

# Il progetto START

## La salute dei Rifugiati e Richiedenti Asilo



Dr Ruggero Giuliani  
Infectious Diseases Service,  
Penitentiary Health System,  
San Paolo University Hospital, Milano, Italy

*Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020*

*Obiettivo Specifico 1 - Obiettivo nazionale 1 – “Potenziamento del sistema di 1° e 2° Accoglienza” – Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria anche attraverso il rafforzamento delle competenze istituzionali*

## **Progetto START – Servizi socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale**

CAPOFILA: ASST Spedali Civili di Brescia

PARTNERSHIP:

- 📍 ASST Niguarda - Milano
- 📍 ASST Santi Paolo e Carlo - Milano
- 📍 Fondazione ISMU - Milano
- 📍 Cooperativa Crinali - Milano
- 📍 Cooperativa Tempo Libero - Brescia

L'obiettivo generale del progetto è di mettere in atto interventi innovativi per la realizzazione di una più rapida e più efficace azione di individuazione, emersione e presa in carico socio-sanitaria integrata dei richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) in condizioni di vulnerabilità.

## Due macro-obiettivi:

1- Valutazione della fattibilità e dell'efficacia di un modello sperimentale di pronto intervento socio-psico sanitario presso le strutture di accoglienza dei soggetti RTPI versus un modello standard di convocazione dei soggetti presso le strutture predisposte.

2- Miglioramento della presa in carico dei soggetti RTPI attraverso lo sviluppo di strategie di collaborazione tra i servizi e strutture pubbliche e del private sociale, coinvolte nella gestione del fenomeno

# Soggetti in condizioni di vulnerabilità (DLgs 18-8-2015 n. 142 )

- Analfabetismo
- minori non accompagnati
- disabili
- anziani
- donne in stato di gravidanza
- genitori singoli con figli minori
- vittime della tratta di esseri umani
- persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali,  
persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi  
di violenza psicologica fisica o sessuale o legata  
all'orientamento sessuale o all'identità di genere,
- vittime di mutilazioni genitali

Le strutture presenti sul territorio lombardo sono di due tipologie: CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) e progetti afferenti alla rete SPRAR.

Per quanto riguarda i CAS la Lombardia costituisce la regione che possiede il numero più alto di strutture, pari a 554, vale a dire il 18% del totale nazionale.

Per quanto riguarda la rete SPRAR, invece, sul territorio lombardo viene accolto il 4,8% delle persone accolte nella rete nazionale.

I progetti SPRAR promossi dagli Enti Locali lombardi in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore rendono disponibili un totale di 948 posti

*Dati Servizio Ce*

Tabella 1.3.2 – Posti in accoglienza al 24 gennaio 2017

Accoglienza	Milano		Italia		Incidenza Milano su Italia
	v.a.	v.%	v.a.	v.%	v.%
Posti occupati SPRAR	694	12,4%	23.107	13,3%	3,0%
Hot spot e centri di prima accoglienza	0	0,0%	14.290	8,2%	0,0%
Strutture Temporanee di accoglienza	4.919	87,6%	136.493	78,5%	3,6%
<b>Nel complesso</b>	<b>5.613</b>	<b>100,0%</b>	<b>173.890</b>	<b>100,0%</b>	<b>3,2%</b>

Fonte: Elaborazione Direzione Fasce Vulnerabili - ANPAL Servizi Lavoro su dati del Ministero dell'Interno - Dossier statistico a cura della

## **Problematiche sociosanitarie negli ospiti dei centri di assistenza della Regione Lombardia**

1. Mancanza di figure sanitarie nei CAS, in particolare di specialisti di riferimento;
2. Difficoltà di inserimento nel circuito dell'assistenza del SSSR;
3. Assenza di gestione dei casi acuti di assistenza psicologica;
4. Numerosi casi di rifiuto, da parte dei Centri, delle persone in gravi condizioni psichiche;
5. Disomogeneità dei servizi tra i CAS delle province lombarde e nel medesimo territorio;
6. Risorse umane scarse di ATS per garantire i sopralluoghi sistematici nei CAS.
7. Presenza di donne che hanno subito violenza nei CAS;
8. Turn over di operatori CAS disperde il know how fornito con la formazione in ambito sanitario;
9. Difficoltà di comunicazione con ospiti nei CAS e scarsità di mediatori linguistico-culturali.

## Presso l'Ospedale San Paolo di Milano

- È stato attivato un servizio ambulatoriale attivo nei giorni feriali a disposizione dei centri della rete di accoglienza presenti sul territorio milanese.
- Presso tale ambulatorio è attiva un'equipe multidisciplinare composta da medico internista/infettivologo, infermiere, assistente sociale, mediatore culturale, psicologo, psichiatra, ginecologo, ostetrico.
- L'equipe è contattabile in tutti i giorni feriali tramite apposito servizio telefonico.



### 3.2 L'approccio multidisciplinare integrato

La presa in carico deve prevedere un approccio integrato, multidisciplinare e multi dimensionale, con interventi che si realizzano in tappe successive: accoglienza, orientamento, accompagnamento.

A tal fine è necessaria, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, la definizione di un percorso terapeutico assistenziale che abbia carattere multidisciplinare, chiave di volta dell'assistenza e della riabilitazione delle vittime di tortura, che integri professionalità socio-sanitarie e giuridiche dei servizi territoriali pubblici, degli enti gestori e del privato sociale, ove presente.

Le molteplici esigenze connesse alla presa in carico socio-sanitaria dei RPT richiedono di:


- 1) mantenere la regia da parte dei servizi sociosanitari pubblici di programmi di assistenza e riabilitazione delle vittime di tortura garantendo nello stesso tempo l'interazione stretta tra l'ambito più propriamente "sociale" e quello più propriamente "sanitario" e assicurando un approccio multidisciplinare;
- 2) rendere consapevole i decisori istituzionali e il personale operante nei differenti contesti di riferimento che la presenza della vittima di tortura o di gravi violenze, costituisce un fenomeno sociale di ampia portata che richiede una risposta nuova in termini di competenze possedute dal sistema socio-sanitario e di accessibilità e fruibilità dei servizi da parte dei destinatari.

E' auspicabile la creazione di accordi formali tra i diversi enti del territorio, in sinergia tra servizio pubblico e privato sociale, in modo da regolamentare funzioni e prassi condivise affinché i percorsi di prevenzione, emersione cura e riabilitazione abbiano carattere non differito e continuativo.

Nell'organizzazione del percorso multidisciplinare è necessario prima di tutto delineare le funzioni e i ruoli delle diverse figure professionali coinvolte, nonché gli strumenti necessari. A prescindere dai singoli professionisti presenti è necessario che, all'interno del percorso multidisciplinare, siano rappresentate le diverse aree di competenza:

- area "Sanitaria"
- area "Sociale "
- area "Giuridica"
- area "Mediazione"

- medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
- psichiatra/neuropsichiatra infantile
- psicologo/psicologo dell'età evolutiva
- infermiere
- ostetrica
- operatore sociale (assistente sociale, operatore dell'accoglienza, educatore di comunità)
- operatore legale
- mediatore linguistico-culturale

A seconda delle necessità possono essere previste altre figure sanitarie specialistiche (es. ginecologa, infettivologo, fisioterapista, ortopedico, neurologo, odontoiatra), ed eventualmente sociologi, antropologi e prevedere un'adeguata presenza di personale femminile.  Nell'ambito del percorso multidisciplinare si sottolinea l'importanza di individuare e attivare la funzione di Case Management (CM), volta a garantire l'accompagnamento nei percorsi socio-sanitari e a migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi offerti nonché l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.



UNIONE  
EUROPEA



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## L'ambulatorio

- Fornisce assistenza sanitaria di base
- Attiva i percorsi per eventuale assistenza specialistica e di secondo livello
- Facilita la conoscenza e la fruizione dei servizi sociosanitari territoriali per la salute e l'inserimento nel SSSR
- Fornisce supporto per specifiche fasi del riconoscimento del titolo di protezione

# Obiettivi finali del progetto

- Costruire un percorso tra i vari partners per l'assistenza psico-socio-sanitaria ai RTPI
- Individuare modelli locali per la presa in carico del maggior numero di soggetti vulnerabili
- Emettere documenti comuni che descrivano tali percorsi e propongano interventi opportuni

# Numero di Beneficiari Totale 593

## FEMMINE 301 MASCHI 292

### Nazionalità

- NIGERIA 158
- SOMALIA 62
- COSTA D'AVORIO:41
- GAMBIA26
- PAKISTAN 21

### VULNERABILITA'

- vittime di tortura 188
- gravidanza 47
- minori 36 minori non accompagnati 3
- affetti da gravi patologie mentali 34
- disabili 21
- vittime di tratta 21
- genitori single con minore 6
- analfabeti 3

# Esperienza progetto START- 1

## Aspetti infettivologici

- Screening all'arrivo eseguito correttamente, ma migrante non in possesso della relativa documentazione
- Screening TB latente effettuato ma spesso con ritardo rispetto all'arrivo nei centri di accoglienza (fino a 10 mesi); conseguente ritardo nell'esecuzione test quantiferon ed eventuale profilassi
- Sorveglianza sindromica eseguita regolarmente all'arrivo poi follow up non regolarmente eseguito (casi di TB polmonare comparsi dopo l'arrivo non facilmente identificati)
- Mancata chiarezza su esecuzione e competenze screening malattie sessualmente trasmissibili: es. diagnosi di HIV effettuate solo casualmente e solo in corrispondenza es di IVG o parto; elevata prevalenza di HBV positività in originari di Africa Occidentale spesso misconosciuta
- Episodica esecuzione profilassi vaccinale e spesso mancata conoscenza dello stato di copertura

## Esperienza progetto START – Aspetti psicosociali

- Frequente necessità di supporto psicologico e psichiatrico
- Frequente necessità di supporto ostetrico-ginecologico anche nel periodo post-partum
- Difficoltà di affidamento dei pazienti ai CPS territoriali, ai Centri Diurni, alle Comunità
- Difficoltà di affidamento e di interazione con MMG
- Necessità di supporto sociale (interazione con i Centri di Accoglienza, con l'Ufficio Antitratta e per la Protezione dei Minori)
- Fondamentale la presenza del mediatore linguistico culturale, anche per la comprensione transculturale

# Esperienza progetto START – Aspetti psicosociali

Esperienza psichiatrica: 79.5% dei pazienti erano stati esposti ad eventi traumatici prima o durante il processo di migrazione. Gli eventi più frequenti sono stati:

rapimento, tortura, minacce di morte,  
deprivazione di acqua e cibo.

# Conclusioni

- Il migrante non è di per sé un portatore di malattie infettive
- Spesso non è possibile conoscere il suo stato sierologico e vaccinale prima dell'arrivo in Italia
- Alcune malattie infettive (es. TB) si slatentizzano solo dopo un lungo periodo dall'arrivo
- L'origine geografica del migrante e i rischi cui si è sottoposto durante il periodo di migrazione rendono necessario un screening sistematico delle malattie sessualmente trasmesse
- La sorveglianza sindromica deve essere prolungata nel tempo per individuare quelle patologie non presenti o latenti al momento dell'arrivo, che compaiono dopo un periodo variabile dall'accoglienza



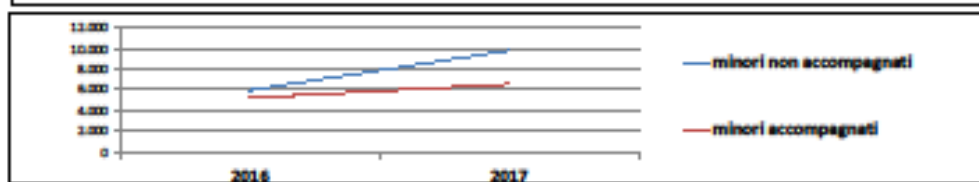
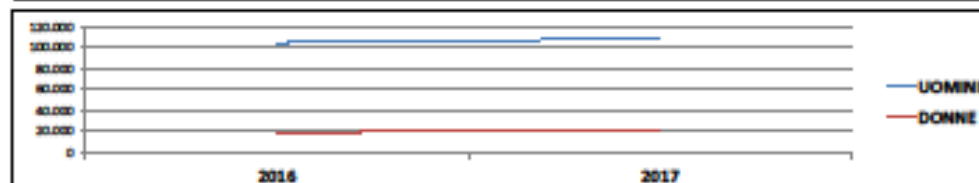
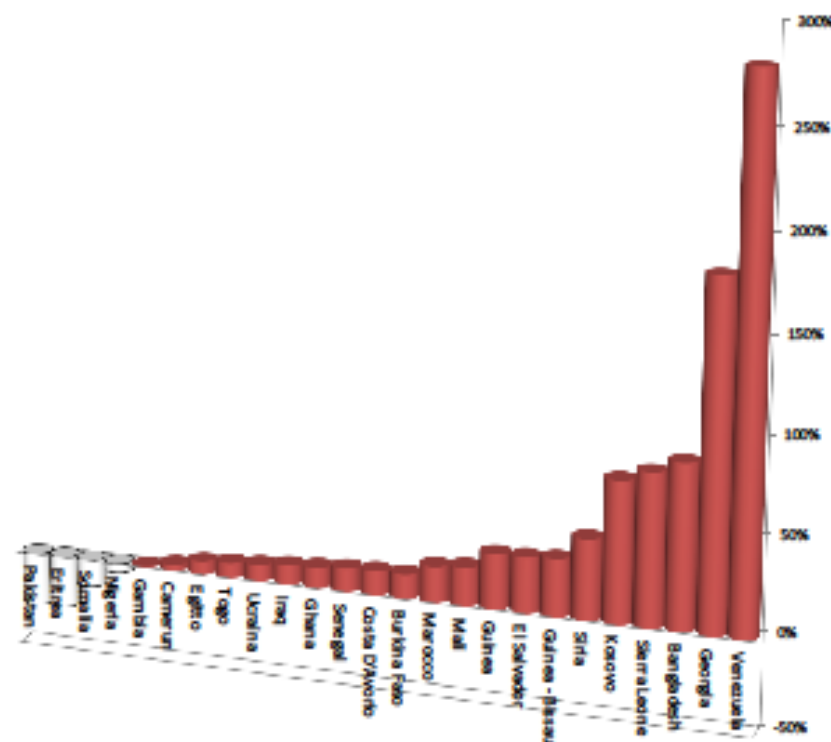
	2016	2017	Variazione %
<b>Minori non accompagnati</b>	23.600	130.119	5%
Nigeria	27.289	25.964	-5%
Bangladesh	6.818	12.731	87%
Pakistan	13.510	9.728	-28%
Gambia	9.040	9.085	0%
Senegal	7.723	8.680	12%
Costa D'Avorio	7.419	8.374	13%
Guinea	6.019	7.777	29%
Mali	6.438	7.757	20%
Ghana	5.018	5.575	11%
Eritrea	6.860	4.979	-27%
Ucraina	2.628	2.862	9%
Siria	1.590	2.270	43%
Somalia	2.404	2.055	-15%
Camerun	1.966	2.034	3%
Marocco	1.556	1.852	19%
Iraq	1.504	1.661	10%
El Salvador	1.087	1.407	29%
Sierra Leone	610	1.099	80%
Afghanistan	2.831	982	-65%
Guinea - Bissau	740	966	31%
Burkina Faso	850	962	13%
Egitto	776	829	7%
Togo	658	710	8%
Kosovo	362	631	74%
Georgia	196	550	181%
Venezuela	143	544	280%
Altri	7.565	8.055	6%

	2016	2017
<b>UOMINI</b>	105.006	109.066
<b>DONNE</b>	18.594	21.053

	2016	2017
<b>minori non accompagnati</b>	5.930	9.782
<b>minori accompagnati</b>	5.201	6.527

Fonte: Vestinet C3 A - Dati soggetti a possibili variazioni

## variazione principali nazionalità Anni 2016 - 2017



# In carcere...

- Cross sectional study al 30/10/2017:  
il 10% della popolazione di SV proviene da  
questi paesi ...potenziali Richiedenti o rifugiati

ITALIA	366	35,2%
MAGREB	281	27,0%
Americhe	83	8,0%
BALCANI	76	7,3%
WEST AFRICA	75	7,2%
ENI	52	5,0%
Asia	43	4,1%
Est Europa	41	3,9%
Europa altri	14	1,3%
AFRICA Altri	6	0,6%

# Alta % di rifiuto dello screening all'ingresso

Origin	ID screening Not available	
ITA	16,9%	
Magreb	33,5%	p<0.000
Americhe	15,7%	
Balcani	25,0%	
West Africa	37,3%	p<0.000
ENI	21,2%	
Asia	41,9%	p<0.000
Est Europe	4,9%	

# Interviste con richiedenti asilo e rifugiati in carcere

- 20 interviste con detenuti provenienti da Gambia, Costa d'Avorio, Guinea, Mali, Pakistan
- Arrivati in Italia tra il 2013 ed il 2017
- Età tra 18-25 anni
- Bassa scolarizzazione
- 19/20 hanno passato un periodo nei CAS
- 20/20 hanno fatto richiesta di asilo
- La maggior parte in carcere per reati minori (spaccio, piccoli furti ) in attesa di giudizio o pene brevi ( mancato accesso a pene alternative)

# Rifugiati – richiedenti asilo

- 3/20 status di rifugiato
- 2/20 permesso umanitario
- 5/20 diniego (solo 1 in appello)
- 10/20 in attesa della commissione

# Le storie













- 16/20 hanno passato più di 6 mesi in Libia
- 2/20 vittime di naufragio
- 11/20 sono stati nei centri di detenzione in Libia
- 8/20 hanno subito violenze o trattamenti degradanti in Libia

# Richiedenti asilo e rifugiati in carcere...

Popolazione vulnerabile

Impatto della carcerazione sullo stato psico-fisico

Scarsa comprensione e accettazione dei servizi  
disponibili

Difficoltà di prosecuzione dell'iter giuridico

Difficoltà nel rientrare nel percorso di accoglienza  
alla fine della detenzione

Impatto sulla progettazione futura