

SALUTE E PREVENZIONE TRA I MIGRANTI INVISIBILI

*L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti
presso gli insediamenti di via delle Messi d'oro
via Collatina e Selam Palace*

Febbraio 2015



Gruppo di Lavoro

Coordinamento: Giovanni Baglio (INMP), Pier Angela Napoli (ASL RMB)

Componenti: Ahmad Al Rousan (Medici Senza Frontiere), Giuseppe Alcaro (ASL RMB), Alberto Barbieri (Medici per i Diritti Umani), Michele Bonizzi (Croce Rossa Italiana – Comitato Provinciale di Roma), Angelo Patriarca (Associazione Cittadini del Mondo), Fabrizio Ciaralli (ASL RMB), Donatella D'Angelo (Associazione Cittadini del Mondo), Giorgio De Acutis (Croce Rossa Italiana – Comitato Provinciale di Roma), Stefano Di Carlo (Medici Senza Frontiere), Maurizio Di Marzio (ASL RMB), Alberto Di Vincenzo (ASL RMB), Antonio Fortino (INMP), Ester Gati (Croce Rossa Italiana – Comitato Provinciale di Roma), Salvatore Geraci (Caritas Diocesana di Roma), Claudio Ippoliti (ASL RMB), Maria Maio (ASL RMB), Marina Moscatelli (Delegato del Sindaco per ASL RMB), Fulvia Motta (Caritas Diocesana di Roma), Chiara Pajno (INMP)

Hanno partecipato al lavoro d'équipe:

Sandra Aebi (MEDU), Mouhamadou Ba (CRI), Alberto Barbieri (MEDU), Massimo Barrella (MEDU), Aberach Bekele (INMP), Valeria Bellelli (MEDU), Tim Bergman (MEDU), Emilia Bielli (CRI), Carla Borelli (CRI), Pietro Bruno (CRI), Tzehainesc Cahsai (INMP), Amelia Calento (CRI), Anita Carriero (MEDU), Aurora Castellitto (ASL RMB), Irene Cecchi (MEDU), Alessandro Cerratti (ASL RMB), Gemma Ciccone (MEDU), Riccardo Cirilli (ASL RMB), Gaetana Palma Corvaglia (MEDU), Anna Maria Cozzone (CRI), Gianfranco Crocicchia (CRI), Donatella D'Angelo (CdM), Massimo De Luca (INMP), Laura De Paolis (ASL RMB), Stefano Degli Abbati (CRI), Orfeo Del Conte (CRI), Alessandra Del Pinco (ASL RMB), Grazia Di Benedetto (CRI), Massimiliano Di Marco (CRI), Emanuele Di Persio (INMP), Claudio Di Salvo (CRI), Francoise Farano (CRI), Gennaro Franco (INMP), Lorenzo Germinaro (MEDU), Anna Maria Giua (MEDU), Vincenzo Grotti (INMP), Elisabetta S. Ila Gualdi (CRI), Stefano Gugliotta (CRI), Francesca Ieretano (MEDU), Michele Impagnatiello (MEDU), Giovanni Iumiento (CRI), Emanwele Kiros (MEDU), Angelo Kiros Abraha (INMP, MEDU), Giuseppe La Serpe (CRI), Teresa Leone (MEDU), Mauro Macri (CRI), Giuseppe Mancino (ASL RMB), Giovanna Manni (MEDU), Paola Marazza (CRI), Cristina Marchetti (MEDU), Valentina Marconi (ME-DU), Vincenzo Martorella (CRI), Angela Rita Mascianà (CRI), Nicoletta Masserotti (CRI), Paolo Monaco (CdM), Michela Nardi (MEDU), Adriano Notturmi (MEDU), Lara Occhi (CRI), Luciano Olivieri (CRI), Valeska Padovese (INMP), Isabella Pallone (MEDU), Oscar Parolini (MEDU), Angelo Patriarca (CdM), Nadia S. Ila Pauselli (CRI), Maria Rita Peca (MEDU), Fabrizio Perrelli (ASL RMB), Alessandra Petrini (MEDU), Silvia Piscitelli (CRI), Christian Promberger (MEDU), Federica Pulvirenti (MEDU), Luca Gabriele Punziano (CRI), Simone Pupo (MEDU), Dario Raglione (MEDU), Davide Renzi (MEDU), Simone Renzi (ASL RMB), Daniela Ricci (ASL RMB), Giulia Rizzi (MEDU), Viviana Salerno (ASL RMB), Livia Maria Salvatori (CdM), Sandra Scarcia (MEDU), Lucilla Seganti (MEDU), Svetlana Soboleva (CRI), Maria Rosa S. Ila Solinas (CRI), Barbara Stazi (MEDU), Marie Aude Tavo (MEDU), Elisabetta Testani (CRI), Eugenio Totti (MEDU), Carla Vallone (MEDU), Mavi Venditti (MEDU), Giovanni Zannotti (CRI), Valeria Zimei (MEDU), Ana Maria Zuluaga (MEDU).

INDICE

Scopo del documento	p. 3
L'operazione <i>Mare Nostrum</i> e il nuovo fenomeno dei migranti in transito	p. 4
La realtà dei migranti in transito a Roma	p. 5
<i>Caratteristiche della popolazione</i>	p. 5
<i>Elementi di contesto</i>	p. 5
<i>I luoghi</i>	p. 5
La risposta dei servizi territoriali al cambiamento delle esigenze assistenziali	p. 6
Il Piano di intervento socio-sanitario	p. 8
<i>Attività socio-sanitarie</i>	p. 8
<i>Risultati</i>	p. 9
Conclusioni e prospettive	p. 15
<i>Allegato 1 - Scheda raccolta dati persone in transito</i>	
<i>Allegato 2 - Protocollo d'intesa tra ASL RMB e INMP</i>	
<i>Allegato 3 - Nota regionale</i>	

Scopo del documento

Nel corso del 2014, a seguito dell'intensificarsi degli sbarchi in concomitanza dell'operazione *Mare Nostrum*, si è registrato a Roma, come in altre città italiane, un cospicuo aumento di profughi in transito verso Paesi nordeuropei. Si è trattato di un fenomeno relativamente nuovo, non solo per le dimensioni, ma anche per le caratteristiche peculiari dei migranti: presenti sul territorio per periodi molto brevi, portatori di bisogni impellenti e privi di copertura sanitaria.

Nel tentativo di offrire loro assistenza, è stato realizzato un piano di intervento socio-sanitario che ha coinvolto diverse istituzioni pubbliche (INMP, ASL RMB) e associazioni del privato sociale (Caritas diocesana di Roma, Cittadini del Mondo, Croce Rossa Italiana - Comitato Provinciale di Roma, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere). La mobilitazione intorno a tale piano ha permesso di consolidare in

tempi brevi una rete territoriale di prossimità per l'offerta attiva di prestazioni sanitarie all'interno di due edifici occupati (via Collatina e Selam Palace) e di un insediamento spontaneo (via delle Messi d'Oro) sul territorio della ASL RMB. Le *équipe* sanitarie hanno raggiunto circa 3 mila e 800 persone in 5 mesi di attività. È stato un segnale importante di attenzione da parte del Sistema sanitario, ma soprattutto l'occasione per sperimentare nuove modalità operative e forme integrate di collaborazione tra istituzioni.

Il presente documento intende fornire un resoconto di tale esperienza, al fine di valutarne i punti di forza e la sostenibilità, in una prospettiva di riflessione sui modelli di sanità pubblica rivolti a popolazioni difficili da raggiungere, anche nell'ottica di una maggiore capacità di pianificare analoghi interventi in futuro.

L'operazione *Mare Nostrum* e il nuovo fenomeno dei migranti in transito

In un contesto internazionale segnato dall'acuirsi della crisi nell'area mediterranea, dal Nord Africa al Medio Oriente, il fenomeno degli sbarchi ha assunto nell'ultimo anno i tratti di un'emergenza umanitaria.

Nel tentativo di fronteggiare tale emergenza, a partire dal 18 ottobre 2013 ha preso l'avvio in Italia l'operazione *Mare Nostrum*¹: un'operazione militare e umanitaria nel Mar Mediterraneo meridionale che – come si legge sul sito della Marina Militare – aveva il duplice obiettivo di “garantire la salvaguardia della vita in mare e assicurare alla giustizia tutti coloro i quali lucrano sul traffico illegale di migranti”. Per sostenere l'operazione sono state impiegate da parte della Marina 920 militari, 1 nave anfibia, 2 fregate con elicotteri leggeri, 2 pattugliatori, 2 elicotteri pesanti, 2 aerei e in più mezzi e uomini di tutti i Corpi dello Stato. Sono stati realizzati complessivamente 558 interventi, con il salvataggio di circa 100.000 persone e l'arresto complessivo di 728 scafisti.

Durante tutto il 2014, le coste della Libia sono state il luogo di raccolta e di partenza di decine di migliaia di persone, in cerca di maggiore sicurezza, libertà e benessere; in Italia, Roma e Milano – anche se in misura e con modalità differenti – hanno rappresentato il crocevia principale per questo tipo di migrazioni. Secondo i dati raccolti nell'ambito del Progetto *Praesidium* dal Comitato centrale – Direzione sanitaria progetti di assistenza migranti – della Croce Rossa Italiana, durante tutto lo scorso anno sono sbarcate sulle coste italiane 170 mila persone, provenienti complessivamente da 77 nazioni: i siriani erano circa un quarto, seguiti da eritrei, somali e maliani. Il 15% era costituito da minori, di cui oltre la metà non accompagna-

ti (questi ultimi provenienti soprattutto da Eritrea, Egitto e Somalia). Tra gli adulti, le donne hanno rappresentato circa il 13%. Si stima che almeno 3.500 migranti forzati abbiano perso la vita nel Mediterraneo.

Persone arrivate via mare: 170.100

- uomini: 125.788
- donne: 18.190
- minori: 26.122
- di cui, minori non accompagnati: 13.026

dalla Siria: 42.323 (25%)

- uomini: 25.155
- donne: 6.203
- minori: 10.965

dall'Eritrea: 34.329 (20%)

- uomini: 24.061
- donne: 6.076
- minori: 4.192
- di cui, minori non accompagnati: 3.394

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2014 sono state inoltrate 63.041 richieste di protezione internazionale prevalentemente da nigeriani, maliani, gambiani, pakistani e senegalesi (16.603 quelle esaminate dalle Commissioni territoriali, con 9.091 dinieghi). La semplice differenza tra il numero degli sbarchi e quello delle richieste di protezione rende evidente la consistenza del fenomeno dei transitanti in Italia: circa 100.000 uomini, donne e minori hanno attraversato il nostro Paese diretti altrove. Si è trattato prevalentemente di profughi provenienti da Siria, Afghanistan, Somalia, Eritrea, Etiopia e, più in generale, da Paesi africani e del Medio Oriente. Molti di loro, giunti in Italia, hanno voluto rendersi invisibili, per non restare intrappolati nella condizione di dublinanti ed evitare quindi il rimpatrio nel primo Paese di area *Schengen* in cui è avvenuta l'identificazione.

¹ L'operazione è terminata il 31 ottobre 2014, in concomitanza con la partenza della nuova operazione denominata *Triton*.

La realtà dei migranti in transito a Roma

A seguito dell'intensificarsi degli arrivi sulle coste italiane, si è registrato nei primi mesi del 2014 un cospicuo aumento delle presenze immigrate all'interno di insediamenti spontanei o edifici spesso in stato di abbandono, situati nell'area metropolitana di Roma. Questo nuovo fenomeno ha visto coinvolti prevalentemente immigrati in transito, molti dei quali intenzionati a richiedere asilo in altri Paesi UE (ai sensi delle leggi sulla protezione internazionale) e diretti verso il Nord Europa. Questa popolazione è andata ad aggiungersi agli stranieri stanziali arrivati nel corso degli anni.

Caratteristiche della popolazione

Si tratta di una tipologia di migranti diversa dal "migrante economico", in quanto i fattori di espulsione sembrano agire in modo prevalente rispetto a quelli di attrazione. Sono persone che fuggono dal proprio contesto di vita e, per tale ragione, la selezione determinata dall'effetto migrante sano, pur persistendo in ragione della giovane età di coloro che partono, avviene in modo attenuato: lo stato di salute al momento della partenza risente, infatti, della precarietà e dell'instabilità dei contesti di provenienza; inoltre, le condizioni di viaggio dal Paese di origine verso l'Italia rappresentano fattori di rischio aggiuntivi. Tale popolazione non è inserita nel pro-

gramma di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, ma transita per brevi periodi (da pochi giorni a qualche settimana) sul territorio nazionale; non gode di copertura sanitaria (in quanto popolazione non identificata) e non si rivolge spontaneamente ai servizi sociosanitari per gli STP.

Molti sono i minori o coloro che appaiono tali: a volte accompagnati dalla famiglia o da adulti con cui hanno legami di parentela, altre volte non accompagnati.

Elementi di contesto

Negli insediamenti in cui queste persone trovano momentaneamente ricovero, vivono da tempo altri stranieri, presenti stabilmente e organizzati secondo modalità minime di autogestione (comitati locali).

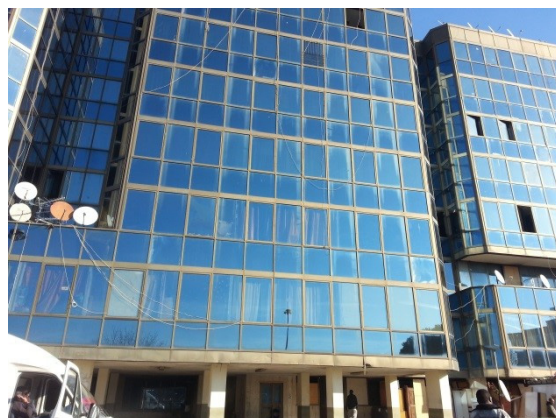
Le condizioni generali di vita già piuttosto precarie si sono ulteriormente aggravate per l'aumentata densità abitativa e la carenza di servizi igienici, cui si aggiunge lo stato di salute spesso compromesso dei migranti in transito.

L'urgenza del bisogno di salute da un lato, e la condizione di transitanti dall'altro, rendono non completamente applicabili i modelli di orientamento ai servizi e di presa in carico adottati nei confronti della popolazione immigrata stanziale, indipendentemente dalle condizioni di irregolarità giuridica.

I luoghi

Selam Palace

È un edificio di nove piani sito in via Arrigo Cavaglieri, nel quartiere la Romanina, ex Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Tor Vergata. Ospita circa mille persone originarie del Corno d'Africa, per la quasi totalità titolari di protezione internazionale e presenti nello stabile dal 2006². A questi si aggiunge un numero variabile di migranti in transito, sistemati per lo più nel seminterrato.



² D'Angelo D, De felice R, Patriarca A, Salvatori LM. Palazzo Selam: la città invisibile. Rapporto dell'Associazione Cittadini del Mondo, giugno 2014. http://www.associazionecittadinidelmondo.it/files/03123640_selam%20palace%20la%20citt%C3%A0%20invisibile_book_web.pdf

Via Collatina 385

È un edificio molto simile a Selam Palace, ospita dal 2004 circa 600 rifugiati, per lo più eritrei, e un numero imprecisato di migranti in transito alloggiati nel seminterrato, in sistemazioni di fortuna.



Via delle Messi D'Oro

È un insediamento esistente da prima del 2000, costituito per lo più da baracche, accanto alla stazione della Metro B "Ponte Mammolo", in cui vivono circa 200 residenti stabili e un numero variabile di transienti.



La risposta dei servizi territoriali al cambiamento delle esigenze assistenziali

Gli interventi di sanità pubblica messi in atto per rispondere alla "nuova emergenza" prendono le mosse dall'esperienza maturata nel corso degli ultimi quindici anni con le popolazioni cosiddette *hard to reach*, da sempre presenti in maniera consistente sul territorio della ASL RMB. In particolare, le comunità rom residenti in campi autorizzati o abusivi (in tutto circa 4mila persone) rappresentano storicamente più della metà dei rom, sinti e camminanti dell'intera città di Roma. Inoltre, secondo un recente censimento svolto nell'ambito del Progetto regionale "Salute senza esclusioni"³, risultano attualmente presenti nel territorio aziendale 48 centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale (di cui 7 per minori) che nel complesso ospitano circa 2.500 persone immigrate e che corrispondono a circa il 50% di tutti i centri del circuito dell'accoglienza di Roma Capitale. Un altro gruppo numericamente rilevante è quello rappresentato dai migranti che da diversi anni vivono presso gli insediamenti di via delle

Messi D'Oro (200 persone), via Collatina (600 persone) e Selam Palace (circa 1.000 persone).

Questa elevata concentrazione di comunità che per varie ragioni vivono ai margini del sistema, in condizioni di fragilità sociale, economica e culturale, ha rappresentato da sempre una sfida per la sanità pubblica, portando nel tempo a risposte assistenziali diversificate per popolazione *target*, flessibili rispetto all'evoluzione del contesto e sviluppate intorno alla centralità della rete, con interventi straordinari che andavano ad aggiungersi e a sostenere le attività routinarie di assistenza primaria.

Fin dal 1999, la RMB ha avviato in collaborazione con il Comune di Roma il progetto "Assistenza socio-sanitaria all'interno dei campi rom"; dal 2007 tale progetto è stato esteso anche agli insediamenti occupati da rifugiati e richiedenti asilo. Le attività, attualmente coordinate dall'UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica, sono svolte da un'équipe multidisciplinare for-

³ Regione Lazio. Progetto "Salute senza esclusioni: per un Servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze". Determinazione n.G04855 del 16/12/2013.

mata da un medico, un infermiere e un mediatore che operano all'interno di un camper attrezzato ad ambulatorio (per un totale di 36 ore settimanali). Gli interventi, circa 8.000 ogni anno, consistono essenzialmente in attività di assistenza primaria, orientamento ai servizi e vigilanza igienico-sanitaria.

Nel corso degli anni, accanto a tali iniziative aziendali, sono state svolte azioni di sanità pubblica sull'intera area metropolitana di Roma, maturate nell'ambito del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS-Lazio), *network* di collegamento territoriale tra istituzioni pubbliche e del privato sociale.

Tutti questi interventi interpretano un nuovo modo di intendere la sanità pubblica, in cui divengono elementi strategici l'offerta attiva, la capacità di collegare in rete diversi attori intorno a una progettualità comune e la centralità delle comunità ribadita negli obiettivi di *empowerment*, in linea con quanto indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Particolare rilevanza in questo senso ha assunto la campagna vaccinale 2002 in favore dei bambini rom presenti sul territorio delle ASL romane⁴. La strategia adottata (*pulse immunisation*), con vaccinazioni concentrate nel tempo ed estese a tutta la popolazione bersaglio, ha permesso di aumentare rapidamente le coperture vaccinali e nel contempo ha rappresentato un'importante occasione di contatto tra gli operatori sanitari e i rom, evidenziando l'importanza del lavoro di rete per il raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica.

Per garantire continuità all'assistenza e nell'ottica di consolidare la rete di istituzioni e operatori, nel 2006 è stata promossa una nuova campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore dei rom e sinti a Roma⁵. Questa volta l'obiettivo è stato quello di avvicinare l'istituzione sanitaria pubblica agli abitanti dei campi, attraverso un'azione mirata di orientamento al corretto uso dei percorsi sanitari territoriali, l'offerta attiva di educazione alla sa-

lute e la formazione degli operatori socio-sanitari.

Questa ricca esperienza, strutturatasi nel tempo in una rete di relazioni e nella condivisione di strategie e metodi di intervento, ha rappresentato la base da cui attingere per una risposta rapida ed efficace rispetto alla nuova situazione determinatasi a Roma nella primavera del 2014, a seguito dell'operazione umanitaria *Mare Nostrum*.

A fronte dell'aumento delle presenze immigrate all'interno degli insediamenti di Selam Palace, via delle Messi d'oro e via Collatina, segnalato dall'*équipe* del camper aziendale contestualmente all'allarme lanciato dall'Associazione Cittadini del Mondo, si è avviata in seno al GrIS-Lazio la discussione sulla necessità di elaborare risposte tempestive ai bisogni e alle criticità emergenti. L'impatto numerico dei nuovi migranti è apparso da subito significativo e difficilmente gestibile senza un lavoro di rete concertato tra diverse istituzioni e associazioni del privato sociale, al fine di ottimizzare le "scarse" risorse disponibili.

Su iniziativa della Direzione Generale della ASL RMB, si è costituito un Gruppo di lavoro inter-istituzionale, aperto alla partecipazione di diversi enti sociosanitari pubblici e del privato sociale: Cittadini del Mondo, Medici Senza Frontiere, Croce Rossa Italiana - Comitato Provinciale di Roma, INMP, Medici per i Diritti Umani, Caritas diocesana di Roma. Tale Gruppo di lavoro, coordinato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL RMB e dall'INMP, ha definito le modalità operative e gli strumenti, con particolare riferimento alle strategie di offerta attiva, ai percorsi di accesso sanitario a bassa soglia e al monitoraggio delle diverse fasi dell'intervento. In particolare il Gruppo di lavoro ha definito un piano di azione in cui le attività sono state differenziate sulla base delle due principali tipologie di popolazione target presente: a) i migranti "in transito", destinatari di interventi immediati e indifferibili, per i quali è stato sviluppato il piano assistenziale di seguito

⁴ Baglio G, Cacciani L, Ciuta TS, D'Ascanio I, Geraci S, Grandolfo M, et al (a cura di), Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma, Monografie dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio 2003. http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/fen_migratori_new/immigrazione/publicazioni.php?menu=s410&migra=immigrazione&imm=pub

⁵ Baglio G, Barbieri F, Cacciani L, Certo C, Crescenzi A, Forcella E, et al. (a cura di), Salute senza esclusione: campagna per l'accessibilità dei

descritto; b) gli immigrati “stanziali”, arrivati nel corso degli anni e insediatisi stabilmente presso gli edifici occupati e autogestiti, per i quali è stato previsto un pro-

gramma, da attuare nel 2015, che ha l'intento di migliorare l'accessibilità dell'assistenza attraverso l'orientamento ai servizi e l'utilizzo di mappe di fruibilità.

Il Piano di intervento socio-sanitario

Il piano rivolto ai migranti in transito aveva l'obiettivo di assicurare l'assistenza socio-sanitaria di base e il supporto sociale, grazie a un lavoro di rete capace di rafforzare la collaborazione tra istituzioni pubbliche e del privato sociale, valorizzandone le diverse competenze.

In considerazione delle caratteristiche della popolazione in transito, dell'urgenza dei bisogni emergenti e della particolarità del contesto, il modello adottato è stato quello della prossimità dell'offerta assistenziale, attraverso attività articolate su più livelli operativi, previo coinvolgimento dei comitati locali di autogestione per concordare modalità e tempistica degli interventi.

Attività socio-sanitarie

L'intervento sulle persone in transito ha previsto l'offerta attiva di prestazioni sanitarie di primo livello direttamente presso gli insediamenti, mediante *équipe* composte da medici, infermieri, specialisti dermatologi, operatori sociali e mediatori culturali, appartenenti alla ASL RMB, al Comitato Provinciale della CRI, all'INMP, a Medici per i Diritti Umani e a Cittadini del mondo. Le *équipe* hanno operato all'interno di unità mobili adibite ad ambulatorio o in spazi dedicati presso gli insediamenti, garantendo visite di medicina generale e dermatologiche, medicazioni e somministrazione di farmaci.

Il calendario delle uscite è stato costruito in modo tale da garantire, durante l'intero periodo di attività (18 giugno-6 novembre 2014), la presenza di almeno un'*équipe* sei giorni su sette (esclusa la domenica), in tutti e tre gli insediamenti oggetto dell'intervento.

In considerazione della permanenza estremamente ridotta negli edifici da parte degli immigrati in transito, non sono state previste prestazioni di secondo livello da erogare presso i servizi sociosanitari territoriali. Tuttavia, in casi particolari in cui sussistevano le condizioni di programmabilità di *videat* specialistici o approfondimenti diagnostici, è stato garantito l'accesso facilitato alle strutture ambulatoriali del territorio, prevedendo anche l'accompagnamento dei pazienti mediante automezzo dedicato.

Inoltre, l'INMP ha messo a disposizione un servizio di teleconsulto dermatologico, con la possibilità per gli operatori delle *équipe* di inviare immagini su piattaforma dedicata e richiedere pareri su specifici quesiti diagnostici.

In caso di pazienti che necessitavano di trattamenti urgenti in ambito ospedaliero, è stata utilizzata la modalità ordinaria di attivazione dell'Ares 118.

Infine, nei casi sospetti di malattia infettiva diffusiva (ad es. patologie a trasmissione aerea come la TBC), è stato disposto l'invio immediato del paziente ai servizi territoriali o, se necessario, all'IRCCS Lazzaro Spallanzani.

L'assistenza di tipo sociale, condotta parallelamente all'azione sanitaria, ha riguardato la raccolta e la distribuzione di beni di prima necessità (vestiario, cibo e *kit* per l'igiene personale), secondo le disponibilità, grazie anche al supporto delle parrocchie di zona.

Al fine di documentare le prestazioni sanitarie e i trattamenti erogati presso gli insediamenti, è stata effettuata una raccolta dati mediante apposita scheda (vedi Allegato 1) compilata per ciascun contatto sanitario dagli operatori delle *équipe*. Suc-

cessivamente, i dati sono stati inseriti su supporto informatico e analizzati utilizzando il software Stata (versione 11).

Per una descrizione dettagliata delle attività si rimanda al protocollo d'intesa approvato dalla ASL RMB e dall'INMP in data 18 giugno 2014 (Allegato 2).

Risultati

L'analisi di seguito riportata fa riferimento agli interventi in *outreach* effettuati presso

gli insediamenti di Selam Palace, via delle Messi d'oro e via Collatina dalle *équipe* sociosanitarie afferenti alle istituzioni ASL RMB, CRI-Comitato Provinciale di Roma, Cittadini del Mondo, Medu e INMP.

Nel periodo compreso tra il 18 giugno (data di sottoscrizione del protocollo d'intesa tra ASL RMB e INMP) e il 6 novembre 2014 (ultimo intervento documentato), sono state effettuate complessivamente 130 uscite, per un totale di 3.870 visite (Tabella 1).

Tabella 1 - Numero di visite effettuate, per insediamento.

Insedimenti	n.	%
Collatina	1.178	30,4
Messi d'Oro (Ponte Mammolo)	1.510	39,0
Selam Palace	1.182	30,6
Totale	3.870	100,0

Il Grafico 1 mostra l'andamento settimanale delle visite effettuate dalle diverse *équipe* nei tre insediamenti, con un picco

di attività nella prima settimana di luglio (366 contatti sanitari in totale).

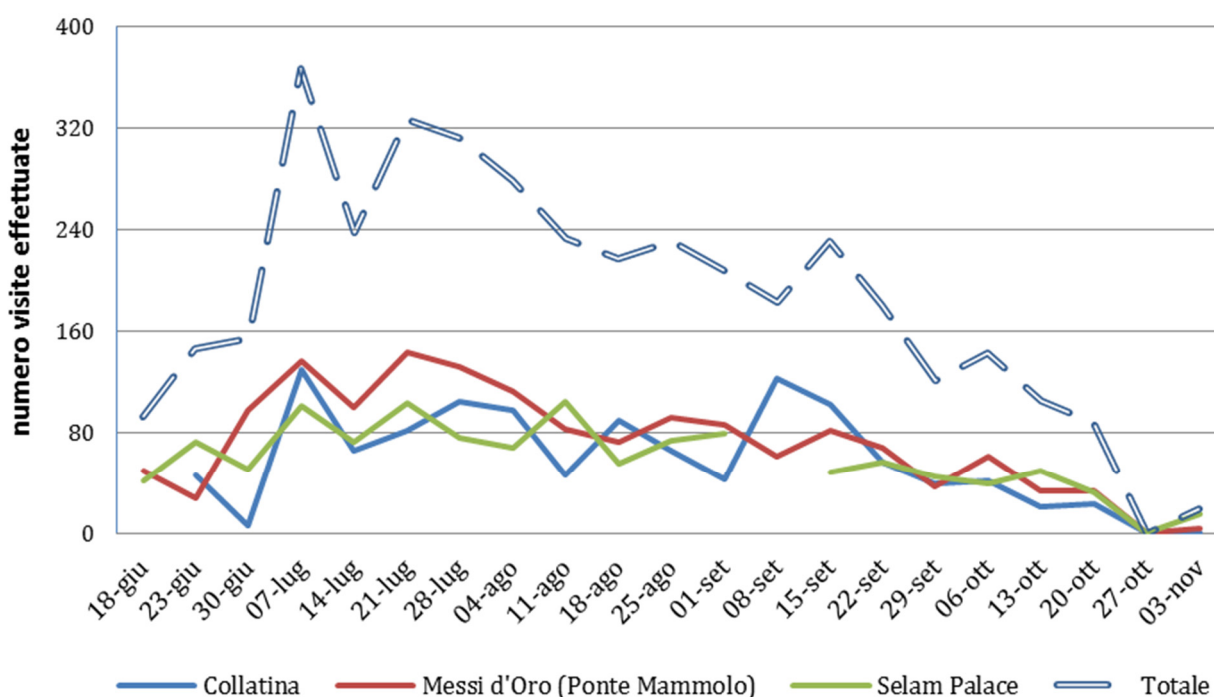


Grafico 1 - Andamento settimanale delle visite presso i tre insediamenti.

Si è trattato in gran parte di primi contatti di tipo sanitario (88%), seguiti da un numero limitato di visite di controllo. Questo dato non sorprende, in considerazione della breve permanenza dei migranti in transito presso gli insediamenti considerati: il 93% ha infatti dichiarato di volersi fermare solo pochi giorni o al massimo qualche settimana.

I pazienti visitati erano in prevalenza maschi (84%) e con età mediana pari a 23 anni. Il numero totale di minori è risultato pari al 14% (con un valore leggermente più elevato tra le donne, intorno al 20%), mentre la quota di ultracinquantenni si è attestata su 1-2% (Tabella 2).

Tabella 2 - Distribuzione delle visite effettuate, per classi d'età e sesso dei pazienti.

Classe d'età	Maschi (n=3.057) %	Femmine (n=563) %	Totale (n=3.620) %
<18 anni	13,3	19,7	14,3
18-29 anni	66,5	61,8	65,8
30-49 anni	18,9	16,9	18,6
50+ anni	1,3	1,6	1,3
Totale	100,0	100,0	100,0

*dati mancanti: 250

Per quanto riguarda il Paese di origine (Tabella 3), la quasi totalità dei pazienti visitati a via Collatina (91%) e a via delle Messi d'Oro (96%) ha riferito di provenire dall'Eritrea, mentre a Selam Palace una percentuale non trascurabile di visite ha riguardato persone provenienti dalla So-

malia (23%) e dal Sudan (4,5%). Inoltre, presso gli insediamenti di Messi d'Oro e soprattutto di via Collatina erano presenti immigrati stanziali provenienti dall'Est europeo, in particolare dalla Romania, e alcuni di loro sono stati visitati dalle *équipes* in occasione delle uscite.

Tabella 3 - Distribuzione percentuale delle visite effettuate, per Paese di provenienza dei pazienti e insediamento.

Paese di provenienza	Collatina (n=7.678) %	Messi d'Oro (n=7.816) %	Selam Palace (n=1.122) %
Eritrea	91,1	96,5	68,9
Somalia	0,2	0,2	23,4
Sudan	0,1	0,1	4,5
Etiopia	3,7	0,2	2,9
Romania	4,4	0,3	0,0
altri Paesi africani	0,2	1,9	0,3
Subcontinente indiano	0,2	0,6	0,0
altri Paesi Est Europa	0,1	0,2	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0

*dati mancanti: 486

Prima di giungere a Roma, le persone sono approdate in più punti delle coste italiane. In particolare, lo sbarco è avvenuto nel 76% dei casi in Sicilia (Tabella 4), soprattutto nei porti di Catania e Lampedu-

sa; a seguire, sono stati segnalati punti di approdo in Puglia (8%, soprattutto a Taranto), in Calabria (7%, in particolare a Crotona e Reggio) e in Campania (6%, in prevalenza a Napoli).

Tabella 4 - Distribuzione delle visite effettuate, per porto di sbarco dei pazienti.

Porto di sbarco	n.	%
Sicilia	1.873	76,0
Puglia	200	8,1
Calabria	172	7,0
Campania	158	6,4
Altri porti	62	2,5
Totale	2.465	100,0

*dati mancanti: 1.405

Il tempo mediano intercorrente tra lo sbarco sulle coste italiane e l'arrivo nei tre insedia-

menti romani è stato di 4 giorni (Grafico 2).

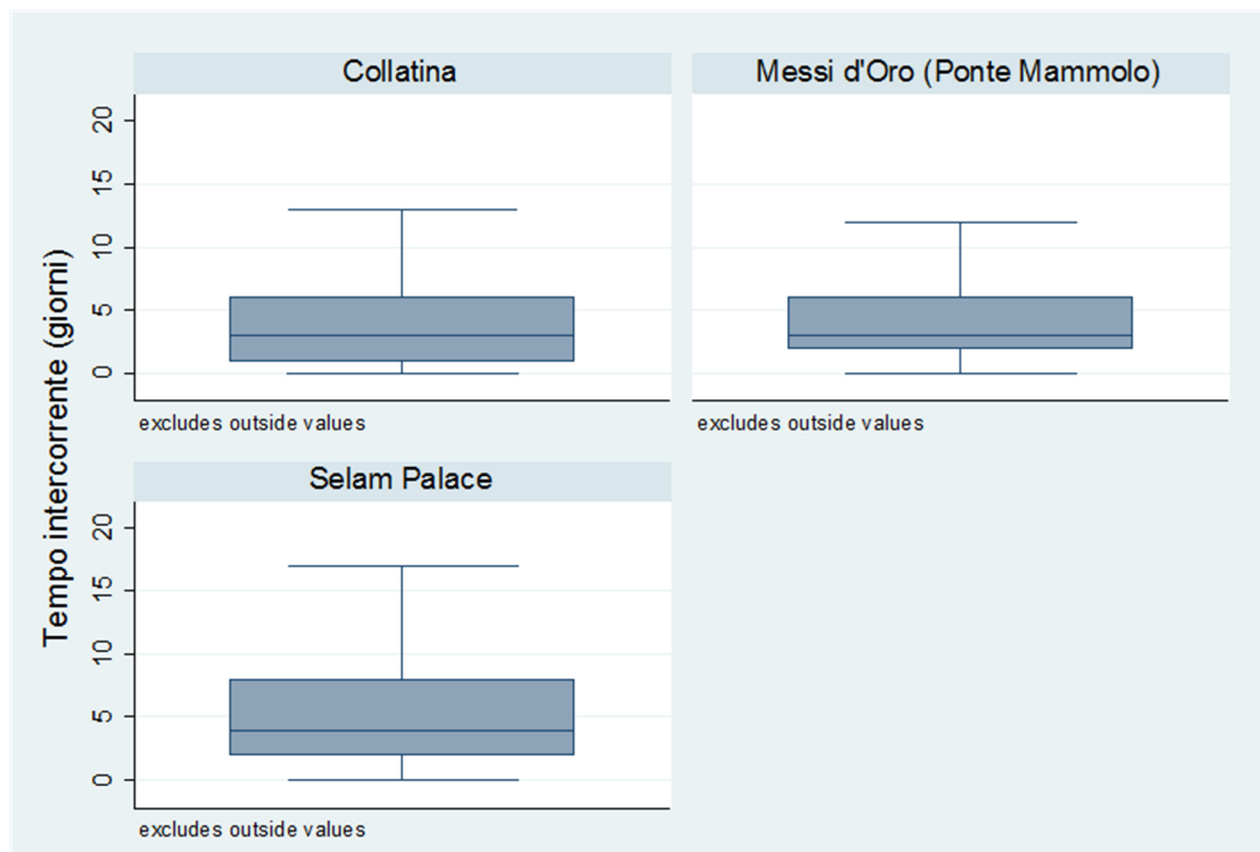


Grafico 2 - Distribuzione dei tempi intercorrenti tra lo sbarco e l'arrivo nei tre insediamenti.

Relativamente alle diagnosi (Tabella 5), sono state riscontrate prevalentemente patologie dermatologiche (55%), soprattutto di tipo infettivo quali scabbia, foruncolosi e impetigine (Tabella 5a), complessivamente pari al 36%. Al secondo posto, figurano le malattie a carico del sistema respiratorio(20%): si tratta in gran parte di

infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali (Tabella 5b), complessivamente pari al 13%. Al terzo posto risultano le patologie a carico dell'apparato digerente (9%), caratterizzate soprattutto da sintomi quali diarrea, dolori addominali, odontalgia e piroso retrosternale.

Tabella 5 - Distribuzione delle visite effettuate, per diagnosi o sospetto diagnostico.

Diagnosi ⁶	n.	%
Condizioni generali/sistemiche	176	4,7
<i>A.1-sintomi/disturbi</i>	113	3,0
<i>A.7a-malattie infettive</i>	21	0,5
<i>A.7c-traumatismi</i>	2	0,1
<i>A.7e-altre diagnosi</i>	40	1,1
Sangue/organismi emopoietici e sistema immunitario	3	0,1
<i>B.1-sintomi/disturbi</i>	1	0,0
<i>B.7a-infezioni</i>	2	0,1
Apparato digerente	329	8,8
<i>D.1-sintomi/disturbi</i>	310	8,3
<i>D.7a-infezioni</i>	2	0,1
<i>D.7e-altre diagnosi</i>	17	0,4
Occhio	72	1,9
<i>F.1-sintomi/disturbi</i>	17	0,4
<i>F.7a-infezioni</i>	54	1,4
<i>F.7c-lesioni traumatiche</i>	1	0,0
Orecchio	54	1,4
<i>H.1-sintomi/disturbi</i>	32	0,9
<i>H.7a-infezioni</i>	17	0,4
<i>H.7e-altre diagnosi</i>	5	0,1
Sistema cardiocircolatorio	25	0,7
<i>K.1-sintomi/disturbi</i>	1	0,0
<i>K.7e-altre diagnosi</i>	24	0,6
Apparato muscolo-scheletrico	93	2,5
<i>L.1-sintomi/disturbi</i>	49	1,3
<i>L.7a-sintomi/disturbi</i>	2	0,1
<i>L.7c-lesioni traumatiche</i>	25	0,7
<i>L.7e-altre diagnosi</i>	17	0,4

(continua)

⁶ Per la codifica delle diagnosi è stata utilizzata la Classificazione internazionale delle cure primarie ICPC-2R (traduzione italiana: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-Italian.pdf>), modificata dall'INMP.

Sistema nervoso	114	3,1
<i>N.1-sintomi/disturbi</i>	112	3,0
<i>N.7c-lesioni traumatiche</i>	1	0,0
<i>N.7e-altre diagnosi</i>	1	0,0
Problemi psicologici	5	0,1
Apparato respiratorio	734	19,6
<i>R.1-sintomi/disturbi</i>	252	6,7
<i>R.7a-infezioni</i>	468	12,5
<i>R.7c-lesioni traumatiche</i>	1	0,0
<i>R.7e-altre malattie</i>	13	0,4
Cute	2.038	54,5
<i>S.1-sintomi/disturbi</i>	204	5,4
<i>S.7a-infezioni</i>	1.341	35,9
<i>S.7b-neoplasie</i>	7	0,2
<i>S.7c-lesioni traumatiche</i>	236	6,3
<i>S.7c-anomalie congenite</i>	1	0,0
<i>S.7e-altre diagnosi</i>	249	6,7
Endocrino/metabolico/nutrizionale	34	0,9
<i>T.1-sintomi/disturbi</i>	9	0,2
<i>T.7e-altre diagnosi</i>	25	0,7
Sistema urinario	22	0,6
<i>U.1- sintomi/disturbi</i>	1	0,0
<i>U.7a-infezioni</i>	20	0,5
<i>U.7e- altre diagnosi</i>	1	0,0
Gravidanza/parto	19	0,5
<i>W.1-sintomi/disturbi</i>	1	0,0
<i>W.7c-lesioni traumatiche complicanti grav.</i>	1	0,0
<i>W.7e-altre diagnosi</i>	17	0,5
Apparato genitale femminile	12	0,3
<i>X.1-sintomi/disturbi</i>	10	0,2
<i>X.7e-altre diagnosi</i>	2	0,1
Apparato genitale maschile	7	0,2
<i>Y.1-sintomi/disturbi</i>	2	0,1
<i>Y.7a-infezioni</i>	3	0,1
<i>Y.7e-altre diagnosi</i>	2	0,1
Z-problemi sociali	2	0,1
Totale	3.739	100,0

*dati mancanti: 131

Tabella 5a - Infezioni cutanee	n.	%
S.72-scabbia/altre acariasi	897	66,9
S.10-foruncolo	190	14,2
S.84-impetigine	141	10,5
S.74-dermatofitosi	66	4,9
S.71-herpes simplex	21	1,6
S.11-infezione cutanea post-traumatica	8	0,6
S.70-herpes zoster	3	0,2
S.03-verruche	1	0,1
S.76-altra infezione cutanea	10	0,9
Totale*	1.341	100,0

Tabella 5b - Infezioni respiratorie	n.	%
R.74-infez. acuta vie respiratorie superiori	192	26,1
R.05-tosse	148	20,2
R.78-bronchite acuta	104	14,2
R.80-influenza	96	13,1
R.07-starnuti/congestione nasale	94	12,8
R.77-laringite/tracheite acuta	53	7,2
R.76-tonsillite acuta	21	2,9
R.97-rinite allergica	9	1,2
R.99-altra malattia respiratoria	6	0,8
R.96-asma	3	0,4
R.08-altro sintomo o disturbo del naso	3	0,4
R.72-faringite streptococcica	2	0,3
R.06-sangue dal naso/epistassi	2	0,3
R.81-polmonite	1	0,1
Totale*	734	100,0

Per quanto riguarda le malattie infettive sistemiche (Tabella 5), sono stati segnalati complessivamente 21 casi (pari allo 0,5% della casistica totale), di cui 18 prime visite e 3 con-trolli. Tra le prime visite, si segnalano 7 persone con sospetta tubercolosi, inviate presso strutture ospedaliere per accertamenti, per

nessuna delle quali è stata confermata la diagnosi; 8 casi (sospetti) di malaria e 5 di varicella.

L'intervento dell'Ares 118 è stato richiesto in 20 casi, per condizioni generali particolarmente compromesse, ferite e un caso di aborto spontaneo.

Conclusioni e prospettive

Il piano di assistenza ai migranti in transito, al di là dei risultati conseguiti in termini di attività effettuate e prestazioni erogate, ha rappresentato un importante banco di prova per le istituzioni sanitarie: di fronte all'emersione di un fenomeno nuovo e difficile da gestire, la rapidità e l'efficacia delle risposte dipendevano in larga misura dalla capacità di fare rete, mobilitando tempestivamente risorse e competenze diversificate. E proprio lo sviluppo di una rete territoriale "di prossimità" costituisce il portato più significativo di questa esperienza: una rete intesa come sistema sinergico e dialogante di una pluralità di attori, in grado di assicurare complessivamente copertura territoriale e tempestività di risposta.

Il modello di presa in carico che esce rafforzato è quello dell'offerta assistenziale proattiva, in cui il Sistema sanitario riscopre nella dimensione della prossimità l'elemento chiave per garantire possibili percorsi di tutela, anche in situazioni di particolare marginalità e distanza dai servizi. Peraltro, una recente *review* della letteratura⁷ ha rilevato la potenziale efficacia della *mobile clinic* nell'ottenere significativi impatti sulla salute di migranti ad alto rischio, a condizione che sia forte la partnership tra attori sanitari, sociali e della comunità.

Non è un caso che tale modello sia stato ripreso dalla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio in

una nota dell'8 agosto 2014 (Allegato 3) in cui, a partire dall'esperienza maturata sul territorio della ASL RMB, sono state fornite indicazioni alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere per garantire assistenza ai migranti in transito.

La situazione di emergenza che si è determinata in questi mesi, e che ha fin qui monopolizzato l'attenzione delle istituzioni, non deve però far dimenticare lo stato di cronico disagio in cui versano molti immigrati stanziali presso gli stessi, come anche altri, insediamenti interessati dal fenomeno dei transiti. A tale riguardo, è in via di definizione un protocollo d'intesa tra l'INMP e le ASL RMA e RMB per la messa a punto di un piano di intervento rivolto agli immigrati stanziali. Tale programma si pone l'obiettivo di migliorare lo stato di salute delle persone che vivono in condizioni di deprivazione all'interno degli edifici occupati, favorendo la relazione con i servizi sociosanitari e rafforzando la collaborazione delle istituzioni sanitarie pubbliche e del privato sociale con i Municipi, nell'ottica di promuovere e sostenere i processi di integrazione. In particolare, le attività saranno volte a sostenere l'orientamento attivo ai servizi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di facilitazione (es. mappe di fruibilità) e l'organizzazione di incontri tra gli operatori e le persone all'interno degli edifici, sull'offerta dei servizi territoriali e su aspetti specifici di educazione alla salute.

⁷ Luque JS, Castaneda H. Delivery of mobile clinic services to migrant and seasonal farmworkers: a review of practice models for community-academic partnerships. *J Community Health*, 2013; 38(2): 397-407.

Per chiarimenti sul contenuto della pubblicazione e ulteriori informazioni sul piano di intervento presso gli insediamenti di via delle Messi d'oro, via Collatina e Selam Palace, rivolgersi a:

Dr. Giovanni Baglio

Direzione Generale

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà - www.inmp.it

Via di San Gallicano 25/a - 00153 Roma

tel. 06.58558 239; e-mail: baglio@inmp.it

Dr.ssa Pier Angela Napoli

UOS Sorveglianza Prevenzione e Controllo Malattie Infettive e Parassitarie

Igiene Pubblica - ASL RMB - <http://www.aslromab.it>

via Bardanzellu, 8 - 00155 Roma

tel. 06.4143 4633; e-mail: pierangela.napoli@aslromab.it

Si ringraziano: Paolo Monaco (CdM), Simone Renzi (ASL RMB), Livia Maria Salvatori (CdM), Francesca Troiano (INMP) per l'inserimento dei dati; Giorgia Mazzarini (INMP) per la revisione del testo; Giacomo Bonanni e il Servizio *e-learning* dell'INMP per lo sviluppo della piattaforma informatica di teleconsulto; Maria Emilia Marra per il supporto all'organizzazione dell'evento; Stefano Schiaroli (INMP) per la realizzazione grafica.

