

webinar



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

3 – 10 giugno 2020

Progetto co-finanziato dall'Unione Europea
FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020



MINISTERO
DELL'INTERNO



Progetto regionale a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI 2014-2020 / Prog 2219) - DGR 304/2018



“Azioni del Servizio sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati (richiedenti protezione, rifugiati/protezione sussidiaria e diniegati) e dei minori non accompagnati”



Capofila: Regione Marche / ARS / Osservatorio sulle diseguaglianze nella salute



Partner:

ASUR Marche

Coop. Sociale On the Road,

Coop. Sociale Nuova Ricerca Agenzia Res,

Coop. Sociale Vivere Verde Onlus



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Parola chiave

vulnerabilità

***inserimento precario nei canali di
accesso alle risorse materiali e
relazionali, alle opportunità e ai diritti
(esclusione sociale)***

**deprivazione culturale, sociale,
relazionale, economica**

ingiustizia sociale - persone / gruppi scartati...

In una data organizzazione sociale certe differenze (biologiche, psicologiche, sociali o di altro tipo...) vengono utilizzate per «classificare» le persone

S. Opatow

il colore nero della pelle
il migrante
l'ebreo
l'omosessuale
l'anziano
il diversamente abile
il "pazzo"
il povero
il senza tetto
...

- assumono la **forma CATEGORIE SOCIALI** a cui si attribuiscono *qualità negative*
- vengono percepite al di **fuori dei confini** in cui si applicano valori morali, regole e considerazioni di equità
- coloro che sono **moralmente esclusi** sono percepiti come non entità, **sacrificabili o immeritevoli**
- di conseguenza, **danneggiarli o sfruttarli sembra essere appropriato, accettabile o giusto**
- ...forme gravi che lievi di esclusione morale, dal genocidio alla discriminazione

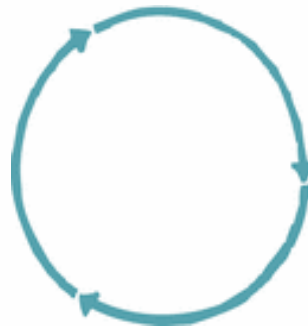
guerra, reddito, condizione lavorativa, livello di istruzione, condizione abitativa, biografia, discriminazione etnica e culturale, clandestinità, malessere psicologico per il “fallimento” del proprio progetto di vita...ingiustizia sociale

deprivazione sociale, economica, culturale, relazionale



diseguaglianze nella salute

difficoltà di accesso ai servizi, cure scadenti



perdita della salute

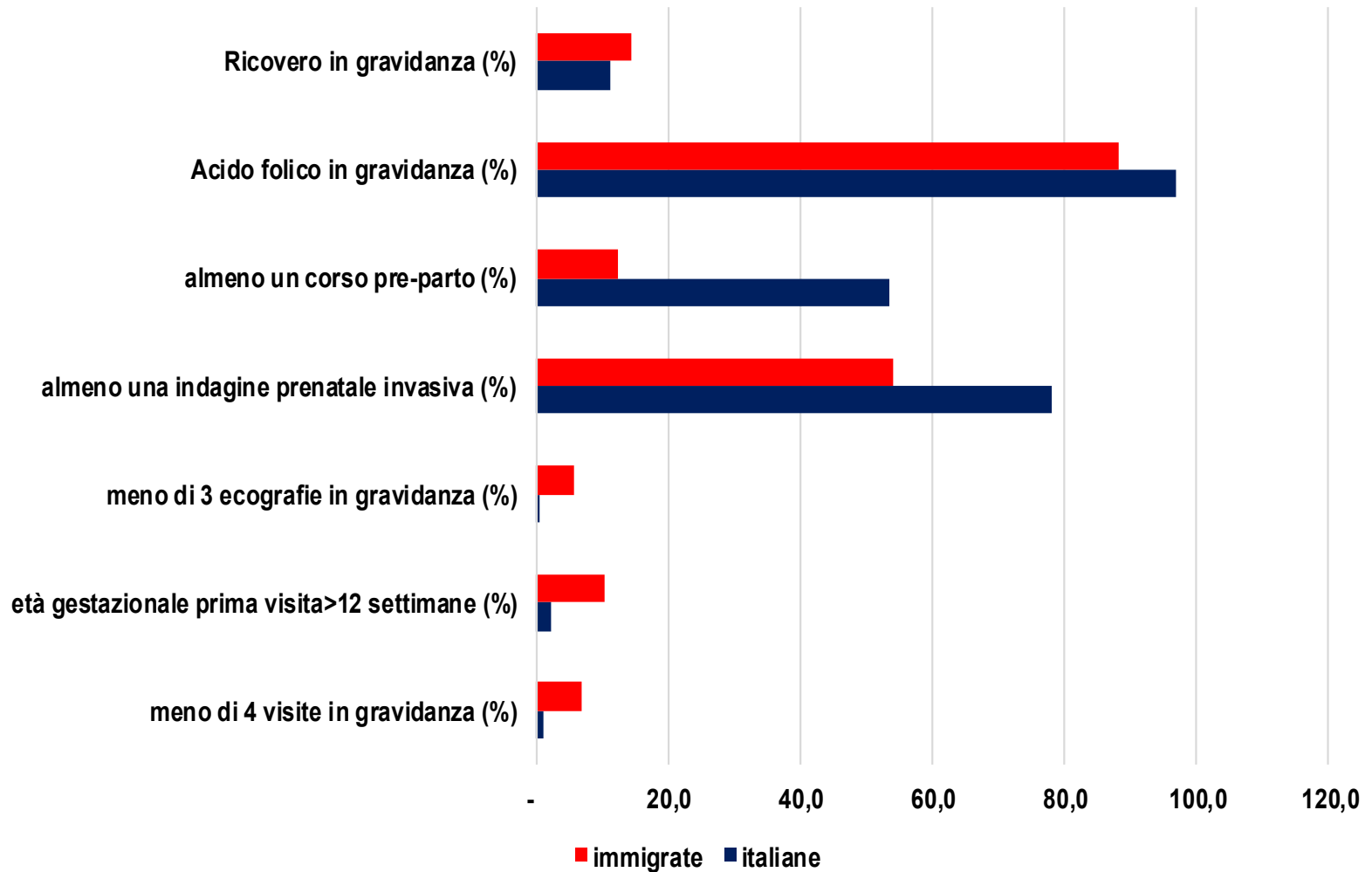
Il fenomeno del gradiente sociale

(Marmot 2004)



La mortalità aumenta linearmente con l'aumentare dello svantaggio sociale

assistenza in gravidanza alle donne immigrate significativamente peggiore rispetto alle italiane



P < 0.001

Fonte: Cedap, Regione Marche, anno 2018

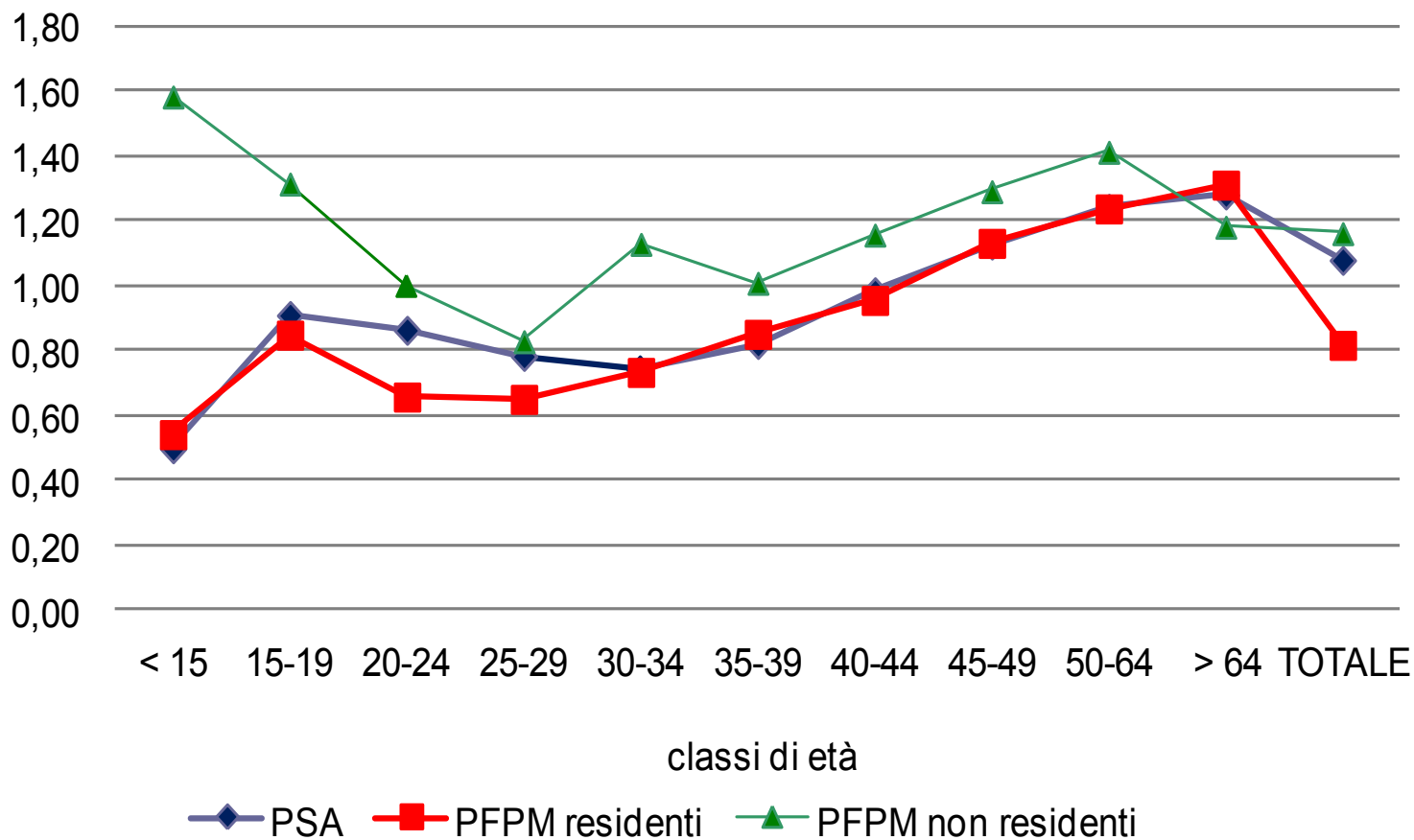
in termine di rischio...

Le donne immigrate hanno un maggiore rischio di:

- effettuare meno di 4 visite in gravidanza
- effettuare tardivamente il primo controllo
- non sottoporsi ad almeno una indagine prenatale invasiva
- avere un neonato morto
- avere un figlio di peso <2.500 gr.
- avere un figlio con sofferenza neonatale Apgar a 5' dalla nascita < 8

Peso medio dei ricoveri ordinari, per cittadinanza

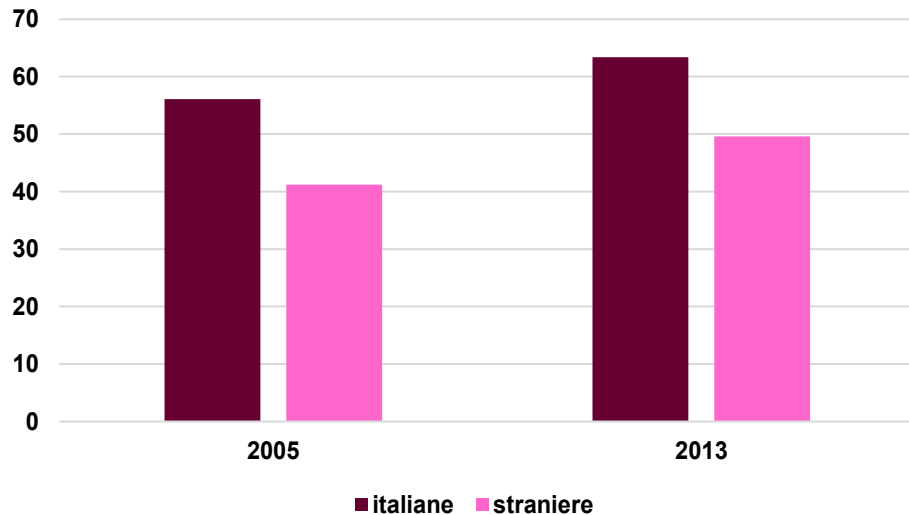
(Regione Marche, anno 2010)



Fonti: SDO Regione Marche, HCFA anni 2007- 2010

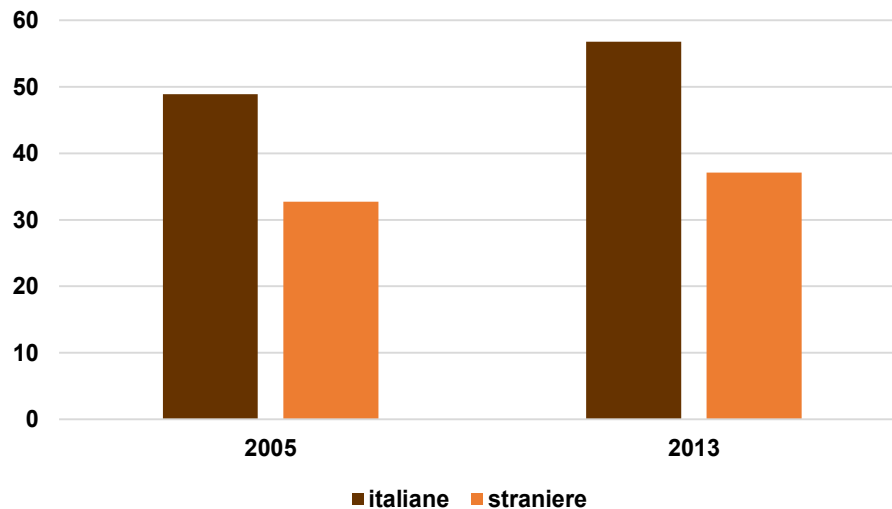
Elaborazioni: Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute, Regione Marche

almeno un Pap test negli ultimi 3 anni (Italia)



« COPERTURA »

almeno una mammografia negli ultimi due anni (Italia)



Epid. Prev., maggio/agosto 2017

Qual è il ruolo della sanità pubblica?

l'accesso ai **servizi** e alle **cure** è la questione che specificamente riguarda il Servizio Sanitario

- **accesso geografico** (*disponibilità di servizi in differenti aree geografiche*)
- **accesso economico** (*“trappola medica” della povertà*)
- **accesso culturale** (*barriere linguistico-culturali, relazione, attenzione e qualità delle cure, sensibilità alle differenze*)

fornire le cure di qualità a chi ne ha bisogno
**e...l'allocazione delle risorse deve essere finalizzata
a garantire l'equità della salute tra le classi sociali**

diseguaglianze nella salute

Livello di istruzione
Condizione socio-economica
Condizione di immigrato

*istruzione, lingua, cultura/convinzioni
personali, grado di cittadinanza,
conoscenza dei servizi, concetto/
conoscenza di prevenzione, health
literacy, mobilità sul territorio,
residenza/domicilio/STP-ENI,
discriminazioni*

Servizi sanitari:

Organizzazione
Modalità di offerta....
Strategie di offerta
Competenza «culturale»
Mediazione interculturale

uguaglianza non è equità



La salute e l'accesso alle cure: questioni complesse



norme (UE, Stato, Regioni)



Chi decide per la salute delle persone?

- Ministero della Salute
- Regioni



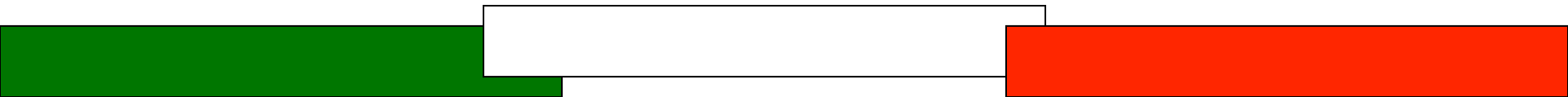
italiani

- **Ministero dell'Interno**
- **Ministero della Salute**
- **Regioni**



immigrati

Regolamenti e Direttive UE





il titolo V

Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”. Art. 117

Lo Stato ha legislazione **esclusiva** nelle seguenti materie:

b) **immigrazione**;

m) **determinazione dei livelli essenziali** delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (a tutti i cittadini, *universalità*)

Sono materie di legislazione **con-corrente** quelle relative a...
tutela della salute

«Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato»

una espansione abnorme dei livelli decisionali e legislativi delle Regioni



accesso variabile ai LEA soprattutto per i gruppi più vulnerabili, tra cui gli immigrati (norme regionali, ticket, piani di rientro...una specie di gara «al ribasso»...)

La Corte Costituzionale ha in più occasioni escluso che le Regioni possano usare il loro potere legislativo per rendere inapplicabile sul proprio territorio una legge statale !!



Un sistema di garanzia debole



Lo Stato deve garantire e controllare che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplati nei LEA avvenga in condizione di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza

La garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini è disciplinata dal DM 12 dicembre 2001, che fornisce un **set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale**

NON SONO PREVISTI INDICATORI PER GLI IMMIGRATI

...in epoca di determinismo contabile

1. incapace di valutare gli interventi veramente utili per tutelare il “bene salute”
2. particolarmente feroce con i gruppi più vulnerabili



***l'equilibrio finanziario è il fattore maggiormente condizionante
E' CONVENIENTE??***

Accordo Stato Regioni n. 255/2012

**«Indicazioni per la corretta
applicazione della normativa per
l'assistenza sanitaria alla
popolazione straniera da parte delle
Regioni e Province Autonome»**

*Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"
(istituito nel 2008, presso il Coordinamento della Commissione Salute)
Coordinamento Regione Marche*

L'Accordo (e il tavolo Immigrati e Servizi Sanitari”) ha avuto e ha molti detrattori

Intende riafferma il principio fondamentale della salute come “**bene comune**”, esigibile (anche dai migranti come soggetti a cui lo stato di diritto garantisce la *cittadinanza*)

Intende contrastare il “**razzismo istituzionale**” – garbugli amministrativi e valutazioni *economicistiche* utilizzati per restringere/negare i diritti

Rappresenta uno strumento per la **valutazione** delle scelte dei decisori dei SSR e del SSN





Progetto regionale a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI 2014-2020 / Prog 2219) - DGR 304/2018



“Azioni del Servizio sanitario della Regione Marche per la salute psico-fisica dei migranti forzati (richiedenti protezione, rifugiati/protezione sussidiaria e diniegati) e dei minori non accompagnati”



Capofila: Regione Marche / ARS / Osservatorio sulle diseguaglianze nella salute

Partner:

ASUR Marche

Coop. Sociale On the Road,

Coop. Sociale Nuova Ricerca Agenzia Res,

Coop. Sociale Vivere Verde Onlus



Patrocinio: Scuola Etno sistemico narrativa



Progetto co-finanziato dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Profughi



Obiettivo: miglioramento assistenza psichiatrica migranti forzati e dei MSNA nella regione Marche

**Cosa serve??
1) + 2)**

1) Competenze tecniche:

- formazione / azione SSR etnopsi
- formazione / azione “etnosociale” operatori di CA

attività propedeutiche:

- Analisi dei problemi & Conoscenza dei bisogni
- Caratterizzazione dei soggetti a rischio
- Strumenti condivisi (schede, griglie ecc)

2) Aspetti organizzativi:

- percorsi sanitari
- percorsi integrati
(come, chi, che cosa, quando, dove)

approfondimenti teorico/operativi:

- Mediazione interculturale
- Certificazione medico legale
- Pratica della supervisione
- Valutazione olistica dell'età dei MSNA

Per la «cura» della salute mentale dei migranti è necessario che gli operatori della Salute mentale abbiano competenze etnopsi (interculturali, antropologiche, geopolitiche) per un'adeguata *contestualizzazione* dei sintomi e per affrontare le complessità delle sofferenze portate dai migranti forzati

1) Linguaggio comune

2) Team sanitario regionale di riferimento, «specializzato» in etnopsi

3) Percorso integrato omogeneo di assistenza socio-sanitaria da parte del Servizio Sanitario Regionale Marche e dei gestori pubblici e privati dell'accoglienza del territorio

4) Lavoro in Rete

BISULTATI

Oggi:

2.174 presenze di persone nei Centri di accoglienza – Regione Marche

(Fonte Ministero dell'Interno, 15 maggio 2020)

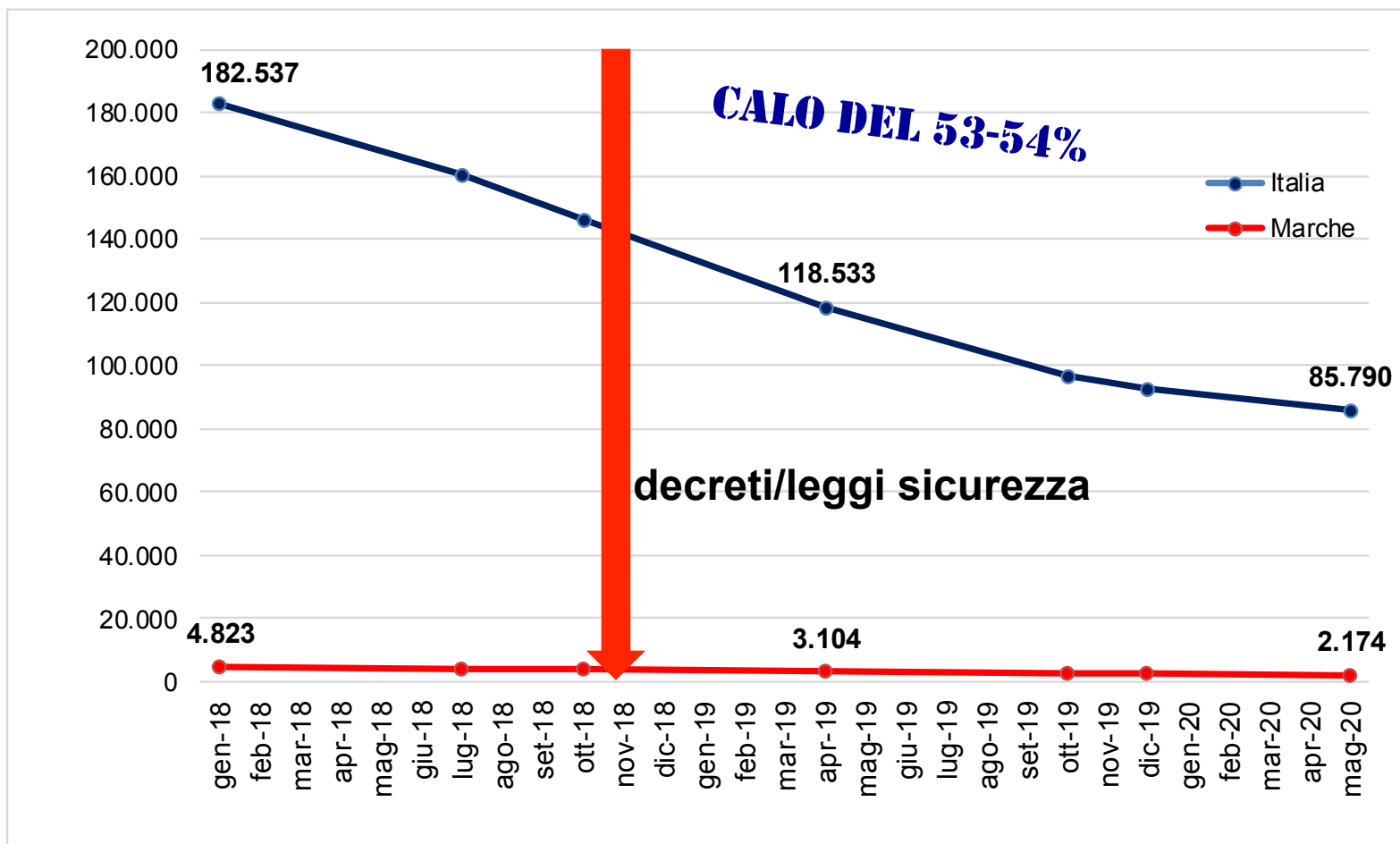


Per oltre 2.600 persone:

- privi/privati di titolo di soggiorno ?
- vittime di traffico/sfruttamento ?
- condizione di vagabondaggio sociale ?

...la situazione è difficile da capire (chi, quanti, dove...)

Presenza di «migranti» nei centri di accoglienza (gennaio 2018 – maggio 2020)



	CAS/hot s	SIPROIMI	Totale	% SIPROIMI
Italia	63.742	22.048	85.790	26
Marche	1.321	853	2.174	39

in sostanza: sbarazzarsi degli asilanti è una ossessione

2017

- Accordi con la Libia (non discussi in Parlamento) / creazione della Guardia costiera libica / SAR libica ???
- Codice Minniti per le ONG
- Abolizione del ricorso in appello (*L. 46/2017 Minniti Orlando*)

decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113
legge 1 dicembre 2018, n. 132

2018

Abolizione della protezione umanitaria
Ridisegno di tutto il sistema di accoglienza
Accordi con la Libia
Aumento dinieghi
Campagna di criminalizzazione del salvataggio in mare

*notevoli restrizioni
anche per gli italiani*

2019

Come sopra
D.L. 53/2019

il Ministro dell'Interno può decidere di vietare l'ingresso – ma anche solo il transito e la sosta – a qualsiasi nave, per ragioni di ordine e sicurezza, pena il pagamento di sanzioni fino a 1 milione di euro, l'arresto del comandante e la confisca della nave.

2020

decreto interministeriale del 7 aprile 2020: Italia porto «non sicuro-COVID19»



Un partenariato di grande valore



Il Servizio Sanitario deve fare autocoscienza perché esso stesso genera le diseguaglianze



- se non supera l'autoreferenzialità
- se non svolge un ruolo di advocacy e di partnership



Un progetto per tutta la collettività

i migranti, tutti e, a maggior ragione, chi arriva da noi per chiedere asilo/protezione, sono **titolari di diritti**

l'assistenza e la "cura" devono essere appannaggio del **Servizio Sanitario pubblico**

per il Servizio Sanitario è di fondamentale importanza creare e mantenere **reti** con le realtà che operano nei territori

fare accoglienza ai profughi significa **fare salute** per tutta la collettività e prevenire il "loro" ed il "nostro" disagio, per poter sviluppare insieme **condizioni di vita libera e una comunità pacifica**



Banksy, Venezia



FAMI2219

<http://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ODS>
diseguaglianze@regione.marche.it