



Elementi per un lavoro di rete e integrazione socio-sanitaria, il modello Samifo

Martino Volpatti

(Aprile 2024)





2006

Il primo protocollo d'intesa tra la ASL Roma A (oggi Roma1) e il Centro Astalli (Servizio italiano dei gesuiti per i rifugiati)



Le linee di attività (art. 8 protocollo d'intesa)

- 1. Accoglienza e Mediazione Linguistico Culturale.
- 2. Medicina Generale (garantita dai medici di assistenza primaria).
- 3. Salute Mentale: nelle competenze di psichiatria e psicologia.
- 4. Certificazione medica e medico-legale.
- 5. Salute della donna.
- 6. Ortopedia.
- 7. Vaccinazioni.
- 8. Attività infermieristica
- 9. Attività Sociale.
- 10. Riabilitazione



Strutturazione del servizio

- Il Front-office per l'accoglienza, prenotazione visite, attività di orientamento (gestito da mediatori)
- Il Back-office per la valutazione e l'ascolto di casi complessi e delicati (gestito da operatori esperti)
- Le sale visita



Padiglione XVII Santa Maria della Pietà

Attività finanziata con fondi Fami, ora stabilizzata dalla ASL

- ▶ Equipe minori: attività di neuropsichiatria infantile per la valutazione e la certificazione dei disturbi del neurosviluppo (neuropsichiatra infantile, psicologa dell'età evolutiva, educatrice, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva)
- ▶ Attività di riabilitazione



Il comitato scientifico

preposto alla pianificazione degli obiettivi, delle strategie e delle azioni, nonché al monitoraggio e alla verifica delle attività e dei risultati.

Presieduto dal direttore UOSD Samifo e composto da esperti, competenti nelle tematiche della salute, della valutazione e della migrazione in ambito universitario, della ricerca, delle organizzazioni della società civile e delle società scientifiche del settore



2015

Nel 2015 il SAMIFO ha ottenuto l'importante riconoscimento della regione Lazio come Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1 per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.



Il lavoro di rete

- Protocollo d'intesa con le Commissioni Territoriali per il Riconoscimento delle domande di Protezione Internazionale (attività di referral e supervisione)
- promozione della formazione del personale socio-sanitario pubblico e del privato sociale attraverso corsi, seminari e incontri. Inoltre, partecipa a reti strutturate di *advocacy* come il GRIS (Gruppo Immigrazione e Salute) e il TIS (**Tavolo Immigrazione e Salute**) per favorire un confronto e un'interlocuzione con le istituzioni nazionali.
- Contatti e confronti con altri centri di cura (INMP, CSM, SERD, ambulatori del privato sociale etcc..)

Prospettiva sistemica



Complessità
Dell'utenza



Complessità
del contesto

STORIA INDIVIDUALE COMPLESSA



**SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA
MULTIDIMENSIONALE FINALIZZATO**

ALLA SALUTE

SALUTE

Dimensione ampia, che comprenda sia il corpo che la mente e, più in generale, che abbia a che fare con il raggiungimento di un livello anche minimo, ma sufficiente e dignitoso di qualità della vita.



BISOGNI MOLTEPLICI E DIFFERENTI IN CONNESSIONE TRA LORO

- Ambito sanitario
- Ambito sociale
- Ambito legale




SALUTE



.

Ambito sociale

- disponibilità di un reddito
 - situazione alloggiativa
 - possibilità di un contratto lavorativo
- 



Ambito legale:

- Differenti tipi di permesso di soggiorno
 - situazione individuale all'interno della procedura
-

CONDIZIONE DEL PAZIENTE (fattori comuni):


- **SOLITUDINE:** la solitudine reale, effettiva e il sentimento della solitudine (il sentirsi soli) sono elementi inevitabili della vita di chi è stato costretto all'esilio. Più che di una condizione psicologica, si può qui parlare di una situazione esistenziale, cioè connaturata all'esistenza del rifugiato in quanto tale.


ESILIO COME COMPLESSO DI PERDITE




PRECARIETA'

La fuga si distingue dalla migrazione volontaria, oltre che per la motivazione di base, per l'assenza di un progetto migratorio, quindi per l'assenza di obiettivi che vadano al di là della pura sopravvivenza e per l'assenza di punti di riferimento nel Paese ospitante.






Al di là dei fattori comuni, il vero fattore di complessità di questo ambito è dato dalla **varietà e dalle differenze delle persone che si incontrano**. Differenze di genere, di età, di cultura, data la varietà dei paesi di provenienza e differenze nel grado di scolarizzazione che va dal grado zero per persone prive di istruzione scolastica fino a gradi alti per studenti universitari o professionisti di vario tipo.



Differenze nelle risposte individuali ai traumi

- ▶ Et  in cui si   subito il trauma
 - ▶ Durata del trauma
 - ▶ Fattori di resilienza e risorse personali
 - ▶ Possibilit  di accoglienza e di cura
- 

Complessità del contesto

Burocrazia

Sistema sanitario specialistico

Barriere linguistiche e culturali

LAVORO DI EQUIPE

SPECIALISTI

medici di differenti specializzazioni, psicologi, assistenti sociali o funzionari di uffici amministrativi, assistenti legali e avvocati.

• OPERATORI (FACILITATORI) e MEDIATORI

funzione di raccordo tra gli specialisti stessi e tra gli specialisti e gli utenti e funzione di mediazione linguistica e culturale

SOLITUDINE E PRECARIETA'



STATO GENERALE DI DISORIENTAMENTO E SOFFERENZA ACUTA (fisica e psichica)



OPERATORE/MEDIATORE come punto di riferimento (l'utente tende a riconoscere il mediatore come colui che, condividendo la sua cultura o almeno la sua lingua, possa capirlo prima e meglio degli altri).

1.

L'accoglienza come elemento di cura

Persecuzione e tortura come riduzione
intenzionale della complessità identitaria


del **soggetto** ad **oggetto**



ACCOGLIENZA come ricomposizione della
frattura relazionale

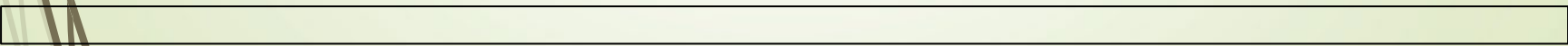
2. L'accoglienza come fattore di rischio

- Nel rapporto utente/operatore c'è una disparità inevitabile, una relazione di potere che non si può dimenticare.
- L'utente può ritornare ad essere un oggetto che deve semplicemente fare quello che noi gli diciamo di fare.




Le finalità dell'accoglienza devono essere **comprese e condivise**. Tutta la situazione va, il più possibile, negoziata e concordata con il rifugiato.


I limiti vanno chiariti ma non imposti senza una spiegazione.





La mappa non è il territorio

- Riconoscere le categorie anche diagnostiche come strumenti necessari e non verità assolute
 - Costruire luoghi di mediazione
- 



D.L. 18 agosto 2015 n.142 – art.17 comma 1


- ▶ *Accoglienza di persone portatrici di esigenze particolari*
- ▶ 1. Le misure di accoglienza tengono conto delle specifiche situazioni delle **persone vulnerabili** quali, **minori, 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 disturbi mentali, persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legate all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali.**



Riappropriazione di un'autonomia attraverso la preliminare **riconquista della parola**: ritornare a capire e ad essere capiti.

Mediazione come prospettiva di una dimensione terza dove i significati e gli obiettivi non siano già dati, ma definiti e concordati su un terreno comune.





Dalla mediazione come strumento accessorio della cura (mediatore come necessario terzo incomodo tra medico e paziente)

Ad una ridefinizione della cura nello spazio della mediazione



Il servizio di mediazione linguistico-culturale

L'apporto dei progetti fami (Icare in particolare)

Il bando ASL Roma1 (da giugno 2023)

La disseminazione dei mediatori nei servizi

Il riconoscimento della figura del mediatore in
sanità