari di disagio psichico, non gestiti nel modo giusto, trattati il più delle volte con trattamenti sanitari obbligatori, senza una presa in carico integrata della persona nella sua completezza di bisogni.

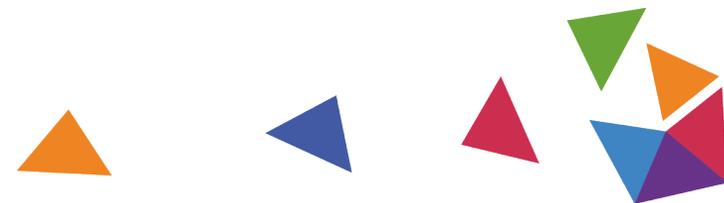


Altro elemento che incide sui processi di vulnerabilità è quello dell'insicurezza dal punto di vista legale. Come abbiamo detto aumentano in strada i diniegati, ragazzi e ragazze passati per i circuiti dell'accoglienza che si ritrovano poi incastrati in lunghissimi processi burocratici, passando per ricorsi, cassazione etc...e per finire poi spesso con nessun'altra possibilità se non l'essere irregolari sul territorio, e quindi impossibilitati ad avere una copertura sanitaria.



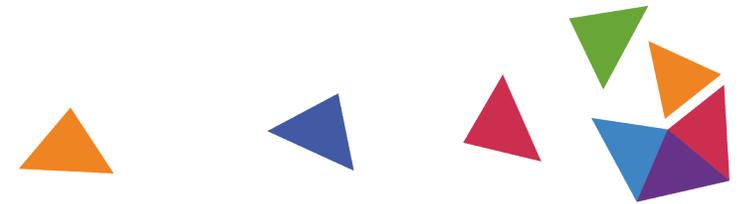
Il tema di genere, per il nostro Osservatorio di strada, rappresenta una problematica cruciale, tra i migranti forzati. Le donne migranti, specificatamente vittime di sfruttamento sessuale e non solo, vittime di violenze intra domestiche, rappresentano uno spaccato emblematico della vulnerabilità, dello sfruttamento, della peggiore emarginazione tra i gruppi marginali. La somatizzazione delle malattie da parte delle donne ne rappresenta una dimensione emblematica. I dati clinici ci dicono infatti che le donne somatizzano più degli uomini, ma ciò non sembra legato a differenze biologiche. Dunque non è l'essere donna in sé, ma l'essere donna in un certo gruppo geografico, etnico, culturale che influenza la frequenza ed il tipo di somatizzazioni.

Un fenomeno altresì che abbiamo rilevato sempre più spesso nell'ultimo periodo è quello delle mamme sole molto giovani con uno o più bambini. Bimbi che non rientrano in una progettualità ma avuti a seguito di violenze subite durante il percorso migratoria. Queste donne si trovano in una situazione legale critica, fuoriuscite dal circuito delle accoglienze, con una richiesta di permesso di soggiorno pendente (sono in appello dopo un primo diniego, mamme con casi speciali in scadenza e non convertibile) si trovano senza un lavoro e senza una rete di protezione e sostegno, in alcuni casi senza una dimora abituale;

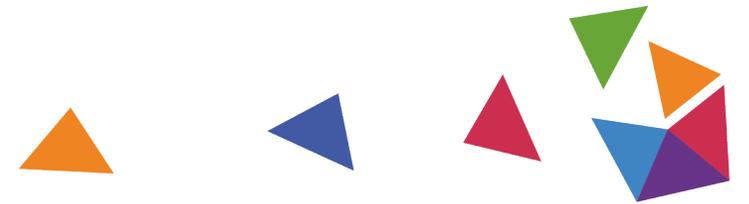


Infatti per mancanza di risorse economiche, cercano una stanza in affitto in case di connazionali poco adeguata alla vita dei loro bambini. Si rivolgono a noi per essere aiutate ad avere una copertura sanitaria che spesso non riescono ad ottenere per mancanza dei requisiti necessari.

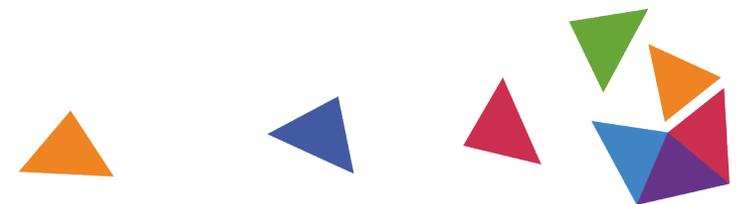
C'è spesso una diversa scarsa consapevolezza di come funziona il proprio corpo e dell'importanza di prendersene cura. Occorre un lungo lavoro di mediazione in strada per far comprendere l'importanza di effettuare analisi per lo screening sanitario di malattie a trasmissione sessuale. Se pensiamo alle donne nigeriane, ad esempio, non tutte sanno come è formato e come funziona il proprio apparato riproduttore. Questo ha chiaramente delle conseguenze sulla comprensione dell'importanza dei metodi contraccettivi. E prima di riuscire a far capire loro che utilizzare la pillola anticoncezionale o altre forme contraccettive non impedirà loro poi di avere dei figli in futuro è necessario fare un lavoro lungo, investire del tempo appunto nella relazione di fiducia. Anche in caso di gravidanza, le donne non comprendono il protocollo di visite, ecografie ed analisi previste dal SSN in quanto mai sperimentato e si affidano alle operatrici non comprendendo però il perché di molte visite.



Si riscontra anche come la gravidanza sia vissuta con smarrimento e fatica da alcune donne in assenza di una rete di protezione che le sostenga durante la gestazione. Diversamente da parte degli uomini non abbiamo richieste rispetto ad un accesso ai servizi sanitari, come abbiamo già detto la loro richiesta più immediata è quella del lavoro, non si preoccupano di avere o meno una copertura sanitaria, spesso non capiscono cosa sia, e non sentendo il bisogno di fare dei controlli accedono spesso solo per via emergenziale al pronto soccorso. La concezione della malattia, soprattutto delle malattie infettive, non vengono comprese a pieno e quindi non curate nel modo giusto. Il background culturale è una componente importante in queste persone che spesso rimandano la causa di queste malattie al rito juju (es. ragazza con l'asma, convinta che abbia questi attacchi per colpa del rito);



È in questi confronti che diventa chiaro quanto una mediazione che non sia semplicemente linguistica ma culturale sia necessaria per superare quelle barriere fatte di diversi significati e simboli e per avere una comunicazione chiara ed efficace. Nella maggioranza dei casi, quando un utente accede ad un servizio, questo tipo di mediazione non viene fornita, e questo rende evidentemente inefficace l'intervento soprattutto se si tratta di una problematica psicologica/psichiatrica. Spesso le persone in vagabondaggio accedono al pronto soccorso (e qui ci ricollegiamo alla non conoscenza dei servizi e alla diversa consapevolezza del corpo) per un semplice mal di testa, mal di stomaco, dolore pelvico. Difficile non pensare che siano frutto di somatizzazioni di cui sopra.



Il Lavoro di strada come strategia e metodologia di canalizzazione della salute di migranti forzati

Che senso ha il lavoro di strada?

La parola “strada” e, ancora di più, i termini “il lavoro di strada” si collocano, sia a livello semantico che a livello cognitivo, su un piano di rappresentazione di tipo fortemente emotivo, empatico, informale.

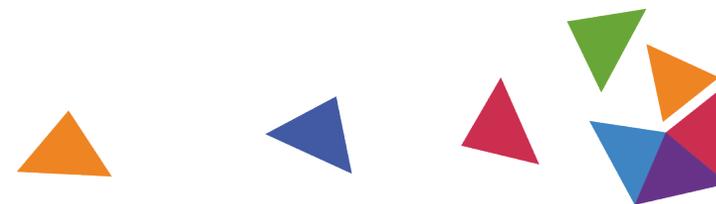
Eppure tale lavoro (dalle letture fenomenologiche alle strategie di impatto, dalle metodologie implementate alle buone pratiche validate) ha creato saperi e pratiche di forte innovazione sociale e di grande incidenza nel contrasto al disagio e alla devianza sociale rispetto a gruppi target “stabilizzati” sulla strada (tra cui oggi in primo luogo i migranti forzati, oggi e ieri tossicodipendenti e consumatori di sostanze psicotrope, prostitute e vittime di tratta a fini di sfruttamento sessuale, persone senza dimora).

Il lavoro di strada, per come si è strutturato in questi anni, ha privilegiato tipologie di azioni e modelli di intervento fortemente finalizzati alla creazione/definizione/taratura di una relazione virtuosa tra “abitanti della strada” ed operatori di strada (con la sua vasta gamma di approcci, di simbologie, di significati: contatto, aggancio, “approssimazione”, supporto, fiducia, credibilità, condivisione... sapendo/sperando di evitare collusioni, connivenze, ambivalenze, ambiguità...).



Questa relazione virtuosa nasce dalla convinzione che la strada è uno spazio neutro dove è possibile strutturare processi positivi; che lo spazio e il tempo dentro cui si giocano i rapporti di comunità sono modificabili e malleabili; che il gruppo target è raggiungibile e penetrabile; che gli operatori di strada sono senza paracadute e si giocano costantemente “la faccia” senza possibili finzioni e surrogati.

Il lavoro di strada ha sviluppato in tal senso saperi e metodologie di intervento, sperimentazioni e pratiche (che magari diventeranno buone, grazie ad indicatori di valutazione congrui) che hanno permesso di creare modelli specifici, un patrimonio di contenuti e di strumentazioni, di un vero e proprio “corpus scientifico”. Questa sottolineatura sulla valenza scientifica del lavoro di strada è molto importante, in quanto tale lavoro è spesso considerato una metodica di tipo approssimativo esercitata da operatori pratici.

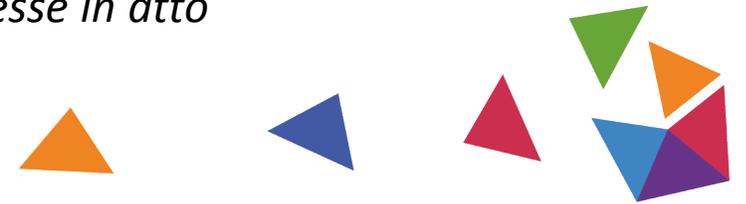


Questa “scienza di strada” è purtroppo spesso rimasta quasi sempre nelle aree di nicchia delle organizzazioni no profit che da anni investono sul lavoro di strada come luogo privilegiato della costruzione e della sedimentazione della marginalità e vulnerabilità urbana, della definizione di una relazione (operatore-abitante della strada) destrutturata (ma non ambigua), della strutturazione di eventi (animativi, educativi, di riduzione del danno, sanitari) in grado di produrre saperi e cultura, certamente marginali e periferici, capaci di ridare dignità, capacità e competenza agli attori della strada.

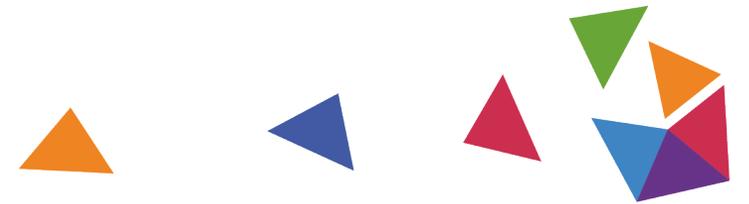
Resta però in definitiva un grande discrimine per validare il lavoro di strada. Si tratta di verificare quanto (da parte degli operatori sociali) si sia capaci di essere in strada, di esserci con gli abitanti della strada, di saper fare un pezzo di strada, di cammino insieme...

Ciò significa chiedere agli operatori di dare ascolto a tutto ciò che è informalità, emozione, sensazione, non detto.... Ciò, lungi dal voler assumere un atteggiamento antiscientifico, potrà permetterci di ridare centralità alla relazione virtuosa tra gli attori in strada (operatori ed utenti).

L'intervento di strada sta dunque provando a risintonizzarsi/riattualizzarsi con le nuove fenomenologie presenti in strada (i migranti forzati in questo momento hanno una forte rilevanza), sta provando a ridefinire le epistemologie congrue e significative di tale intervento a favore di tale gruppo target in primis, sviluppando, in forma tipologica e esemplare, alcune innovative pratiche positive che traggano spunti da azioni messe in atto in tanti anni nell'ambito dell'intervento di strada.



Stiamo in definitiva costruendo un grande sforzo, di valenza fortemente culturale, che vuole riportare al centro del dibattito, in un tempo abitato da interventi-scorciatoie di tipo repressivo-conformativo, la relazione (necessaria, strutturata, vincolata, negoziata, patteggiata...) tra cittadini (nativi e non, figli di migranti antichi e di migranti odierni) che vorrebbero provare a sviluppare insieme un welfare comunitario conviviale ed inclusivo tra tutti (dimensione mediativa dell'intervento di strada).



L'apporto del lavoro di strada per la canalizzazione di interventi sanitari a favore dei migranti forzati

L'apporto che il lavoro di outreach può dare per la canalizzazione di interventi sanitari a favore dei migranti forzati può essere davvero molto rilevante.

Nello specifico:

In primo luogo permette di strutturare un'azione di mappatura costante e coordinata dei luoghi e degli spazi (strade, piazze, periferie urbane, luoghi di scorrimento e di flusso, parcheggi, centri commerciali, etc...) ove è rilevante la presenza di migranti forzati;

In secondo luogo attiva processi di osservazione strutturata e partecipata nei luoghi dove sono presenti i migranti forzati da agganciare;

In terzo luogo sviluppa Interventi di emersione, contatto, aggancio, costruzione della relazione (metodologia ormai strutturata da decenni e che ha dato risultati molto importanti) con gruppi target come quello dei migranti forzati;

In quarto luogo crea una sintonia, una forte "complicità" per poter cogliere quali servizi sanitari siano davvero adeguati (a livello di diagnosi e cura e a livello di accesso) al nostro target group;



In quinto luogo struttura un processo di canalizzazione dei migranti verso l'accesso ai servizi sanitari;

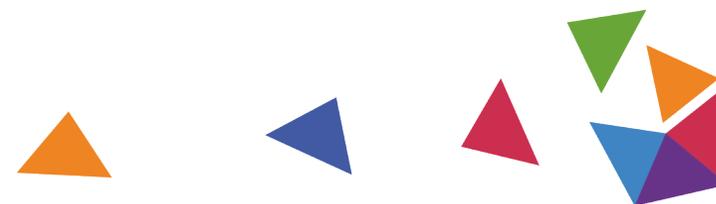
In sesto luogo sviluppa costantemente un sistema di prevenzione sanitaria in strada (con foglio informativo in lingua sulla prevenzione sanitaria, sulle malattie e problematiche sanitarie, sui servizi sanitari a cui afferire);

Altresì facilita l'accesso ai codici STP (per migranti extracomunitari) ed ENI (per migranti comunitari dell'est Europa) ed accompagna le persone migranti forzate, che vivono in strada, direttamente ai servizi sanitari;

Attiva sul territorio regionale sportelli di informazione e percorsi formativi sulla prevenzione sanitaria;

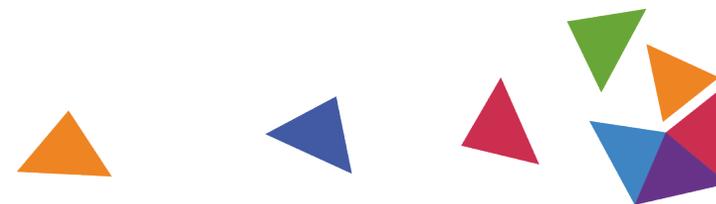
Mette a disposizione setting terapeutici per colloqui in profondità, per situazioni specifiche da parte dei migranti forzati;

Sviluppa interventi di comunità con una forte attenzione a costruire processi di mediazione sociale che superi le barriere della reciproca diffidenza e rappresentazioni sociali;



Promuove un costante lavoro con i leaders e peer educator dei migranti forzati presenti sul territorio;

Sviluppa una costante azione di rete con attori del pubblico e del privato sociale presenti sul territorio regionale (che abbiamo un focus specifico sulle migrazioni forzate nell'ambito socio-sanitario).



Bibliografia di riferimento

AA.VV., Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura, Edizioni Pendragon, Bologna, 2014

AA.VV., Variazioni demografiche e impatto sulla salute psichica dei richiedenti asilo in Italia, Edizioni Pendragon, Bologna, 2016.

Akinyinka A., Carchedi F., Cittadini nigeriani gravemente sfruttati sul lavoro e in altre costruttive, Ediesse, Roma, 2012.

Baldiuni M., Toso S., Diseguaglianza, povertà e politiche pubbliche, Il Mulino, Bologna 2004.

Barnao C., Sopravvivere in strada, Franco Angeli, Milano, 2004.

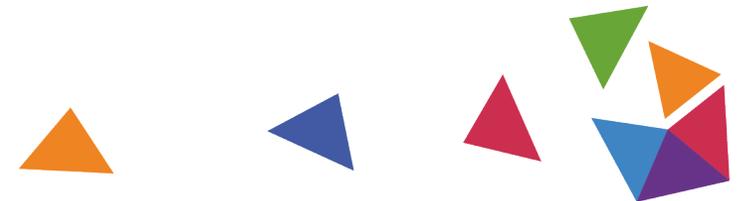
Barnao C., Le prostitute vi precederanno, Rubettino, Soveria Mannelli, 2016

Becucci S., Criminalità multietnica. I mercati illegali in Italia, Laterza, Bari, 2006.

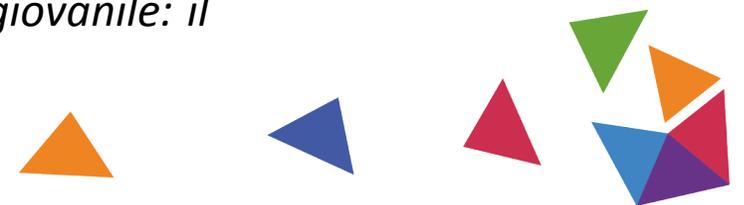
Bertani M., Di Nicola P., Migration Studies e capitale sociale, Franco Angeli, Milano, 2012.

Caritas Italiana e Fondazione Migrantes, Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016, Roma 2016.

Carletti, P., Assistenza sanitaria agli immigrati tra diritti e violazioni. Il ruolo del Tavolo tecnico interregionale "immigrati e servizi sanitari", in la Rivista delle politiche sociali, 2-3/2015.



Castelli V., ragionare coi piedi, Franco Angeli, Milano 2008.
Castelli V., Punto a capo sulla Tratta, Franco Angeli, Milano, 2014
Castelli V., Narrare la strada, On The Road, San Benedetto Tr., 2019
Centro Studi e Ricerche IDOS, Dossier statistico Immigrazione 2018, Roma, 2018.
Comitato nazionale Bioetica. Immigrazione e salute, Roma, 2017.
Cooper C. Jr., La strada, Baldini e Castoldi, Torino, 1998.
Covatero D., I modelli di lavoro di strada, Edizione Gruppo Abele, Torino 1994.
Dagnino C., I nuovi nomadi. Pionieri della mutazione, culture evolutive, nuove professioni, Castelvecchi, Roma, 1996.
Dal Lago A., Giovani, stranieri & criminali, Manifestolibri, Roma, 2001.
–, Non persone. L'esclusione di migranti in una società globale, Feltrinelli, Milano, 1999.
De Giorgi A., Zero Tolleranza. Strategie e pratiche della società di controllo, Derive Approdi, Roma, 2000.
Demetrio D., Filosofia del camminare, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.
Giudici C., Wihtol de Wenden C., I nuovi movimenti migratori, Franco Angeli, Milano, 2016
Ilardi M., In nome della strada, Meltemi, Roma, 2001.
Imperial College of London, Lifepath, London, 2015.
La Cecla F., Perdersi. L'uomo senza ambiente, Laterza, Bari, 1998.
Lagrange H, M. Oberti, La rivolta delle periferie. Precarietà urbana e protesta giovanile: il caso francese, Bruno Mondadori, Milano, 2006.



Lea J., "Criminalità ed emarginazione nel mondo postfordista", in *Dei delitti e delle pene*, n. 2, pp. 5-25, 1998.

Maffesoli M., *Del nomadismo. Per una sociologia dell'erranza*, Franco Angeli, Milano, 2000.

Medici senza frontiere, *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*, Roma, 2016.

Omizzolo M, Sodano P, *Migranti e territorio*, Ediesse, Roma 2015.

Palmisano L., Sagnet Y, *Ghetto Italia. I braccianti stranieri tra caporalato e sfruttamento*, Fandango Libri, Frosinone, 2015.

Palmisano L., Ascianera. *La brutale intelligenza della mafia nigeriana*, Fandango Libri, Frosinone, 2019.

Peci. S., *Trasmigrazioni*, Albero Niro, Roma, 2016

Petrovic N., *Rifugiati, profughi, sfollati*, Franco Angeli, Milano, 2013

Squassabia D., *Lavoro di strada*, Franco Angeli, Milano, 2000.

Wacquant L., *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, DeriveApprodi, Roma, 2006.

