



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLE PERSONE
PROFUGHE IN STRUTTURE DI ACCOGLIENZA.
STUDIO OSSERVAZIONALE CONDOTTO
NELL'ULSS 17**

Relatore: Prof. Giuseppe Bon

Correlatore: Dott.sa Fabiola Carrossa

Laureando: Daniele Olivieri Gorga

Anno Accademico 2014 – 2015



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA**

Tesi di Laurea

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLE PERSONE
PROFUGHE IN STRUTTURE DI ACCOGLIENZA.
STUDIO OSSERVAZIONALE CONDOTTO
NELL'ULSS 17**

Relatore: Prof. Giuseppe Bon

Correlatore: Dott.sa Fabiola Carrossa

Laureando: Daniele Olivieri Gorga

Anno Accademico 2014 – 2015

INDICE

ABSTRACT	pag. 1
INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1 - Contesto	pag. 7
1.1 Analisi del fenomeno	pag. 7
1.2 Titolari di protezione internazionale, definizioni e classificazioni	pag. 10
1.3 I processi e le caratteristiche dei progetti di accoglienza	pag. 12
1.4 Centri di accoglienza	pag. 14
1.5 Aspetti di interesse infermieristico	pag. 16
1.5.1 Dalle radici culturali all'attualità	pag. 16
1.5.2 L'infermiere ed il profugo	pag. 18
CAPITOLO 2 - Quadro teorico	pag. 21
2.1 Scopo dello studio e quesiti di ricerca	pag. 21
2.2 Rassegna critica della letteratura disponibile	pag. 22
2.2.1 I problemi di salute dei profughi nelle strutture di accoglienza	pag. 24
2.2.1.1 Area psichiatrica	pag. 30
2.2.2 Accesso ai servizi e cure	pag. 32
2.3 Sintesi della letteratura	pag. 35
CAPITOLO 3 - Materiali e metodi	pag. 37
3.1 Premessa. Le tappe dell'assistenza sanitaria – protocollo operativo	pag. 37
3.2 Disegno dello studio	pag. 38
3.3 Setting e composizione del campione	pag. 40
3.4 Variabili raccolte e scheda di rilevazione	pag. 41
3.5 Aspetti etici	pag. 42
CAPITOLO 4 - Risultati	pag. 43
4.1 Introduzione	pag. 43
4.1.1 Indici statistici area demografica	pag. 43
4.1.2 Indici statistici area sanitaria	pag. 45
4.1.3 Indici statistici accesso ai servizi sanitari	pag. 48
4.2 Procedure raccolta dati	pag. 51

CAPITOLO 5 - Discussione e conclusione	pag. 53
5.1 Interpretazione critica dei risultati	pag. 53
5.2 Il ruolo dell'infermiere nel quadro clinico di contesto	pag. 56
5.3 Conclusioni per implicazioni per la pratica futura	pag. 57
5.4 Limiti dello studio e spunti per ulteriori indagini	pag. 59
 BIBLIOGRAFIA	 pag. 61

ALLEGATI

Allegato 1 Tabella A.1 - Sintesi dei risultati della letteratura
Allegato 2 Scheda di rilevazione
Allegato 3 Figura F.1 - Divisione geografica adottata dalla Nazioni Unite
Allegato 4 Figura F.2 - Distribuzione per genere
Figura F.3 - Istogramma densità dell'età
Allegato 5 Figura F.4 – F.5 - Flow-chart screening della tubercolosi
Allegato 6 Mediterranean Update

ABSTRACT

Introduzione e obiettivi: Il presente lavoro ha come obiettivo generale quello di valutare il ruolo degli infermieri all'interno del percorso di protezione internazionale delle persone profughe ospiti nelle strutture di accoglienza. La revisione della letteratura ha evidenziato i principali problemi di salute emersi da indagini epidemiologiche e l'importanza dell'accesso ai servizi sanitari. Gli obiettivi specifici dello studio intendono analizzare i problemi di salute in un campione di soggetti ospiti in una struttura di accoglienza e indagare la frequenza dell'accesso ai servizi sanitari.

Materiali e Metodi: Lo studio svolto è di tipo osservazionale descrittivo e si è avvalso dell'uso di cartelle infermieristiche. È stata costruita una scheda di rilevazione che ha indagato tre aree di interesse: socio-demografica, profilo sanitario, accesso ai servizi sanitari. Il campione preso in esame è di 119 soggetti.

Risultati: I risultati evidenziati dalla revisione della letteratura ed i risultati dell'indagine svolta concordano nell'individuare più frequenti i problemi di salute in: infezione respiratorie con febbre, gastrite non specificata, problemi all'apparato osteo-muscolare.

L'analisi dei dati sul ricorso ai servizi sanitari mostrano che il 93% della popolazione non è ricorso a servizi di emergenza del pronto soccorso, il 73% non ha avuto necessità di visite specialistiche, i casi di ricovero sono 5.

Discussione: L'analisi del fenomeno giunge a considerare che la presa in carico infermieristica all'interno delle strutture di accoglienza produce specifici programmi di prevenzione e presa in carico sanitaria individuale e di comunità, riconoscimento precoce di problemi di salute del singolo e della comunità, coordinamento e continuità delle cure con possibilità di fornire risposte in base alle risorse disponibili, promozione della qualità della vita all'interno della comunità di accoglienza, riconoscimento precoce di eventi di interesse di sanità pubblica, riduzione della domanda di servizi sanitari di diagnosi e cura, prestazioni di emergenza, ricovero ospedaliero.

Parole chiave: Profughi, bisogni di salute, disordine da stress traumatico, infezioni, nursing.

INTRODUZIONE:

Dalla prima metà del 2015 le testate giornalistiche, con vari gradi di “allarmismo”, hanno riempito le prime pagine con cronache di migrazioni di massa verso le coste dell'Europa mediterranea ed in particolar modo quelle italiane.

Questo fenomeno ha prodotto un importante dibattito all'interno dell'Europa e dei singoli stati nazionali con maggiore intensità nei paesi di primo approdo.

Presto i volti nelle foto scattate durante le missioni di salvataggio in mare aperto o nei pressi delle zone costiere, diventano i volti con i quali gli operatori sanitari cominciano a confrontarsi sia nei vari servizi sanitari che nei vari passaggi dei “processi di accoglienza”.

Da queste premesse nasce la volontà di approfondire il rapporto tra l'attuale fenomeno delle migrazioni forzate e la salute delle persone coinvolte. L'interesse principale del presente lavoro è quello di indagare quali siano i problemi di salute, verificare eventuali relazioni con il contesto nei quali sono inseriti i richiedenti protezione internazionale e conseguentemente tracciare un quadro descrittivo del modello di presa in carico sanitario previsto dalle norme internazionali e locali. Nella normativa internazionale spicca infatti tra i risultati attesi dal “sistema accoglienza” l'importanza di una adeguata assistenza sanitaria che a completamento dei percorsi di protezione internazionale favorisca la (ri)acquisizione dell'autonomia individuale, intendendo per essa l'acquisizione da parte della persona profuga dell'ottenimento di strumenti adeguati per soddisfare autonomamente i propri bisogni partendo da quelli di salute.

Nonostante l'attualità e la cogenza di tali argomenti gli studi dedicati alla presa in carico infermieristica sono rari e mancano informazioni dettagliate sulla struttura organizzativa e gestionale dell'accoglienza, nonché delle sue specifiche finalità. Un lavoro di comparazione tra i diversi sistemi e ambiti nazionali è altresì ostacolato dalla mutevolezza dei flussi migratori, delle diverse disposizioni normative negli ambiti nazionali e dal fatto che i sistemi sanitari dei paesi a sviluppo economico avanzato non sono uniformi e perseguono metodi tra loro differenti.

Questi vuoti di conoscenza hanno sostenuto l'interesse a svolgere uno studio osservazionale descrittivo che indagasse direttamente sul campo. L'indagine si è svolta nel territorio dell'U.L.S.S.17 dove sono presenti alcune strutture di accoglienza dette C.A.R.A

(Centri di Accoglienza Richiedenti Asilo), sorte a seguito della redistribuzione nelle provincie italiane del massiccio arrivo di persone profughe provenienti dal Nord Africa e giunte alle frontiere italiane con mezzi di fortuna. In alcune di queste strutture è stata inserita la figura dell'infermiere al fine di favorire il percorso di riacquisizione di salute per le persone che manifestano criticità. Tutte queste caratteristiche hanno fatto ritenere che si potesse trattare di un campo di osservazione interessante per iniziare a ragionare sul possibile contributo che la professione infermieristica può proporre nel concorrere al completamento degli obiettivi di interesse sanitario assistenziale tra i richiedenti protezione internazionale nell'Italia contemporanea.

Il presente lavoro è stato suddiviso in cinque capitoli.

Il primo capitolo descrive il contesto delle migrazioni forzate presentando il fenomeno globale per poi giungere a quello territoriale. La panoramica proposta comprende: la definizione dei soggetti in studio, le provenienze nazionali più rappresentate, l'analisi del sistema di funzionamento delle strutture di accoglienza e le loro finalità, il quadro normativo internazionale e nazionale focalizzando l'attenzione sugli obiettivi dedicati alla salute.

Il secondo capitolo propone alcuni studi rilevanti per la professione infermieristica che opera all'interno di strutture di accoglienza per persone profughe.

Nel terzo capitolo vengono presentati gli strumenti utilizzati per analizzare il profilo di salute delle persone coinvolte nello studio tra cui la scheda di rilevazione che si compone di tre aree di indagine di maggiore interesse: socio-demografica, profilo sanitario, accesso ai servizi sanitari quali pronto soccorso, ricovero, ambulatorio specialistico (cfr. Allegato 2).

I risultati dell'indagine mostrano un dettagliato profilo di salute dei soggetti campionati, con ulteriore approfondimento sulla fruizione dei servizi sanitari.

Le informazioni ottenute dall'osservazione del fenomeno sono state comparate con i risultati espressi dagli studi proposti dalla letteratura identificando i principali problemi di salute che colpiscono le persone profughe.

A fronte dello studio svolto e delle considerazioni prodotte dalla discussione di risultati della ricerca osservazionale, si vuole evidenziare la necessità di ripensare al modello di

presa in carico sanitaria della persona profuga nell'arco normativo che va da accordi internazionali ai protocolli territoriali, prevedendo l'inserimento dell'infermiere nell'equipe di professionisti che lavorano nelle strutture di accoglienza.

CAPITOLO 1

CONTESTO

1.1 Analisi del fenomeno

Nel 2014 sono stati stimati quasi 60 milioni di profughi nel mondo, per ogni 123 abitanti del pianeta uno è profugo (Dossier Caritas, 2015). Buona parte è generata da quindici conflitti in aree di maggiore instabilità politica: otto in Africa, tre in Medio Oriente, uno in Europa, tre in Asia (Heidelberg, 2014). L'anno precedente erano stati registrati 51,2 milioni di migranti forzati: categoria che viene suddivisa in 33,3 milioni di sfollati all'interno dello stesso paese, 16,7 milioni di fuggiti a guerre, conflitti, persecuzioni o violazione dei diritti umani, 1,2 milioni di richiedenti asilo. Tra questi quasi il 50% è costituito da bambini e minorenni, due milioni e mezzo sono il prodotto di crisi recenti, la guerra in Siria tra tutte. La Siria, paese che nel corso di soli cinque anni è passato a essere il secondo stato per numero di rifugiati accolti a primo paese da cui si fugge. Ai siriani si aggiungono altri esseri umani in fuga da crisi politiche e umanitarie nel continente africano: dalla Repubblica Democratica del Congo, dalla Repubblica Centrafricana, dal Mali e dalla zona di confine tra Sud Sudan e Sudan (Anci *et al.* 2014; U.N.H.C.R. 2013).

L'insieme di questi numeri fa raggiungere al 2013 il primato di anno record per il numero di rifugiati e al popolo dei rifugiati un ipotetico 51° posto nella classifica mondiale dei paesi più popolosi (Anci *et al.* 2014; U.N.H.C.R. 2013).

Per quanto riguarda i paesi maggiormente coinvolti nell'accoglienza a livello globale, la classifica stilata dell'U.N.H.C.R. riporta quanto segue per il 2013. I primi dieci paesi sono nell'ordine:

- 1) Pakistan (1,6 milioni, quasi tutti provenienti dall'Afghanistan);
- 2) Repubblica Islamica dell'Iran (857.400 rifugiati, quasi tutti afgani);
- 3) Libano (737.000 rifugiati, in gran parte siriani);
- 4) Giordania (667.000 rifugiati -la maggioranza dalla Siria-, ma anche 55.500 iracheni, che fanno raggiungere alla Giordania il record mondiale per rapporto tra popolazione residente e rifugiati);
- 5) Turchia (609.900 rifugiati, nuovamente in prevalenza siriani: 585.600);

- 6) Kenia (534.900, in maggioranza somali);
- 7) Ciad (434.500 con nuovi arrivi nel 2013 dal vicino Sudan e dalla Repubblica Centro Africana);
- 8) Etiopia (433.900 da Eritrea, Somalia, Sudan e Sud Sudan);
- 9) Repubblica Popolare Cinese (301.000, provenienze miste);
- 10) Stati Uniti (263.600, provenienze miste).

Si nota in questa lista l'assenza di paesi europei e quindi l'ancor lontana emergenza sistemica.

Negli ultimi anni però, l'Europa e i paesi a sviluppo industriale avanzato riprendono centralità nelle statistiche che riguardano il segmento dei richiedenti asilo, oltre un milione di individui. Secondo l'U.N.H.C.R. i dieci paesi cui sono state rivolte più richieste di asilo nell'anno 2013 sono:

- 1) Germania (109.600; paesi di provenienza in ordine crescente: Federazione Russa, Serbia, Kosovo, Siria, Eritrea);
- 2) Stati Uniti (84.400; paesi di provenienza in ordine crescente: Cina, Messico, El Salvador, Siria, Honduras, Egitto);
- 3) Sudafrica (70.000; paese di provenienza della maggioranza delle richieste: Zimbabwe);
- 4) Francia (60.200; paesi di provenienza in ordine crescente: Serbia, Repubblica Democratica del Congo, Albania, Federazione Russa);
- 5) Svezia (54.300; paesi di provenienza in ordine crescente: Siria, apolidi, Eritrea, Somalia, Afghanistan);
- 6) Malesia (19.400; paesi di provenienza in ordine crescente: Myanmar, Sri Lanka, Siria);
- 7) Turchia (44.800; paesi di provenienza in ordine crescente: Iraq, Afghanistan, Repubblica islamica dell'Iran, Somalia);
- 8) Regno Unito (28.000 richieste circa);
- 9) Italia (26.620; paesi di provenienza in ordine crescente: Pakistan, Nigeria, Somalia, Eritrea, Afghanistan);
- 10) Svizzera (19.000 richieste circa).

E' facile notare come si tratti in sei casi su dieci di paesi europei. Non volendo contare, in area europea, ma almeno parzialmente continentale, la Turchia, unico paese oltre agli Stati

Uniti a essere presente in entrambe le classifiche: ovvero quella dei paesi che ha accolto il maggiore numero di rifugiati e quella dei paesi che hanno ricevuto il numero maggiore di richieste di riconoscimento dello status di rifugiati.

Nel caso italiano, sono a disposizione statistiche recenti e dettagliate. Le richieste di protezione internazionale sono state 26.620 nel 2013 e 64.886 nel 2014, subendo un incremento percentuale del 244%.

Per quello che riguarda le nazionalità il quadro per l'anno 2013 è il seguente:

- Pakistan : 3.232 domande (12%);
- Nigeria: 3.159 domande (11%);
- Somalia: 2.774 domande (10%);
- Eritrea: 2.109 domande (7,9%);
- Afghanistan: 2.056 domande (7,7%);
- Altri paesi: 12.930 domande (48.57%).

Tratto da: Commissione Nazionale per il Diritto d'Asilo, 2015

Mentre per quello che riguarda il 2014:

- Nigeria: 10.138 domande (15,6%);
- Mali: 9.771 domande (15%);
- Gambia: 8.556 domande (13%);
- Pakistan: 7.191 domande (11%);
- Senegal: 4.678 domande (7%);
- Altri paesi: 24.552 domande (37%)

Tratto da: Commissione Nazionale per il Diritto d'Asilo, 2015

Si noti come il numero di richieste di asilo e il quadro delle nazionalità dei richiedenti non sia sempre congruente con i dati sugli sbarchi avvenuti sulle coste italiane nello stesso periodo: 43.000 persone circa nel 2013, a fronte di 26.620 richieste, mentre per quanto riguarda le nazionalità nei primi sei mesi del 2014 le prime due nazionalità per numero di sbarchi, eritrea (19.329) e siriana (11.236) non appaiono nei primi posti della classifica dei richiedenti che abbiamo appena visto, confermando l'impressione generale che alcuni gruppi di persone sbarchino sì in Italia, ma non presentino richieste di protezione internazionale sul nostro territorio. Di contro, il numero di richieste di protezione dei nigeriani (10.138), supera di oltre tre volte il numero degli sbarcati (3.089) a indicare come, ben oltre la visibilità mediatica degli approdi via mare, i canali di arrivo di migranti e richiedenti asilo siano diversi e molteplici.

1.2 Titolari di protezione internazionale, definizioni e classificazioni

Si possono distinguere diverse categorie di persone sradicate con violenza dalle proprie aree di origine, individui o gruppi che fuggono senza scelta dal rischio di morte. Queste sono: profughi (migranti forzati), rifugiati, richiedenti asilo, sfollati, apolidi perseguitati.

La protezione e l'assistenza a queste persone, che definiamo in maniera generica "profughi", è gestita da Agenzie Internazionali come l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (U.N.C.H.R.) ed Organizzazioni non Governative ispirate da ideali di pace, giustizia e solidarietà sociale.

L'esistenza materiale, umana e psicologica dei destinatari di questa indagine è scandita, più di quanto generalmente avvenga in una comune e stanziale esistenza, da passaggi di status giuridici e amministrativi. A partire dal primo momento di approdo sul suolo italiano l'irriducibile unicità di ogni singolo individuo, con tutta la complessità del suo bagaglio esperienziale (basti pensare alla guerra o all'attraversamento di mari e deserti) viene spezzettata e incanalata in binari burocratici, il cui attraversamento scandisce mutazioni di status che determinano a loro volta diritti, accesso a servizi, possibilità di creare basi più o meno solide per una nuova esistenza. Tutti elementi che hanno un'influenza importante e diretta sullo stato di salute psicofisica dell'individuo. Senza peraltro poterli approfondire, si ritiene importante costruire un glossario minimo dei termini giuridici e amministrativi che accompagnano l'esistenza dei profughi in Italia.

Profugo:

Termine generico che indica chi lascia il proprio paese a causa di eventi esterni (guerre, invasioni, rivolte, catastrofi naturali).

Rifugiato:

Il rifugiato è titolare di protezione internazionale. Si tratta di una persona che "(...) *temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese d'origine di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo*

timore, avvalersi della protezione di questo Paese (...)". (art. 1A della Convenzione di Ginevra del 1951, recepita nell'ordinamento italiano dalla legge n.722 del 1954; SPAR, 2009)

Richiedente asilo:

Il richiedente asilo è una persona titolare di "protezione internazionale".

Il diritto di asilo è tra i diritti fondamentali dell'uomo riconosciuti dalla Costituzione Italiana. L'articolo 10, terzo comma, della Costituzione prevede, infatti, che lo straniero, al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto di asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge.

Sul piano del diritto interno il decreto-legge n. 416 del 1989 (la cosiddetta "legge Martelli") disciplina le modalità per il riconoscimento dello *status* di rifugiato (ma non quelle del diritto di asilo). La L. 189/2002 oltre a intervenire sulla disciplina generale dell'immigrazione, attraverso una revisione del testo unico del 1998 ha integrato le disposizioni sul diritto di asilo contenute nella legge Martelli.

Titolare di Protezione Sussidiaria:

La protezione sussidiaria è un'ulteriore forma di protezione internazionale. *Chi ne è titolare - pur non possedendo i requisiti per il riconoscimento dello status di rifugiato - viene protetto in quanto, se ritornasse nel Paese di origine, andrebbe incontro al rischio di subire un danno grave.* Questa definizione viene enunciata dall'art. 2, lett. g del Decreto legislativo n. 251/2007. (SPAR, 2009)

Titolare di Protezione Umanitaria:

Il titolare di protezione umanitaria è una persona alla quale viene riconosciuto questo particolare status giuridico nel caso in cui la Commissione territoriale, pur non accogliendo la domanda di protezione internazionale, ritenga possano sussistere gravi motivi di carattere umanitario. La Commissione provvede alla trasmissione degli atti della richiesta di protezione al questore competente per un eventuale rilascio di un permesso di soggiorno per protezione umanitaria (art. 5, comma 6 del decreto legislativo n. 286/1998; SPAR,

2009)

Commissione Territoriale:

È l'unico organo competente che ha potere amministrativo di valutare le domande di protezione internazionale e quindi di assegnare il titolo alla persona che ne fa domanda.

Le Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale sono composte da 4 membri di cui due appartenenti al ministero dell'Interno, un rappresentante del sistema delle autonomie e un rappresentante dell'Alto commissariato per i rifugiati delle Nazioni Unite (ACNUR/UNHCR).

La Commissione territoriale può riconoscere lo status di rifugiato e in questo caso rilascia un provvedimento che consente al richiedente di ritirare in questura il permesso di soggiorno per asilo. Il permesso di soggiorno per asilo ha una durata di 5 anni ed è rinnovabile ad ogni scadenza.

Le differenze legislative descritte hanno a che fare con percorsi normativi nazionali ed internazionali; il presente studio si concentra su strutture di accoglienza che ospitano persone che godono di (o sono in attesa di ottenere) diverse tipologie di permesso di soggiorno e che sono comunque accomunate dalla trasversale esperienza di fuga dalla propria nazione e di sbarco sul territorio italiano.

Le strutture di accoglienza di interesse in questo studio ospitano persone titolari di permesso di soggiorno sia per richiedenti asilo che per protezione umanitaria o protezione sussidiaria.

Il presente lavoro non tiene conto di quale sia lo status giuridico della persona accolta e per questa ragione, da qui in avanti, per indicare gli ospiti delle strutture di accoglienza verrà utilizzato il termine generico di “profugo”, senza alcuna connotazione giuridica o normativa specifica.

1.3 I processi e le caratteristiche dell'accoglienza

Le linee guida inerenti al Decreto del Ministero dell'interno 27/6/2007 e al Decreto

legislativo n140/2 005 (attuazione della direttiva 2003/9/CE), definiscono le modalità per avere accesso ad alloggi all'interno dei progetti di accoglienza dello SPRAR (Sistema di Protezione Richiedenti Asilo Rifugiati) o, nel caso non ci siano posti disponibili nella rete dello SPRAR, in una struttura alternativa chiamata C.A.R.A. (Centro Accoglienza Richiedenti Asilo). In entrambi i casi i tempi di permanenza previsti non superano i sei mesi.

Il primo atto normativo del percorso avviene con l'inserimento dei singoli casi nella banca dati del servizio centrale SPRAR. Questo servizio viene svolto da enti locali della rete SPRAR, associazioni umanitarie riconosciute, prefetture, questure, centri di accoglienza. Il profugo entra così nella lista d'attesa per l'accoglienza presso i comuni che fanno parte della rete SPRAR.

Le segnalazioni pervenute nella banca dati vengono raccolte e valutate per indirizzare il profugo nella struttura più idonea. Le caratteristiche prese in esame sono data e luogo di segnalazione, tipologia di permesso di soggiorno, presenza di nuclei famigliari, presenza di vulnerabilità del singolo o della famiglia.

Il trasferimento e l'accompagnamento burocratico dal centro di prima accoglienza al centro di accoglienza territoriale sono coordinati dal servizio centrale dello SPRAR, che mette in rete i centri segnalatori, i comuni e gli enti gestori. Viene fatta eccezione per le segnalazioni e le indicazioni delle Prefetture che comunque mantengono autonomia decisionale anche rispetto alle Regioni.

Il tempo di permanenza nella rete di protezione dipende dal titolo che la Commissione Territoriale assegna al profugo e si prolunga comunque per tutto il tempo di attesa del giudizio.

La persona perde diritto all'accoglienza nel caso abbandoni volontariamente il progetto, violi le norme interne alla struttura, scadano i termini di accoglienza e sia rigettata la proroga o infine per rimpatrio volontario. Conseguentemente a questi eventi il registro del Servizio Centrale viene aggiornato sull'uscita dal progetto del profugo. Tale flusso informativo permette allo SPRAR di avere una precisa conoscenza della distribuzione dei profughi sul territorio nazionale.

Il decreto legislativo n 251/2007 (che recepisce la direttiva europea 2004/83CE) definisce

le caratteristiche che stabiliscono gli obiettivi dell'accoglienza da parte delle istituzioni, ovvero: garantire misure di assistenza e protezione della singola persona, favorire un percorso di riconquista della propria autonomia, intesa come capacità di adattarsi alla società di accoglienza acquisendo risorse per soddisfare i bisogni individuali.

In questo senso un concetto utilizzato tanto nel ramo dei servizi sociali, quanto in quello sanitario, è quello di *empowerment* che sta a significare l'acquisizione e lo sviluppo della capacità di determinare il proprio benessere in relazione all'ambiente fisico e sociale in cui si è inseriti, al fine di interagirvi ed in autonomia raggiungere e mantenere uno stato di salute.

La definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948, ovvero la *capacità di soddisfare i propri bisogni e di interagire come l'ambiente circostante*, si esprime negli obbiettivi della suddetta direttiva europea.

È evidente che per (ri)ottenere la capacità di scelta e di progettazione della vita, percependo le possibilità di migliorare la propria situazione, è necessario mettere al centro degli interventi un percorso individuale che sostenga la persona come soggetto attivo, non un passivo e mero fruitore di servizi.

Gli interventi previsti per l'acquisizione di autonomia sono ottenuti attraverso una rete di accoglienza “integrata” tra i servizi. I progetti territoriali prevedono l'assistenza sociale e sanitaria, attività multiculturali e mediazione linguistica e interculturale, orientamento e assistenza legale, servizi per l'alloggio ed inserimento scolastico per minori.

Questo approccio, che si manifesta con l'assistenza integrata, è il miglior strumento che può favorire l'autonomia, intesa come la capacità di soddisfare i bisogni della singola persona profuga e della comunità in cui è inserito, con conseguente successo dell'impegno ad una concreta accoglienza.

1.4 Centri di accoglienza

Il percorso dei profughi sul territorio italiano si compone di diverse tappe, che comprendono la permanenza in diversi tipi di strutture.

A seguito dello sbarco, le persone vengono ospitate in strutture di prima accoglienza. In questa sede il personale sanitario effettua le prime visite e i primi controlli sanitari. Contestualmente vengono raccolte le dichiarazioni alle autorità istituzionali competenti.

Appena possibile, gli organi del Ministero dell'Interno, attraverso i prefetti, predispongono l'accoglienza in una seconda tipologia di struttura.

Le prefetture si dotano dei programmi di accoglienza e sostegno ai profughi, avvalendosi della collaborazione di organizzazioni del terzo settore, società cooperative ed enti associazionistici senza scopo di lucro, indirizzando gli arrivi nella struttura che mette a disposizione i posti letto.

Il vademecum sull'assistenza emanato dalla Conferenza delle Regioni e delle provincie autonome (n° 11/88CR06/C3-C7-C13), definisce chi sono i soggetti gestori dei servizi di accoglienza, ovvero organizzazioni private operanti nel Terzo Settore e senza scopo di lucro e associazioni di volontariato operanti nel campo dei diritti dell'immigrazione.

Il vademecum comprende la specifica dei requisiti strutturali per l'accoglienza ovvero l'abitabilità dei locali, adeguate strutture per disabili, servizi igienici, spazio adeguato ad attività diurne.

I centri di accoglienza sono definiti piccoli per numero inferiore a 15, medi per dimensioni fino ai 30, grandi per l'ospitalità a più di 30 persone. Quest'ultimi prevedono servizio di guardiana 24 ore su 24.

Per ottenere l'accreditamento all'accoglienza dei profughi la struttura deve avere un regolamento che disciplina il funzionamento e i termini per la permanenza in struttura. Il regolamento dev'essere tradotto nella lingua dell'ospite e presentato da un mediatore interculturale; contestualmente viene stretto un "patto di accoglienza" che definisce gli impegni della struttura e quelli della persona ospitata.

La presa in carico prevista si riassume in tre ambiti:

1- Amministrativo – assistenza al profugo nelle fasi di presentazione della richiesta di protezione internazionale presso la Questura territoriale. Quest'ultima rilascia un permesso di soggiorno per richiesta di asilo della durata di 3 mesi, rinnovabile, fino alla decisione sulla domanda da parte della Commissione Territoriale.

2- Sanitario – accompagnamento nella richiesta di assistenza sanitaria da parte dell'ASL del luogo in cui il profugo ha domicilio. Successivamente alla domanda viene rilasciata la

tessera sanitaria e la relativa esenzione dai ticket sanitari per ragioni umanitarie.

3- Condizione materiale di accoglienza – agli ospiti vengono garantiti l'alloggio, il vitto (tre pasti al giorno) i generi di prima necessità quali abbigliamento, biancheria, calzature, prodotti per l'igiene personale. I pasti possono essere forniti da servizi mensa o gestiti in autonomia. Viene inoltre elargito il così detto *Pocket Money*, un contributo in denaro per piccole spese personali.

La spesa economica complessiva è sostenuta per intero dal Fondo Europeo per i Rifugiati.

1.5 Aspetti di interesse infermieristico

1.5.1 Dalle radici culturali all'attualità

Gli infermieri rappresentano spesso il primo punto di contatto con le istituzioni sanitarie per tutti i pazienti in generale e dunque anche per la popolazione straniera, si tratti di profughi o meno.

Questo ruolo impegna gli infermieri a confrontarsi con culture altre e gli stimola a costruire una relazione terapeutica che implica la capacità di leggere la realtà attraverso le differenze identitarie. L'approccio transculturale può avere ricadute positive anche in rapporto ai pazienti autoctoni, con i quali le differenze possono dispiegarsi sull'asse del genere, dell'età, del livello socioculturale, piuttosto che su quello della provenienza nazionale.

Di fondamentale importanza in questo contesto è l'incontro del nursing con altre discipline: la sociologia, che aiuta a contestualizzare i fenomeni migratori, ma soprattutto l'antropologia, che colloca al suo centro lo studio di culture altre ponendole alla pari con la propria e cercando di interpretare correttamente il punto di vista.

La figura di riferimento per la storia del rapporto tra nursing e antropologia culturale è Madeleine Leininger.

Verso la metà degli anni cinquanta Leininger lavorava come infermiera nell'ambito della psichiatria infantile e fu proprio questa esperienza vissuta nel contesto multiculturale statunitense a farle comprendere l'importanza dei riferimenti propri alle diverse origini nazionali nell'approccio ai pazienti. Leininger entrò allora in contatto con Margaret Mead,

una delle figure fondanti dell'antropologia oltreoceano; conseguì prima la laurea e poi il dottorato in Antropologia Culturale, ponendo le basi di quello che è stato poi definito il nursing transculturale.

Leininger identifica tre tappe nello sviluppo dell'infermieristica transculturale:

Fase I: l'infermiere acquisisce consapevolezza e sensibilità rispetto alle differenze e somiglianze dell'assistenza culturale. Fase II: L'infermiere approfondisce la teoria dell'assistenza infermieristica e dei risultati della ricerca con le competenze acquisite in assistenza culturale. Fase III: l'infermiere utilizza in modo creativo e pratico i risultati della ricerca con prove documentate per ottenere pratiche assistenziali culturalmente adeguate e valuta i risultati. (Manara, 2003)

Il prefisso “trans” utilizzato da Leininger nei suoi lavori è teso ad esprimere un cambiamento da una condizione ad un'altra, indicando *l'attraversamento delle fasi di un processo transitivo da una cultura all'altra con la conseguente creazione di nuovi fenomeni culturali* (Stievano, 2006).

Questo cambiamento si manifesta quando si incontrano individui con storie, culture, percezione dei bisogni diversi e comporta un confronto culturale che l'infermiere sa cogliere nella sua importanza adeguando e contestualizzando al caso specifico il processo assistenziale sanitario. In particolar modo la fase diagnostica si connota per un approccio transculturale capace di favorire la riduzione dell'estraneità tra le persone.

Nel processo di accoglienza e protezione sanitaria delle persone profughe, come già ampiamente descritto nel paragrafo 1.3, l'infermiere entra in contatto con la persona che necessita di assistenza e, auspicabilmente, attua interventi rispettosi della cultura e dei bisogni personali dell'individuo nell'obiettivo di favorirne il benessere (Leininger 2006).

Il Codice Deontologico del 2009 all'articolo 4 dichiara che l'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori culturali della persona¹.

Il concetto viene rafforzato nell'articolo 21 in cui si espande l'attenzione anche all'ambiente sociale di inserimento della persona, chiamando l'infermiere ad essere attento alla

¹ L'articolo 4 del Codice Deontologico recita: “L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona”.

dimensione culturale dei singoli e della comunità in cui presta servizio¹.

Non si tratta di semplice rispetto delle diversità, ma del valore che essa può produrre nell'incontro tra l'infermiere e la comunità in cui presta servizio.

Quando il percorso di accoglienza incrocia la necessità di assistenza infermieristica, si crea un nodo tra gli obiettivi dell'equipe che gestisce la presa in carico della persona profuga. Gli interventi orientati alla ri-acquisizione dell'autonomia dell'individuo intesa come gestione-consolidamento-ampliamento delle proprie capacità fino al raggiungimento di adeguati livelli di benessere non è competenza di una sola figura professionale, ma riguarda una più ampia visione del lavoro interprofessionale².

L'infermiere, nel percorso assistenziale, lì dove accerta un deficit di autonomia, è chiamato ad attuare interventi che sostengano l'*empowerment*, al fine di fornire gli strumenti alla persona affinché autonomamente possa superare ostacoli e insicurezze.

L'assistenza infermieristica tiene conto da un lato delle risorse del singolo e dall'altro non trascura quelle provenienti dal movimento associazionistico del volontariato, che possono aiutare a determinare esiti di salute positivi attraverso i benefici dell'*empowerment* organizzativo (Saiani e Brugnolli, 2011)

La comunità di inserimento sociale e i valori che la ispirano rappresentano anch'essi strumenti di promozione per la ri-emancipazione della persona. Questo ulteriore sprone sociale è definito *empowerment* di comunità (Wallerstein 2006).

1.5.2 L'infermiere e il profugo

Il Regolamento Dublino, emanato nel 2003 ed attualmente in vigore nell'Unione Europea, stabilisce quali sono i diritti alla salute del profugo e la modalità di accesso all'assistenza sanitaria.

¹ Il Codice Deontologico all' articolo 21 afferma infatti che: "L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati".

² In questo contesto è di riferimento l'articolo 14 del Codice Deontologico: "L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito".

Nel caso italiano è prevista la seguente sequenza di eventi. Il profugo si reca in Questura per segnalare la sua domanda di asilo, vengono prese impronte digitali ed eseguite fotosegnalistiche. Successivamente viene rilasciato il permesso di soggiorno; quando ottiene questo documento il profugo si può recare all'Agenzia delle Entrate per ottenere il codice fiscale. Con il permesso di soggiorno ed il codice fiscale, il profugo può recarsi nella Unità Locare Socio Sanitaria del Comune dove viene ospitato ed ottenere il libretto sanitario come previsto nella Regione Veneto all'interno della Nota Regionale n°327436 del 31 luglio 2014. Contestualmente può scegliere il medico di medicina generale al quale può fare riferimento per i problemi di salute così come fa il cittadino italiano.

Si sottolinea che in Italia, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione Repubblicana, il diritto all'assistenza sanitaria nei casi di emergenza viene preso in carico indipendentemente dalla titolarità di soggiorno della persona.

La normativa vigente prevede che la struttura di accoglienza sia dotata di un'equipe di lavoro multidisciplinare ed integrata capace di rispondere alle diverse e individuali esigenze del profugo, ma pensata anche per affrontare e risolvere le difficoltà gestionali della struttura. Viene quindi sostenuto un approccio eterogeneo, che metta al centro la persona e non le singole esigenze.

Le competenze professionali individuate per la costituzione dell'equipe sono fornite da assistente sociale, psicologo, educatore professionale, mediatore culturale e linguistico, operatore legale.

Queste figure devono saper collaborare e coordinarsi durante tutte le attività del progetto di accoglienza condividendo, attraverso riunioni periodiche, obiettivi e interventi per gestire problemi che si possono eventualmente manifestare.

Non sono previste figure sanitarie direttamente impiegate dalla struttura o inviate dalle U.L.S.S. territoriali.

Il ruolo infermieristico non trova spazio nel processo di accoglienza previsto dalla normativa e si riduce all'incontro nei servizi sanitari quali ambulatori, pronto soccorso o ricoveri ospedalieri.

CAPITOLO 2

QUADRO TEORICO

2.1 Scopo dello studio e quesiti di ricerca

Il quadro di riferimento legislativo dell'Accordo Dublino ed il recepimento nelle norme italiane, stabiliscono le linee guida per la “protezione” delle persone profughe dal soccorso, all'accoglienza, all'inserimento sociale nel paese di arrivo.

I progetti di accoglienza prevedono la presa in carico sociale e sanitaria. Quest'ultima è considerata prioritaria per la prevenzione o la soluzione dei problemi di salute acuti o cronici che potrebbero causare, se non gestiti, inaccettabili costi umani per il singolo, sociali ed economici per la comunità.

L'obiettivo generale di questo studio è identificare e descrivere esperienze di presa in carico sanitaria da parte dell'infermiere e confrontarle con la letteratura disponibile sul tema.

L'obiettivo specifico è di descrivere il profilo di salute individuando e descrivendo i problemi di salute in un campione della popolazione profuga ospite nelle strutture di accoglienza dei Comuni facenti parte dell'ULSS17 della Regione del Veneto, al fine di analizzare la domanda di salute e di conseguenza definire il ruolo che potrebbe ricoprire l'infermiere.

L'incontro tra l'operatore sanitario e la persona profuga è un nuovo e mutevole fenomeno con il quale l'Organizzazione Sanitaria si sta confrontando, sia per la frequenza degli accessi che per le dinamiche che comportano la complessità della “presa in carico”.

Un secondo obiettivo specifico si prefigge di descrivere la frequenza e le modalità di accesso ai servizi sanitari per poi porre riflessioni sui risultati ottenuti dalla risposta sanitaria offerta.

2.2 Rassegna critica della letteratura disponibile

Tabella 2.1 - Ricerca e PICO

Popolazione	Interventi	Comparison	Outcome esiti
Rifugiati in strutture di accoglienza valutazione all'entrata	Valutazione dei problemi di salute dei rifugiati	Rifugiati nelle strutture di accoglienza valutazione infermieristica durante la permanenza	La permanenza in struttura migliora i problemi di salute

La ricerca della letteratura è stata svolta nelle banche dati PubMed e PsycInfo, Cinhal, Cochrane.

La prima è liberamente disponibile all'indirizzo <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, la seconda si può consultare agli indirizzi <http://www.apa.org>, <http://web.b.ebscohost> per Cinhal, e <http://www.cochranelibrary>.

La ricerca di letteratura è stata effettuata dal 01 luglio 2015 al 31 luglio 2015.

La ricerca in PubMed ha usato parole libere e termini MeSH, per Pubmed.

I risultati della ricerca sono sintetizzati nella Tabella A.1. sintesi dei risultati della letteratura (Allegato 1).

Tabella. 2.2 Report della ricerca di letteratura.

Banca dati	Query	Limits	Items
<i>Pubmed</i>	Refugee AND Health needs assessment	Nessuno	280
	Refugee AND Health needs assessment AND nursing	Humans, Published in the last 10 years	42
	Refugee AND infection	Humans, Published in the last 10 years	787
	Refugee AND mental health	Humans, Published in the last 10 years	1337

	((("Refugees"[Mesh]) AND "Infection"[Mesh])	Humans, Published in the last 10 years	262
	((("Refugees"[Mesh]) AND "Infection"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])	Humans, Published in the last 10 years	157
	("Refugees"[Mesh]) AND "Urinary Tract Infections"[Mesh]	Humans, Published in the last 10 years	9
<i>Cinhal</i>	Refugee AND infection	Nessuno	151
	Refugee AND nursing	Nessuno	157
	Refugee AND Traumatic stress disorders	Nessuno	137
<i>Cochrane Library</i>	"Refugee"	Nessuno	2
<i>Psyco-INFO</i>	"Refugee"	Nessuno	243

Criteri di selezione del materiale:

Combinando i risultati delle stringhe di ricerca si è ottenuto un totale 413 articoli, 205 sono stati esclusi poiché solo marginalmente pertinenti, mentre altri 102 articoli non sono stati considerati perché scritti in una lingua diversa dall'inglese.

Dei 106 articoli residui sono stati letti gli abstract, in base ai quali sono state escluse ulteriori pubblicazioni (8 per la scarsa pertinenza rispetto al tema specifico, 5 per evidenti carenze metodologiche). Dei 98 articoli sono stati acquisiti i full text per 80 di essi. Per 43 non è stato possibile acquisire il testo intero, perché la rivista non risultava disponibile o perché gli articoli erano stati pubblicati molti anni orsono. Dopo lettura integrale, dai 37 articoli sono stati ulteriormente esclusi 10 articoli giudicati solo marginalmente pertinenti all'argomento di interesse.

I criteri di selezione sono stati:

1. Pertinenza al tema di studio
2. Lingua: italiano o inglese
3. Tipologia di rivista: Informazione medico scientifica
4. Tipologia di studio: Studi epidemiologici osservazionali
5. Nursing antropologico

Complessivamente la revisione di letteratura si è basata su 27 articoli che saranno citati nel

testo e riportati nella lista delle referenze finali.

La sintesi dell'analisi degli articoli pertinenti in letteratura è esposta nella tabella A.1 - Sintesi dei risultati della letteratura -(Allegato 1).

2.2.1 I problemi di salute dei profughi nelle strutture di accoglienza

Le indagini, selezionate nelle banche dati on-line, sui bisogni di salute dei profughi non propongono una netta distinzione tra gli studi dedicati ai processi di accoglienza per profughi e studi su fenomeni migratori prodotti da diversi fattori di espulsione-attrazione quali ragioni economiche, sociali, identitarie. I confini tra molte di queste ragioni di emigrazione possono essere considerati labili ed i motivi che spingono un individuo ad emigrare, molteplici.

Il migrante dotato di un progetto migratorio specifico, in genere giovane adulto in salute e proveniente da ceti sociali economicamente meno svantaggiati, è dotato di un “patrimonio” di salute integro. Precarie condizioni di salute potrebbero far incrinare il proponimento al lavoro o peggio aumentare i problemi di salute per scarsa possibilità di accesso alle cure, mentre una situazione economica estremamente povera non permetterebbe neppure il sogno del “viaggio della speranza”.

L’“effetto migrante sano” spiega con evidenza l'assenza di emergenze epidemiche di patologie esotiche nei paesi di accoglienza, questo però non significa che alcune patologie asintomatiche o comunque ritenute culturalmente non pericolose per la propria salute siano fattore di rinuncia all'emigrazione, come per esempio essere affetti da malaria o epatite (Marceca, 2006).

Al fine di svolgere una indagine osservazionale sui problemi di salute dei profughi, sono stati considerati studi, documenti e risultati di indagini accessibili nelle banche dati del Ministero della Salute Italiano.

Conseguentemente alla situazione di instabilità politica nell'area del Mediterraneo negli anni 2010 e 2011 si è verificato un consistente aumento di afflusso di migranti sbarcati nelle coste del territorio italiano, circa 64000 persone secondo i dati divulgati dall'Istituto

Nazionale di Statistica – I.S.T.A.T. nel 2015.

Il Ministero della Sanità ha disposto che attraverso l'Istituto Superiore della Sanità, il Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, in collaborazione con le Regioni, avviasse una indagine sulle eventuali emergenze sanitarie riscontrabili nei “centri per immigrati”.

I risultati di questa indagine sono stati divulgati nel Rapporto Osservasalute 2014 redatto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane promosso dall'Università Cattolica del Sacro Cuore in collaborazione con European Observatory on Health Care Systems dal quale mutua i meccanismi istituzionali. L'indagine ha coinvolto 139 centri per immigrati distribuiti in tredici regioni. La popolazione totale osservata è stata di 5.362 soggetti, ed il periodo di monitoraggio è stato avviato nel maggio del 2011 e concluso nel giugno 2013.

Il sistema di sorveglianza ha utilizzato indicatori scientificamente validati a livello europeo (EUPHIN-European Union Public Health Indicators) ed internazionale.

L'equipe di ricerca ha concentrato l'indagine su tredici sindromi accertate da operatori sanitari impegnati nelle strutture di accoglienza:

- infezione respiratoria con febbre - sospetta tubercolosi polmonare - diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi - gastroenterite senza la presenza di sangue - malattia febbrile con rash cutaneo - meningite encefalite - encefalopatia/delirio - linfadenite con febbre - sindrome botulino-simile - sepsi o shock non spiegati - febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato - ittero acuto - morte da cause non determinate.

Sono state segnalate in totale 7.314 situazioni di interesse di cui il 49% hanno riguardato problemi all'apparato respiratorio, il 25% riguardavano sindromi da infestazione (scabbia), mentre i problemi gastrointestinali hanno coinvolto il 22,6% dei casi.

Nessun caso di sindrome botulino-simile, sepsi o shock non spiegati, febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato, morte da cause non determinate è stato segnalato.

Lo studio sottolinea la presenza di tre allarmi epidemiologici riguardanti la presenza di sindromi da infestazione per scabbia, mentre non si è manifestata nessuna emergenza sanitaria nei circa due anni di indagine.

Si giunge a conclusione che i dati epidemiologici se forniti in tempo reale dagli operatori sanitari operanti nei centri per immigrati, favoriscono il riconoscimento precoce di rischi ed emergenze e di conseguenza permettono di attuare idonee misure di protezione o di rafforzare quelle di prevenzione.

Il risultato ottenuto dal lavoro sulla sorveglianza sindromica ha dimostrato l'utilità di tale strumento per contribuire alla bassa frequenza di allerte sanitarie ed abolizione di emergenze epidemiche nei centri per immigrati.

Il Centro Studi Emigrazione in una pubblicazione di Geraci nel 2005, individua il profilo di sanitario dei migranti in Italia rilevando la maggioranza degli interventi diagnostico terapeutici nei seguenti apparati:

– respiratorio – digerente/gastrointestinale – osteo/muscolare – tegumentario – genito/urinario – ostetrico/ginecologico.

I problemi specifici all'apparto tegumentario sono approfonditi in uno studio dedicato alla tematica, principalmente le estreme condizioni climatiche affrontate durante il viaggio, ma anche le violenze e torture subite da parte dei trafficanti di esseri umani lungo le rotte di emigrazione hanno interessato questo apparato.

Le patologie più frequenti sono state: infezioni cutanee – lesioni da trauma – eczema – follicolite (Simon, 2013).

Nel 2013 al convegno internazionale “Integrazione: Conoscere, Misurare ,Valutare” svoltosi a Roma, viene presentato il rapporto sul sistema di politiche ed interventi nell'ambito dell'immigrazione. Il tavolo tecnico, costituito da esperti di diverse aree, ha presentato un'indagine riguardante la condizione di salute della popolazione straniera e l'accesso ai servizi sanitari.

Le fonti principali dello studio sono costituite dagli studi epidemiologici periodici dell'I.S.T.A.T (Istituto di Statistica Nazionale). ed hanno riguardato tutta la popolazione straniera indipendentemente dallo stato giuridico, purché fosse dotata di permesso di soggiorno.

Dal punto di vista teorico gli autori inquadrano il rapporto migrazione-salute in tre macro aree di interesse, fornendo un approfondimento sui problemi di salute:

1- Problemi di salute importati – si considerano tutte quelle patologie che hanno avuto origine nel paese di appartenenza. Si inseriscono in questa categoria le patologie trasmissibili che in specifiche aree sono di diffusione endemica. Si considera per esempio la tubercolosi, la sindrome da immunodeficienza umana e l'epatite B che sono facilmente diagnosticabili e che possono manifestarsi celermente, mentre altre possono avere esordi più tardivi come nel caso dei virus *Helicobacter Pylori*, Human Papilloma Virus nei rispettivi tumori allo stomaco o tumore al collo dell'utero. Si tratta dei tumori più diffusi nei paesi poveri (Ferlay et al., 2010), osservabili anche nella popolazione immigrata in Europa e specificatamente in Italia (Manneschi et al., 2011).

2- Problemi di salute derivati dallo sradicamento dalla società di appartenenza – in questo caso i disturbi si manifestano nella sfera psichica rendendo ancor più complessa l'indagine diagnostica per gli operatori sanitari che incontrano l'individuo nelle fasi acute di un problema somatico. Un esempio molto frequente riguarda i problemi dell'apparato gastro-intestinale (Pfarrwaller e Suris, 2012).

3- Problemi derivanti dalle diseguaglianze sociali prodotte nel paese di accoglienza - e le relative barriere frapposte tra l'individuo e le istituzioni. Tra queste spiccano fenomeni di discriminazione razziale o barriere linguistico-culturali che il profugo incontra nel suo percorso di inserimento nella comunità e nella società.

Sempre Geraci nel 2011, a seguito dell'analisi delle patologie riscontrate nei centri di accoglienza, identifica e descrive quattro fondamentali “indicatori di causa” dei problemi di salute:

- 1- Classici determinanti distali della salute - che riguardano il generale stile di vita;
- 2- Sensibilità ai meccanismi di selezione tipici della storia migratoria individuale - ci si riferisce al fattore “migrante sano”;
- 3- Dimensione temporale - che affronta il problema della lunghezza del periodo in cui è compromesso lo stato di salute. Il problema di salute può essere di lunga latenza ed essendo difficile misurare l'esito del miglioramento o peggioramento, è necessario utilizzare indicatori di medio periodo che possano fornire una predizione significativa del risultato finale;
- 4- Ostacoli prodotti dalla scarsa conoscenza della lingua e barriere interculturali frapposte

tra la persona e l'ambiente di inserimento.

Il problema delle barriere linguistiche tra profughi e operatori sanitari viene analizzato in uno studio pubblicato su *Social Science and Medicine* nel 2003 da Bischoff, basato su 723 questionari standard somministrati da personale infermieristico a richiedenti protezione internazionale a Ginevra in Svizzera, indaga la relazione tra la qualità della comunicazione linguistica e qualità della cura.

I profughi, in gran parte provenienti dalle regioni balcaniche, ma anche dall'Africa e dall'Europa dell'Est, venivano intervistati nelle più diverse combinazioni di “concordanza” linguistica:

- 1- Direttamente dal personale infermieristico, qualora gli infermieri stessi avessero un livello almeno minimo di conoscenza della lingua degli intervistati o nel caso fossero i profughi stessi a possedere una almeno minima competenza in una lingua europea compresa dall'intervistatore;
- 2- Tramite l'ausilio di un interprete professionale, specializzato in campo medico;
- 3- Con l'aiuto di così detti interpreti “ad hoc”, ovvero familiari, amici, conoscenti dei profughi stessi, prestati per l'occasione a questo tipo di incarico (metodologia che comunque solleva non pochi problemi etici).

Nello studio di Bischoff oltre all'analisi dei questionari somministrati ai profughi, è stato valutato da parte del personale infermieristico il livello di reciproca comprensione linguistica secondo tre gradienti di giudizio: adeguato (riportato nel 54% dei casi), parziale (27%) e inadeguato (18%).

È interessante notare come le maggiori difficoltà nel caso di qualità della comunicazione giudicata come parziale o inadeguata, avessero riguardato i problemi legati alla sfera emotiva e psicologica (reazioni post traumatiche a diversi eventi) mentre la capacità di trasmettere/recepire problemi della sfera più propriamente fisica rimanesse buona anche nel caso di livelli di comunicazione giudicati parziali o inadeguati.

Un altro dato molto significativo riguarda il ruolo dei diversi mediatori linguistici alla comunicazione: interpreti professionali, interpreti ad hoc e infermieri dotati di competenze linguistiche.

Se da una parte può essere del tutto comprensibile la difficoltà registrata a riferire eventi

traumatici di fronte ai propri congiunti, meno attesi sono i problemi insorti a causa di traduzioni errate.

Secondo l'indagine in questa problematica si è incorso di frequente anche nel caso di patologie fisiche e sono caduti in errore non solo parenti/interpreti improvvisati, ma anche gli infermieri stessi, talvolta anche perfettamente bilingui, nel caso non avessero ricevuto una formazione specifica nel campo dell'interpretariato medico o della mediazione linguistica.

Gli autori giungono alla conclusione che, spesso, quanto viene risparmiato con il mancato utilizzo di interpreti professionisti viene poi speso, con gli interessi, a causa di diagnosi errate per la scorretta interpretazione di quanto riferito dal paziente.

L'ambito delle "barriere" che si possono frapponere tra l'operatore e la persona sono molteplici. Vale la pena soffermarsi sulla comunicazione in quanto è frequentemente citata nell'ambito dell'assistenza infermieristica tra autoctoni e stranieri.

La comunicazione è uno dei mezzi per l'espressione della propria cultura e ricopre un notevole ruolo nell'ambito sanitario.

Nell'articolo "Le dimensioni culturali della professione infermieristica - 2008", Colasanti e Geraci offrono un contributo in ambito transculturale affrontando il problema della comunicazione tra l'operatore sanitario e lo straniero, proponendo l'analisi di cinque potenziali barriere di cui è necessario tener conto nella progettazione della presa in carico sanitaria:

1. Barriera prelinguistica - questo livello è riferito ai casi in cui i pazienti non verbalizzano i propri vissuti o per mancanza di consapevolezza o, più spesso, per la convinzione che questi non sarebbero accolti o comunque compresi dall'operatore. L'esempio classico in questo caso è quello dei disturbi mentali nei pazienti di origine africana.
2. Barriera linguistica: si tratta del livello di possibile incomprensione più immediato, ma non per questo privo di insidie.
3. Barriera metalinguistica: si tratta del livello in cui le parole assumono una valenza che va oltre il significato ristretto e propriamente detto, vestendosi di un ambito simbolico che può anche essere strettamente personale. E' il caso dei significati attribuiti a una particolare diagnosi, che possono dipendere dal vissuto personale di quella particolare malattia o

ancora al significato a essa attribuito nel paese di origine.

4. Barriera culturale: si tratta di tutti i tasselli che costituiscono l'identità propria di ciascuno di noi, un cumulo di stimoli provenienti dall'ambiente che vengono assorbiti fin da bambini di cui fanno parte le relazioni familiari, le norme sociali, i riferimenti religiosi, storici e mitici propri del luogo in cui si cresce. E' inoltre importante comprendere come le identità non rappresentino entità fisse e immutabili, anche se possono essere vissute, percepite o presentate come tali, bensì si tratti di entità mobili, tanto più nel caso di singoli individui che sperimentano situazioni di dislocazione geografica.

5. Barriera metaculturale: si tratta degli aspetti più consapevoli delle culture in quanto dichiarati e resi visibili da pratiche come ad esempio le prescrizioni seguite durante il mese di Ramadan da parte dei musulmani, le prescrizioni dietetiche proprie di molte religioni, il rifiuto delle trasfusioni di sangue da parte dei Testimoni di Geova e così via.

2.2.1.1 Area psichiatrica

Sono stati considerati gli articoli che studiano i problemi di salute dei profughi in area psichiatrica per dare una panoramica complessiva sui possibili ruoli dell'assistenza sanitaria nei casi in cui le persone manifestano profondo dolore mentale per le tragedie e le crudeltà a cui sono stati sottoposti nel loro percorso.

La condizione di profugo, sia per gli eventi che conducono alla migrazione forzata, sia per i percorsi stessi di fuga, sottopone gli individui a forti condizioni di stress psicofisico che possono condurre a manifestazioni di profondo dolore mentale. Il ruolo dell'assistenza sanitaria è stato affrontato in diversi studi di cui offriamo una breve panoramica.

Per quanto riguarda l'incidenza dei disturbi post-traumatici da stress, la depressione maggiore, o malattie psicotiche nella popolazione dei rifugiati è di riferimento uno studio pubblicato nel 2005 (Fazel, Wheeler, Danesh, 2005). Secondo questa analisi, basata sullo studio di oltre 7.000 soggetti provenienti da venti analisi su larga scala condotte in sette diversi paesi di accoglienza, la popolazione dei rifugiati potrebbe avere una probabilità fino a dieci volte maggiore di avere disturbi da stress post-traumatico rispetto alla popolazione generale di pari età in quegli stessi paesi.

Secondo gli autori “lo spettro di variazione tra salute mentale/malattia mentale tra i rifugiati si differenzia in grado e modo di essere rappresentato più che in una qualche misura di differenza assoluta rispetto alla popolazione nativa”.

Craig, Mac Jajua e Nusir nel 2009 presentano il risultato della revisione sistematica incentrata sull'incidenza dei problemi della sfera emotiva diagnosticata alle persone profughe. Il risultato ottenuto dalla revisione di 20 studi, pubblicati in sette nazioni differenti, evidenziando una percentuale di persone con disordine psichiatrico che varia dal tre all'ottantasei per cento. Si suppone che così grande differenza sia generata da due principali ragioni: da un lato il fatto che la maggioranza degli studi prende ad oggetto popolazioni specifiche e circoscritte per storia e provenienza, dall'altra le diverse metodologie di rilevazione e analisi dei dati.

Ancora Craig, Mac Jajua e Nusir evidenziano come sia di fondamentale importanza non avere un approccio diagnostico precipitoso ed essere molto prudenti nell'interpretazione dei sintomi. *“Sussiste infatti il rischio di patologizzare reazioni che potrebbero essere altrimenti viste come normali risposte umane ad eventi estremamente avversi”*.

Tra i possibili trattamenti vengono citati: sostegno tramite l'ascolto, assistenza pratica per quanto riguarda gli aspetti materiali e sociali dell'esistenza e qualora questi tipi di sostegno si rivelassero insufficienti è necessario intervenire con terapia psichiatrica di tipo farmacologico e psicoterapia.

L'efficacia di questo tipo di terapie è confermata dall'evidenza sebbene la maggioranza dei richiedenti asilo provenga da culture per cui l'idea di una terapia basata sul “parlare” risulti un concetto alquanto estraneo. Alcuni esperti mettono in discussione tale approccio ritenendolo non appropriato per culture diverse da quella occidentale.

In assenza di evidenze empiriche sui metodi di maggior efficacia gli esperti propongono di concentrarsi sui seguenti principi generali:

- 1- Adottare un approccio olistico - i problemi fisici e psicologici sono tra di loro interconnessi. Un esempio riguarda le vittime di tortura
- 2- Porre l'enfasi sul lato pratico – concentrazione su problemi pratici. Trovare un lavoro può avere effetti maggiormente benefici rispetto a una terapia basata sulla parola. Nel caso italiano si parla di terapia occupazionale visto che i profughi non

possono avere un contratto di lavoro subordinato ne autonomo.

3- Sviluppare una sensibilità culturale - tenere presente l'importanza dell'elemento spirituale e religioso per l'individuo

4- Mettere al centro l'esperienza del trauma - esperienze traumatiche sono comuni alla maggioranza dei profughi e non esiste un approccio standard, né un unico modo di reagire alle esperienze traumatiche sul lungo termine. Per questa ragione è necessario che il terapeuta investa il tempo necessario per la costruzione di un rapporto di fiducia con la vittima. L'obiettivo di condividere il trauma va raggiunto in maniera naturale e quotidiana evitando che sentimenti di vergogna rechino ulteriore dolore psicologico.

5- Gestire la psicosi ed altre malattie mentali gravi - l'insorgere di questo tipo di patologie può spesso comportare un periodo di ricovero attuato contro la volontà del paziente stesso. Il ricovero coatto può a sua volta richiamare esperienze dolorose di privazione della libertà personale sperimentate dal profugo nel suo percorso di arrivo in Europa.

2.2.2 Accesso ai servizi e cure

Affinché il sistema sanitario sia in grado di rispondere ai bisogni di salute della persona profuga, deve saper collaborare con le istituzioni, il terzo settore (inteso come strutture di accoglienza ed organizzazioni di volontariato – anche religioso) e professionisti ai quali è affidata a presa in carico sociale (Biglino e Olmo, 2012).

La revisione sistematica di Joshi et al., International Journal for Equity in Health 2013, propone una sintesi dei nodi cruciali e degli aspetti organizzativi di coordinamento messi in atto dai servizi sanitari per raggiungere un completo soddisfacimento dei bisogni di salute del profugo. I risultati sono:

1 - Cure primarie - Assistenza incentrata sulla persona sia nelle fasi acute che croniche degli eventuali problemi di salute emersi.

- Accertamento della condizione di salute all'arrivo, comprendenti l'identificazione di malattie infettive ed eventuali problemi di salute mentale
- Gestione di malattie in fasi acute o croniche, malattie mentali, malattie derivanti da

problemi psicosociali

- Accesso alla prevenzione primaria
- Accesso a strutture mediche specializzate
- Collegamenti con servizi sociali per accedere ad alloggi, occupazione, istruzione, o la consulenza legale.

2- Modello di presa in carico sanitario - Questo aspetto riguarda la continuità terapeutica fornita dal sistema sanitario attraverso la multidisciplinarietà. Varie figure sanitarie quali: medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali si organizzano in rete offrendo un servizio integrato in un continuum temporale.

3- Opportunità concrete di accesso al servizio - Gli elementi che caratterizzano questa area di interesse sono il rapporto tra l'offerta di prestazioni e la soddisfazione dei pazienti in termini di costi e di appropriatezza degli interventi, ma anche di raggiungibilità fisica.

4- Coordinamento delle cure – l'organizzazione dell'equipe che segue il percorso di accoglienza del profugo nei diversi servizi a cui fa riferimento, deve essere il frutto di una progettazione condivisa e organizzata. Il coordinamento efficace-efficiente degli operatori produce qualità della risposta ai bisogni di salute. Gli ambiti di interesse sono:

- Pianificazione della cura
- Comunicazione informale tra i lavoratori o i servizi
- Riunioni delle equipe
- Metodi ed obiettivi condivisi
- Coinvolgimento di servizi non sanitari, compresi i servizi linguistici di interpretariato

5- Qualità delle cure - questo aspetto è stabilito in base alla coerenza con i principi guida delle evidenze scientifiche ed è riassumibile nel fine di offrire prestazioni che producono il miglior esito di salute in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e con il minor consumo di risorse. Le cure proposte si devono basare su prove cliniche fornite dalla letteratura e devono essere tecnicamente e culturalmente comprensibili dall'assistito.

Il modello complessivo di qualità delle cure si completa nelle attività di prevenzione primaria e secondaria e può essere misurato in base al miglioramento dei problemi di salute della popolazione considerata.

6- Case Management - processo inteso come una strategia di pianificazione dei servizi volti

a soddisfare il bisogno di salute complessivo della persona. La gestione dei casi promuove il coordinamento delle risorse e la rete di attività seguendo indicazioni e protocolli.

Feldeman, avvalendosi del rapporto Primary Care Hounslow Trust disponibile on-line, della letteratura sui bisogni di salute dei profughi e raccogliendo informazioni attraverso interviste a direttori di servizi sanitari e sociali, vengono proposti una serie di servizi di assistenza che rispondano ai problemi di salute riscontrati nelle strutture di accoglienza.

I risultati degli studi effettuati convergono nel ritenere essenziali i seguenti punti:

- pieno accesso alle cure
- informazione adeguata ai servizi sanitari offerti
- valutazione della salute con approccio olistico
- necessità di accesso al servizio di interpretariato
- risposte adeguate ai problemi di salute mentale
- accesso a servizi specialistici per i sopravvissuti a torture e alla violenza organizzata
- consulenza per la promozione della salute

I servizi proposti riguardano la presa in carico dalle istituzioni del profugo, non solo nell'area sanitaria, ma anche in quella sociale per poter ottenere concreti miglioramenti nella riacquisizione dell'autonomia.

Per quanto riguarda l'aspetto della continuità delle cure, la figura professionale che principalmente viene descritta come la più idonea è quella infermieristica, sia per la competenza professionale nel rendere la persona autonoma nella gestione dei propri problemi di salute, sia per la capacità di fare da ponte tra le organizzazioni del terzo settore che ospitano la persona e l'apparato sanitario dedicato alle cure dei profughi.

Questo studio non ignora la componente del pregiudizio manifesta dagli operatori sanitari e sociali, quale forma di ulteriore ostacolo all'acquisizione della salute dei profughi, ricordando, senza consolazione, come questi ultimi non abbiano alcun potere di controllo sul fatto di suscitare negli altri sentimenti di diffidenza, di disinteresse o addirittura di repulsione.

A rafforzare l'importanza del ridurre gli effetti del pregiudizio, uno studio qualitativo svolto

in Inghilterra e pubblicato da Bhatia nel 2007, fa emergere le diffidenze e le paure dei profughi nel rivolgersi al sistema sanitario a causa dello stigma percepito.

I sentimenti di paura sono prodotti dallo stigma percepito che induce la persona ad allontanarsi dai percorsi terapeutici.

I risultati conclusivi sono stati ricavati attraverso interviste individuali ad un gruppo di profughi ospiti in una struttura di accoglienza, i quali hanno dichiarato di sentirsi discriminati a causa del loro status e di aver ridotto o escluso per questo la partecipazione ai percorsi terapeutici .

Per meglio comprendere il fenomeno, si sottolinea la scarsità di letteratura che metta al centro l'opinione ed il punto di vista del profugo, piuttosto che quella degli operatori sanitari. Si tende quindi a far prevalere le riflessioni degli studi condotti da sanitari, riducendo il ruolo della persona accolta “oggetto” di studio.

2.2.3 Sintesi della letteratura

L'accoglienza dei profughi si fonda su due principali obiettivi:

- sostenere la singola persona con misure di assistenza e di protezione
- favorirne attraverso un percorso condiviso tra l'equipe di lavoro e la persona la (ri)conquista della propria autonomia e indipendenza

Gli autori degli studi non hanno dichiarato chiaramente la tipologia del centro di accoglienza su cui si sono svolte le indagini, né hanno fornito indicazioni sugli obiettivi generali della struttura nei confronti dei profughi (il termine generico utilizzato è “centri per immigrati”).

Non è stato descritto il percorso delle persone giunte nelle strutture di accoglienza, né è stato indicato il profilo di salute all'arrivo. Solo nel caso degli studi italiani sono state indicate le tempistiche con le quali si sono effettuate visite di accertamento medico.

Non è sempre chiara la figura professionale che si ipotizza lavorare sugli interventi essenziali proposti per superare sia i problemi di salute che quelli di inserimento sociale.

In letteratura le indagini svolte da infermieri in contesti simili a quelli del caso proposto risultano scarse nell'ambito clinico, mentre l'ambito organizzativo che propone specifici modelli di presa in carico, è maggiormente considerato. Molti studi sembrano suggerisce

che le competenze infermieristiche siano idonee ad assumere un ruolo di coordinamento nelle equipe di lavoro (Joshi, 2013).

Gli articoli ed il materiale selezionato, hanno fornito un quadro sui problemi di salute più frequenti che si sono verificati nell'ultimo decennio nei centri immigrati nei paesi dell'Unione Europea.

Gli studi epidemiologici forniti dai centri di ricerca specializzati del sistema Sanitario Nazionale hanno indagato e studiato i principali problemi emergenti, fornendo una direzione a quello che sarà lo “studio di caso” preso in esame in questo elaborato. Le tre patologie più frequenti nei centri di accoglienza sono: infezioni respiratorie, disturbi gastro intestinali, disturbi psicologici post traumatici.

La letteratura selezionata è stata determinante nell'orientamento e nella costruzione dell'indagine sul profilo di salute dei profughi.

Gli articoli che trattano i modelli di presa in carico si riferiscono ad una serie di proposte-suggerimenti per prendere in considerazione tutti i bisogni del profugo in una visione, quindi attuazione, di attenzione agli aspetti di vita della persona dal punto di vista fisico, psicologico e sociale. Si ritiene che una presa in carico completa si attui con una serie di servizi alla persona volti al far superare gli ostacoli al benessere e quindi incentivando *l'empowerment*.

L'intervento sanitario, generalmente descritto, che affronta i problemi di salute di un profugo ospite in una struttura di accoglienza, ha bisogno di coordinamento tra i vari servizi sanitari coinvolti. Il rischio è la visione incompleta del processo di cura perdendo la capacità di rispondere ai problemi di salute della persona.

Le esperienze di modelli di presa in carico proposti dalla letteratura, non convergono in uno o in pochi modello di riferimento, ma espongono diverse modalità di assistenza integrata, probabilmente intrecciate alla legislazione del paese ospite e alle risorse economiche messe a disposizione dai governi centrali e regionali.

In estrema sintesi risulta che la presa in carico sanitaria di un profugo in una struttura di accoglienza deve essere multidisciplinare per l'eterogeneità dei problemi di salute che si presentano e per le caratteristiche con i quali si manifestano e che la figura infermieristica può svolgere un ruolo di coordinamento ed organizzazione dei percorsi terapeutici.

CAPITOLO 3

MATERIALI E METODI

3.1 Premessa

Le tappe dell'assistenza sanitaria – protocollo operativo

A tutt'oggi, non appena un profugo viene sbarcato nel territorio italiano, un mezzo di trasporto messo a disposizione dallo Stato, solitamente un autobus e se necessario un treno dedicato a trasporto speciale per i casi di emergenza, lo attende per condurlo nella provincia italiana di destinazione.

Gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale o di una Organizzazione Non Governativa, nel luogo di “sbarco”, secondo i protocolli dell'ASL territoriale, accertano se le condizioni di salute della persona permettano o meno un ulteriore viaggio verso i luoghi di accoglienza. Se la persona manifesta situazioni di urgenza o emergenza sanitaria, viene inviata tempestivamente nell'ospedale predisposto per ulteriori accertamenti.

Giunti nel comune di destinazione nel minor tempo tecnico possibile, le autorità sanitarie locali dispongono le prime visite di accertamento. Se l'esito della visita compiuta risulta privo di allarmi sanitari, allora il soggetto ottiene l'idoneità a soggiornare in una struttura di accoglienza; se invece venissero riscontrati problemi urgenti o di emergenza sanitaria, la persona verrebbe inviata al servizio idoneo.

La Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione Veneto, il 2 ottobre 2014 nel settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, ha divulgato il *Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso dei migranti*.

Le patologie sottoposte a sorveglianza e controllo sono: tubercolosi, poliomielite, scabbia.

Le procedure per lo screening della tubercolosi sono precisate nei flow-chart dell'allegato 5 (tratto da: protocollo regionale di cui alla nota 31/07/2014 prot. 327436).

La poliomielite viene diagnosticata con esame obiettivo del medico internista e successivamente viene proposto alla persona il vaccino. Eventi sospetti fanno scattare le procedure per la Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute attivo in tutte le aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere della Regione Veneto.

L'infestazione della cute provocata dall'acaro della scabbia, viene diagnosticata dal medico durante la visita di accertamento per l'idoneità all'alloggio ed eventualmente subito sottoposta al trattamento anti-scabbia come previsto dal protocollo per le altre malattie infettive sospette o accertate, contenuto nel manuale delle malattie infettive – Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica a livello aziendale – dalla sorveglianza al controllo delle emergenze. (tratta da: Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso dei migranti, 2014)

Il percorso assistenziale prevede anche un piano per l'immunoprofilassi. Tutti i profughi vengono sottoposti ad anamnesi prevaccinale, seguita dalla somministrazione dei seguenti vaccini: anti-poliomielite, anti-difterite anti-tetano, anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia. Alla persona viene fornito un “libretto vaccinale” con indicati i futuri richiami.

Anche se il protocollo non esplicita l'obbligatorietà alla vaccinazione e sottolinea l'importanza del riconoscimento precoce dei segni e sintomi di eventi avversi successivi alla vaccinazione, non è ben chiaro chi sia il destinatario del ruolo di sorveglianza sanitaria.

Contestualmente agli accertamenti sanitari, la persona viene aiutata a compilare la domanda di protezione internazionale descritta nel paragrafo 1.3. Una volta ottenuto il codice fiscale dall'agenzia delle entrate, la persona accolta ottiene il libretto sanitario con il quale può chiedere l'assegnazione di un medico di medicina generale.

La fase conclusiva degli accertamenti sanitari e la conclusione dell'iter burocratico sposta la competenza assistenziale sanitaria dalle istituzioni dell' U.L.S.S. al medico di medicina generale.

Questa breve descrizione ha illustrato il “percorso amministrativo” che tutti i membri del gruppo di persone campionato in questa indagine ha condiviso.

3.2 Disegno dello studio

Lo studio svolto, di natura quantitativa/osservazionale, con finalità descrittive, ha previsto due valutazioni. Una iniziale, corrispondente alla prima data di accertamento infermieristico e una finale, corrispondente all'ultima visita documentata. Fra le variabili raccolte sono stati rilevati i problemi di salute emersi fra la prima data di accertamento

infermieristico e l'ultima visita effettuata.

L'oggetto dell'indagine sono i problemi di salute dei profughi che hanno ottenuto l'idoneità all'alloggio nelle strutture di accoglienza e che quindi hanno superato positivamente gli esami di accertamento svolti dalla sezione ULSS competente prevista dal Protocollo Assistenza Profughi 2014 del 28 agosto 2014.

Sebbene esistano protocolli operativi per il controllo delle malattie infettive in relazione al grande afflusso di profughi provenienti dall'Africa e dall'Asia, non sono disponibili database che registrino tutti gli eventuali problemi di salute emersi nel periodo in cui sono ospiti nelle strutture di accoglienza.

Il primo passo è consistito nell'individuare le strutture idonee allo scopo dell'indagine. Sono stati selezionati quattro centri di accoglienza accreditati (cfr. paragrafo 1.4) dalla Regione Veneto che ospitano i destinatari di progetti di protezione internazionale.

Il luogo di indagine selezionato è stato quello del territorio corrispondente ai Comuni facenti parte dell'Azienda U.L.S.S.17: Monselice, Este, Battaglia Terme, Due Carrare. Le quattro strutture di accoglienza sono gestite dalla stessa cooperativa sociale.

In corrispondenza delle linee guida dell'Accordo Dublino, la società privata (cooperativa sociale) che si occupa della presa in carico (accoglienza e protezione) ha predisposto apposite equipe di lavoro composte da psicologo, educatore, mediatore culturale, interprete, operatore sociale, operatore legale.

I centri selezionati si sono dotati di un ulteriore supporto al percorso di assistenza dell'ospite: un infermiere libero professionista.

Il ruolo dell'infermiere è consistito nell'eseguire accertamenti infermieristici con scadenza mensile o "al bisogno", nel momento in cui fossero sopraggiunte improvvise condizioni di urgenza per nuovi arrivi.

I dati sono stati raccolti dalle cartelle sanitarie (contenenti le generalità della persona e gli accertamenti dei problemi di salute riscontrati).

La rilevazione dei problemi di salute dei profughi è stata ottenuta basandosi sull'analisi della documentazione clinica in possesso della struttura di accoglienza.

La fonte principale dei dati raccolti è la cartella infermieristica contenente i dati anamnestici registrati nella scheda di rilevazione (cfr. Allegato 2).

La fonte secondaria dei dati raccolti è stata la cosiddetta "cartella ospite integrata", che

raccoglie tutta la documentazione amministrativa afferente a ogni singolo ospite. In essa è contenuta anche una sezione riguardante l'assistenza sanitaria che può raccogliere: prenotazioni per visite specialistiche, documenti di accettazione al triage del pronto soccorso, documenti di dimissione da reparti ospedalieri, prescrizioni del medico di medicina di generale (per le visite di accertamento in ambulatorio).

3.3 Setting e campione

Nelle strutture di accoglienza in cui si è svolta l'indagine (Battaglia Terme, Monselice, Este, Due Carrare) nel 2014 sono stati ospitati complessivamente circa 350 persone profughe.

Criteri di inclusione nell'indagine:

- 1) Età superiore ai 18 anni
- 2) Documentazione clinica: da maggio 2014 a giugno 2015
- 3) Periodo osservato: data di arrivo del profugo e permanenza in struttura tra maggio 2014 e giugno 2015
- 4) Continuità: permanenza costante all'interno della struttura di accoglienza indagata
- 5) Area amministrativa: l'indagine ha coinvolto persone con tessera sanitaria emessa dalla U.L.S.S.17
- 6) Cartelle cliniche: solo cartelle sanitarie complete

Criteri di esclusione:

- 1) Anagrafico: età inferiore a 18 anni
- 2) Documentazione amministrativo/sanitaria non completa
- 3) Assenza di cartella infermieristica

Complessivamente sono stati selezionati 119 soggetti, ospiti nelle sedi di:

Battaglia Terme: 29 persone (24.4%)	Este: 15 persone (12.6%)
Monselice: 60 persone (50.4%)	Due Carrare: 15 persone (12.6%)

3.4 Variabili raccolte e scheda di rilevazione

Sono state raccolte 14 variabili per singola persona censita, suddivise in tre ambiti

d'interesse:

- A. Demografi
- B. Profilo Sanitario
- C. Accesso ai servizi sanitari

In assenza di una scheda di rilevazione validata in letteratura, che potesse rispondere alle domande formulate nell'obiettivo, è stata costruita una scheda ad hoc per indagare sulle seguenti caratteristiche (Allegato 2):

A Generalità:

1. **Età-genere-nazionalità:** questi dati sono raccolti nella *domanda di protezione internazionale*, denominata “C3”, che viene presentata alla Commissione Territoriale che ha in carico l’esame delle richieste di asilo. L'età viene riportata in numero di anni e non con la data di nascita, al fine di garantire la non identificabilità/anonimato dei soggetti.
2. **Regione geografica:** è stata adottata la divisione in macro regioni dello *Statistic Division* delle Nazioni Unite (cfr. Allegato 3).
3. **Data di accoglienza nella struttura:** il dato è stato tratto dal registro delle presenze degli ospiti delle strutture di accoglienza.
4. **Modalità di arrivo in Italia:** L'informazione è contenuta nella *domanda di protezione internazionale* “C3”.

B Problemi di salute:

Al fine di esprimere un linguaggio condiviso, la tassonomia delle malattie e dei problemi correlati utilizzata per compilare la scheda è quella proposta dall'International Classification of Diseases (ICD 10).

1. **Data prima valutazione:** questo dato è rilevato dalla cartella infermieristica (giorno/mese/anno).
2. **Anamnesi prossima prima valutazione:** sono stati riportati i problemi di salute raccolti dall'infermiere durante la visita di accertamento.
3. **Data ultima valutazione:** data (gg/mm/aaaa) in cui è stato effettuato l'ultimo accertamento infermieristico, desunto dalla cartella infermieristica.
4. **Anamnesi prossima ultima valutazione:** sono stati riportati i problemi di salute

raccolti dall'infermiere durante la visita di accertamento.

C Accessi a servizi sanitari

1. **Numero di ricoveri:** il dato è stato raccolto nella “cartella ospite integrata” ed indica il numero di ricoveri nelle strutture ospedaliere, da 0 a 10, indipendentemente dalla durata o dal problema di salute che ha portato all'ospedalizzazione.
2. **Numero accessi al pronto soccorso:** il dato è stato raccolto nella “cartella ospite integrata” ed indica il numero di accessi al pronto soccorso, indipendentemente dal problema di salute che ha richiesto l'intervento di emergenza.
3. **Numero accessi a visite ambulatoriali specialistiche:** il dato è stato raccolto nella “cartella ospite integrata” e indica il numero di visite specialistiche diagnostiche. Il numero di questi accessi non comprende gli esami di screening eseguiti contestualmente all'accoglienza in struttura.

La scheda di rilevazione è stata costruita usando il programma Google Moduli per tre ragioni: idoneità alle necessità di dati da raccogliere, semplicità nella costruzione della scheda, accesso gratuito e possibilità di lavorare in rete con un sistema di backup automatico dei file e dei dati che garantisce l'incolumità del dato.

La consultazione dei documenti è iniziata nel mese di maggio 2015 ed è terminata ad agosto 2015.

Per migliorare l'analisi del contesto sono stati effettuati colloqui di presentazione con alcune figure professionali operanti nella struttura, quali: psicologa, educatrice, coordinatrice degli operatori sociali, archivista.

3.5 Aspetti etici

L'accesso alla documentazione è stato autorizzato nel mese di giugno dalla segreteria didattica del Corso Laurea di Scienze Infermieristiche di Monselice-Padova e dalla struttura di accoglienza. Le persone censite non sono state intervistate.

A ogni persona è stato attribuito un codice numerico che permette l'anonimizzazione dei dati e il rispetto della privacy.

CAPITOLO 4

RISULTATI

4.1 Introduzione

Di seguito vengono riportati i principali risultati dopo l'elaborazione statistica per le tre aree di interesse (demografica, profilo sanitario, accesso ai servizi) della scheda di rilevazione presentata nel capitolo 3.

Per verificare la significatività statistica è stato utilizzato un test non parametrico di Wilcoxon. Il livello di significatività è stato fissato pari a 0.05. Per analizzare i dati e produrre i grafici è stato utilizzato il software R (versione 3.2.1).

In generale sono state riportate le frequenze assolute e frequenze percentuali. Gli indici statistici utilizzati sono la media e la deviazione standard (per variabili con distribuzione normale), oppure mediana e range interquartile per variabili non normali.

4.1.1 Caratteristiche socio-demografiche del campione

Le tabelle 4.1 e 4.2 sintetizzano i risultati dell'indagine nell'area socio-demografica.

Tabella 4.1

Variabile	Modalità	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale
Genere:	Uomini	112	94
	Donne	7	6
Regione di provenienza:	Africa occidentale	108	90
	Africa centrale	2	2
	Asia meridionale	9	8
Nazionalità	Bangladesh	9	7,6
	Congo	1	0,8
	Costa d'Avorio	4	3,4
	Gambia	30	25,2
		43	

	Gana	2	1,7
	Guinea	2	1,7
	Guinea Bissao	2	1,7
	Mali	23	19,3
	Nigeria	26	21,8
	Rep. CentroAfricana	1	0,8
	Senegal	18	15,1
	Togo	1	0,8
Età:	meno di 20 anni	23	19
	20 - 24 anni	37	31
	25 - 29 anni	41	35
	più di 30 anni	18	15
Tempo di permanenza (in giorni):	100-200	61	51
	200-300	33	28
	>300	25	21
Modalità di arrivo:	Acqua	119	100
	Terra	0	0
	Cielo	0	0

Tabella 4.2 Provenienza dei profughi in Italia nel 2014 a confronto con la provenienza dei profughi ospiti nella struttura di accoglienza

Nazioni di provenienza in Italia nel 2014	Frequenza (%)	Nazioni di provenienza al centro di accoglienza	Frequenza (%)
Nigeria	10.138 (15)	Nigeria	26 (22)
Mali	9.771 (15)	Mali	23 (19)
Gambia	8.556 (13)	Gambia	30 (25)
Pakistan	7.191 (11)	/	/
Senegal	4.678 (7)	Senegal	18 (15)
Altro	24.552 (38)	Altro	22 (19)

Il campione è costituito da 119 soggetti con una maggiore presenza di maschi 112 (94%) (Allegato 4 Figura F.2 - Distribuzione per genere).

Le nazioni più rappresentate sono Gambia, Nigeria, Mali, Senegal. La regione di provenienza prevalente è quella africana occidentale (90%), seguita dall'Asia meridionale 8%, mentre il restante 2% proviene da nazioni dell'Africa centrale.

L'età del campione varia fra 18 e 42 anni, ma si concentra maggiormente tra i 20 e i 28 anni (mediana 24 anni; IQR: 20-28 anni). Non c'è una differenza significativa di età per genere ($p>0.05$) (Allegato 4 Figura F.3 – Istogramma e densità dell'età).

La data di accoglienza è stata considerata per poter calcolare i tempi di permanenza in struttura, i quali indicano che tutti i soggetti sono ospiti da più di 100 giorni (tre mesi); il 21% del campione è ospite da più di 300 giorni.

Tutti i soggetti censiti hanno raggiunto la frontiera italiana per mezzo di imbarcazioni provenienti dalle coste dell'Africa del nord.

4.1.2 Caratteristiche cliniche del campione

I dati riguardanti i problemi di salute accertati dall'infermiere sono stati suddivisi in due gruppi, quelli rilevati al primo controllo e quelli evidenziati nel corso dell'ultima valutazione registrata.

Le persone alle quali è stato accertato alla prima visita almeno un problema di salute sono 80 (67%), mentre i casi in cui i problemi di salute sono risultati più di uno sono 51 (43%). Nell'ultima valutazione le persone con almeno un problema di salute erano 64 (54%), mentre le persone che ne avevano più di uno erano 15 (13%).

Tabella 4.3 Frequenza assoluta delle principali patologie alla prima e alla seconda valutazione.*

Prima valutazione	Frequenza	Seconda valutazione	Frequenza
nessun problema acuto	39	nessun problema acuto	55
congiuntivite	23	stipsi non specificata	10
manca di acqua per disidratazione	19	congiuntivite	9

infezione respiratoria con febbre	13	artralgia	9
stipsi non specificata	13	infezione vie urinarie	7
gastrite non specificata	12	infezione respiratoria con febbre	7
artralgia	10	gastrite non specificata	7
cefalea	9	dermatite	5
candidasi della bocca	8	disturbi del sonno di origine non organica	5
bradicardia sinusale non specificata	4	cefalea	3
disturbi del sonno di origine non organica	4	infezione respiratoria senza febbre	3
gingivite con ascesso	4	affanno	2
rinofaringite	4	gingivite con ascesso	2
diarrea	4	tendinite	2
dermatite	2	bradicardia sinusale non specificata	1
emorroidi	2	cataratta	1
infezione delle vie urinarie	2	colica renale	1
tachicardia sinusale non specificata	2	epatite A	1
ferita infetta arto inferiore	1	emorroidi	1
polimenorrea	1	manca di acqua per disidratazione	1
trauma ginocchio sinistro	1	follicolite	1
cisti sebacea infiammata	1	rinofaringite	1
Varicocele	1	tachicardia sinusale non specificata	1
lesioni cutanee non specifiche	1	pirosi	1
verruca piante del piede	1	otite esterna	1

*ogni soggetto poteva indicare al massimo tre problemi di salute.

Le persone che non hanno manifestato problemi di salute alla prima visita erano 39, mentre alla seconda erano 55, dato che evidenzia un miglioramento del profilo di salute generale.

Confrontando ulteriormente i due gruppi, quello di coloro che hanno manifestato almeno un problema di salute e quelli che non ne hanno denunciato nessuno, si evidenzia come al primo controllo le persone con almeno un problema di salute sono più del doppio di quelle sane (80 rispetto a 39) mentre al secondo controllo i due gruppi quasi si equivalgono: ovvero 55 persone sane versus 64 con problemi di salute.

I problemi di salute più diffusi alla prima valutazione sono congiuntivite (23 casi), mancanza di acqua per disidratazione (19 casi), infezione alle vie respiratorie con febbre e stipsi non specificata (13 casi ciascuno), gastrite non specificata (12 casi).

Nell'ultima rilevazione anamnestica i casi di congiuntivite rilevati sono passati da 23 a 9, mentre i casi di disidratazione sono passati da 19 a 1. I problemi di stipsi sono passati da 13 a 10, mentre i disturbi gastrici sono passati da 12 casi a 7.

I quattro problemi più diffusi nell'ultima valutazione sono stipsi (10 casi), artralgia (9 casi), congiuntivite (9 casi), infezione vie urinarie (7 casi).

Le infezioni urinarie alla prima visita sono state diagnosticate a 2 persone, mentre nell'ultima visita sono aumentate fino a 7 con maggiore interessamento della popolazione femminile.

L'alterazione del ritmo sonno veglia è stato un problema trasversale per tutti gli ospiti della struttura in maniera particolare nei primi giorni, mentre quattro soggetti hanno manifestato uno stato di sofferenza protratta.

I problemi di salute rilevati al primo accertamento sono più strettamente legati alla condizione specifica del viaggio di attraversamento delle frontiere (mancanza di acqua per disidratazione, infezione agli occhi), mentre al secondo controllo, oltre a un atteso miglioramento delle condizioni generali di salute con una riduzione di circa un terzo dei problemi di salute accertati (142 versus 82), i problemi rilevati sono, calcolate le percentuali, da ricondurre a fattori di adattamento e possibili spie di disagio psicologico. Ad esempio, se è vero che i problemi di sonno denunciati sono quasi uguali in termini assoluti, 4 alla prima valutazione e 5 alla seconda, ben diversa è la loro prevalenza se vista sull'intera coorte dei problemi rilevati: 2,8% al primo controllo (4 casi su 142 problemi di salute complessivamente denunciati), 6,1% al secondo (5 su 82).

Per la stipsi, 13 e 10 casi rispettivamente al primo e al secondo controllo, la prevalenza

risulta essere pari al 9,1%, al primo e a 12% al secondo controllo.

In conclusione è interessante notare come le patologie più frequenti (congiuntivite [23;9¹], mancanza di acqua per disidratazione [19;1], infezione respiratoria con febbre [13;7], stipsi non specificata [13;10], gastrite non specificata [12;7], atralgia [10;9], cefalea [9;3], bradicardia sinusale non specificata [4;1], disturbi del sonno [4;5], gengivite con ascesso [4;2], rinofaringite [4;1]) permangono in entrambe i controlli, mentre altri disturbi sono presenti in uno solo dei due. Nello specifico troviamo solo nella prima visita: candidasi della bocca (4), diarrea (4), ferita infetta (1), polimenorrea (1), trauma agli arti (1), cisti sebacea infiammata (1), varicocele (1), lesioni cutanee non specifiche alla pianta del piede (1), verruca pianta del piede (1). Mentre solo nella seconda abbiamo: infezione respiratoria senza febbre (3), affanno (2), tendinite (2), cataratta (1), colica renale (1), epatite A (1), follicolite (1), pirosi (1), otite esterna (1).

Condizioni frequenti al primo controllo, come diarrea e candidasi probabilmente collegate alle condizioni specifiche del viaggio spariscono nel secondo, mentre tutte le patologie con frequenza uguale a 1 presenti al primo controllo spariscono al secondo. Si tratta di problemi collegati a condizioni strettamente personali, come ad esempio i traumi, che lasciano posto al secondo controllo a condizioni altrettanto individuali, con frequenza uguale a 1, come ad esempio “colica renale”, “epatite A”.

4.1.3 Accesso ai servizi sanitari

Tabella 4.4 Accesso ad ambulatorio specialistico. Frequenze assolute e percentuali.

Modalità	Frequenza	Percentuale
Mai	73	61
1 volta	18	15
2 volte	15	13
3 volte	9	8
4 volte	1	1
5 volte	3	2

¹ Il primo numero si riferisce alla frequenza del disturbo al primo controllo, il secondo numero alla frequenza del disturbo al secondo controllo.

Tabella 4.5

Accesso al pronto soccorso. Frequenze assolute e percentuali.

Modalità	Frequenza	Percentuale
Mai	93	78
1 volta	19	16
2 volte	3	2.5
3 volte	2	1.5
4 volte	2	1.5

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari, il ricorso al ricovero ospedaliero è stato fortunatamente molto limitato, avendo riguardato solo il 4% del campione con 5 cinque ricoveri complessivi.

L'accesso ai servizi del pronto soccorso ha riguardato il 22% del campione, 26 persone in tutto che vi hanno ricorso una volta nel 73% dei casi, due volte nel 12%, tre e quattro volte entrambe l'8% dei casi, se prendiamo in considerazione esclusivamente il segmento di chi si è rivolto al pronto soccorso; osservando il numero complessivo degli ospiti possiamo vedere come il 16% si sia rivolto una volta al pronto soccorso, il 2,5% due volte, e l'1,5% per 3 e 4 volte, mentre il 78% non ha mai ricorso a questo servizio.

Il ricorso all'ambulatorio è stato invece più frequente avendo riguardato il 39% del campione, 46 persone in tutto che vi hanno ricorso una volta nel 39% dei casi, due volte nel 33%, tre volte nel 20%, quattro volte nel 2% e infine cinque volte nel 6% dei casi, prendendo in considerazione esclusivamente il segmento del campione di chi si è rivolto almeno una volta all'ambulatorio, mentre se prendiamo in considerazione le percentuali di accesso sul numero totale del campione troviamo che il 15% si è rivolto almeno una volta all'ambulatorio, il 13% due volte, l'8% tre volte, l'1% quattro volte e il 2% cinque volte mentre il 61% non ha mai ricorso a questo servizio.

I soggetti non hanno effettuato per la maggior parte nessun ricovero (96%), mentre hanno utilizzato l'ambulatorio (39%) o il pronto soccorso (23%) una o più volte.

È presente una differenza significativa per l'accesso alle strutture fra i due generi nel caso del pronto soccorso ($p=0.02$), mentre ciò non si verifica per l'accesso agli ambulatori o ai

ricoveri ($p>0,05$).

Per quanto riguarda l'associazione fra accesso alle strutture (e quindi affiancamento dell'infermiere al paziente) è stata generata una variabile dicotomica per l'accesso al pronto soccorso, all'ambulatorio o al ricovero che vale 0 se non c'è stato accesso e 1 se ci sono stati uno o più accessi alle strutture. È stato quindi effettuato un test esatto di Fisher per variabili dicotomiche.

Risulta significativa (anche se borderline) l'associazione fra miglioramento dello status e accesso all'ambulatorio ($p=0.08$), mentre non risulta ancora significativa l'associazione fra miglioramento dello status e accesso al pronto soccorso ($p=0.4$) né per l'accesso al ricovero ($p=0.5$). L'assenza di significatività è da imputare alla bassa numerosità del campione.

L'associazione significativa fra accesso all'ambulatorio e miglioramento dello status del paziente è un primo segnale dell'importanza della figura infermieristica nell'ambito del miglioramento della salute del paziente.

Tabella 4.6 Significatività Statistica

Accesso alle strutture fra i due generi: caso del pronto soccorso	$p=0.02$ ($p<0.05$)	C' è differenza significativa
Accesso alle strutture fra i due generi: caso di ricovero o accesso ad ambulatori	$p>0,05$	Non c' è differenza significativa
Miglioramento dello status e accesso all'ambulatorio	$p=0.08$ ($p<0.1$)	“Borderline”
Miglioramento dello status e accesso al pronto soccorso	$p=0.4$	Non c' è differenza significativa
Miglioramento dello status e accesso al ricovero	$p=0.5$	Non c' è differenza significativa

4.2 - Procedure raccolta dati

Come già specificato nel capitolo 3, le due fonti utilizzate per ricavare i dati sono la cartella infermieristica e la cartella ospite integrata .

Oltre al materiale cartaceo su cui sono stati raccolti la maggior parte dei dati, la ricerca si è avvalsa di “banche dati informatiche” contenenti parte della documentazione non ancora stampata ed archiviata.

I dati sull'età anagrafica degli ospiti delle strutture di accoglienza sono stati raccolti nella consapevolezza che la data di nascita riportata nei documenti ufficiali può non essere verificata per due diverse ragioni. La prima riguarda il fatto che nessun ospite è in possesso di documenti di identità forniti dal paese di origine, quindi le generalità sono di fatto auto-dichiarate, senza alcuna garanzia di veridicità. La seconda ragione è che molti profughi in effetti non conoscono con precisione la propria data di nascita e sono in grado di fornirne solo una ipotetica. Il sistema burocratico di registrazione anagrafica delle nascite rappresenta infatti uno dei molti legati del passato coloniale e non un dato ritenuto importante in quanto tale da molte comunità autoctone nei paesi di provenienza.

Nel divenire della crescente domanda di accoglienza, la cooperativa sociale che gestisce la struttura si è dotata della figura professionale infermieristica solo a partire da fine 2014 (cfr. capitolo 1).

La data della prima visita infermieristica presso la struttura di accoglienza risulta in alcuni casi molto lontana dal primo giorno in cui è stato ospitato il profugo, ciò è dovuto a ragioni tecnico-organizzative. Va tenuto conto del fatto che l'inserimento della figura infermieristica all'interno delle singole strutture non è avvenuto contestualmente all'inserimento della persona, ma solo successivamente e in maniera progressiva, man mano che la rete assistenziale prendeva forma.

L'attività di indagine è stata talvolta ostacolata dal problema del nome dell'ospite, così come riportato nei documenti. È capitato di trovare in un'unica cartella ospite integrata nomi diversi attribuiti alla stessa persona. In questi casi spesso non si tratta di errori di archiviazione, ma derivanti dal fatto che talvolta il profugo fornisce nomi diversi all'istituzione che ne chiede le generalità. Tale diversità può essere ad esempio generata dai

diversi sistemi di translitterazione da alfabeti “altri” (l’arabo ad esempio) al latino ed è cura degli operatori della struttura riconoscere l'appartenenza del documento a una precisa persona.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

5.1 Interpretazione critica dei risultati

Lo studio condotto ha fornito un quadro informativo sul fenomeno dell'assistenza sanitaria all'interno del processo di accoglienza e protezione delle persone profughe.

La bassa numerosità del campione ha inficiato la significatività delle stime di associazione tra l'intervento infermieristico e il miglioramento dello status di salute. Come mostra la tabella 4.6 la significatività calcolata è al limite.

Lo studio ha carattere osservazionale descrittivo, cioè non è stato definito un disegno caso-controllo che potesse testare con potenza statistica determinata a priori, eventuali differenze fra soggetti affiancati o meno da infermieri.

Sebbene i due principali limiti dello studio sono lo scarso numero di soggetti inclusi e la bassa significatività, è possibile approfondire alcune tematiche sintetizzando considerazioni supportate della letteratura consultata.

La descrizione del complesso socio demografico dei 119 soggetti inclusi nell'indagine, presenta aree di provenienza coerenti con le nazionalità che prevalentemente hanno fatto domanda di protezione internazionale in Italia nel 2014 (cfr. paragrafo 1.1 dati del U.N.H.C.R.).

La tabella 4.2 compara le nazionalità più frequenti di profughi: Gambia, Mali, Nigeria, Senegal e Pakistan. Solo quest'ultima non risulta tra le nazioni rappresentate all'interno del campione.

Quest'assenza si potrebbe spiegare con le diverse rotte migratorie che compie la popolazione pakistana.

Per quanto riguarda i primi otto mesi del 2015, i migranti giunti in Italia attraverso rotte marittime presentano un quadro di nazionalità diverso; le prime cinque nazioni di provenienza sono: Eritrea, Nigeria, Somalia, Sudan, Syria, quindi solo la popolazione nigeriana permane nel gruppo più numeroso (cfr. Allegato 6).

Il Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, in collaborazione con le Regioni, nel periodo che va dal 2011 al 2013 ha condotto un progetto di sorveglianza sanitaria nei centri di accoglienza per migranti. Il risultato delle osservazioni mostra che il 49% dei problemi ha riguardato l'apparato respiratorio, il 25% la sindrome da infestazione da scabbia, mentre i problemi gastro-intestinali hanno coinvolto il 22,6% della popolazione sorvegliata.

Il campione oggetto dello studio mostra le seguenti percentuali di frequenza per analoghe problematiche: infezione respiratoria con febbre 11% alla prima visita e 6% all'ultima, mentre il 10% di problemi a carico dell'apparato gastro-intestinale alla prima visita e 6% all'ultima.

Nessun caso di scabbia è stato rilevato nel campione e tale assenza è dovuta al probabile riconoscimento precoce della malattia durante l'iter diagnostico previsto dal Protocollo Regionale (Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso di immigrati 2 ottobre 2014).

Le persone profughe percorrono un preciso iter diagnostico prima di ricevere l'idoneità alla residenza in comunità e quindi tutti i casi di scabbia vengono trattati immediatamente dopo l'accertamento effettuato nei servizi ULSS competenti (cfr. paragrafo 1.3).

Un meno recente studio a cura del Centro Studi Emigrazione, in una pubblicazione del 2005 Migrazione, Salute, Cultura, Diritti, rileva i problemi più frequenti della popolazione migrante nei seguenti apparati:

- Respiratorio;
- Digerente/gastrointestinale;
- Osteo/muscolare;
- Tegumentario;
- Genito/urinario;
- Ostetrico/ginecologico.

Queste rilevazioni sono state utilmente verificate nell'indagine svolta nelle strutture, le frequenze nel primo accertamento e nell'ultimo hanno manifestato:

- 13 e 7 casi di problemi respiratori;

- 12 e 7 problemi digerenti;
- 10 e poi 9 problemi osteo-muscolari.

I problemi all'apparto tegumentario e genito-urinario vengono principalmente rilevati dopo un più lungo periodo di permanenza in struttura che si manifestano con 5 casi di dermatite e 7 casi di infezione urinaria all'ultimo accertamento infermieristico.

I problemi cutanei che più frequentemente si manifestano nelle persone profughe soccorse dopo un viaggio in mare sono (Simon, 2013):

- 1 Infezioni cutanee;
- 2 Lesioni da trauma;
- 3 Eczema;
- 4 Follicolite.

Questi disturbi vengono segnalati anche nell'indagine svolta sebbene con modesto interessamento che si esprime in 3 casi nella prima valutazione e 6 nella seconda.

In ambito di infezioni esterne a differenza degli studi selezionati, si rileva un gran numero di casi di infezioni agli occhi con 23 casi di congiuntivite alla prima visita e 9 alla seconda, ad indicare una importante presenza anche a seguito di interventi mirati alla soluzione delle infezioni.

I problemi derivati dallo sradicamento dalle proprie aree di origine può comportare disturbi acuti della sfera psichica e mentale. Si possono manifestare, già dai primi periodi di arrivo, sotto forma di “problemi somatici” come ad esempio problemi gastro-intestinali (Pfarrwaller e Suris, 2012).

Nell'indagine svolta sono stati segnalati casi di disturbo del sonno protratto per lungo periodo, 4 nella prima e 5 nell'ultima valutazione, che sono stati classificati come reazioni di adattamento, mentre non sono state segnalate reazioni di tipo psicosomatico.

Le diagnosi psicologiche e psichiatriche non sono presenti nelle cartelle infermieristiche.

A tutt'oggi non sono frequenti in letteratura indagini sull'accesso alle strutture sanitarie da parte dei profughi, e se effettuate, si concentrano esclusivamente nell'area dell'accesso ai ricoveri attraverso l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Secondo quanto dichiara lo stesso Ministero della Salute, lo studio degli accessi ad ambulatori è assente, mentre le indagini che riguardano l'accesso al pronto soccorso

includono in un unico macro gruppo la popolazione straniera decontestualizzando l'ambiente di provenienza.

Un'ulteriore obiettivo specifico dell'indagine ha lo scopo di misurare la frequenza degli accessi ai servizi sanitari per orientare riflessioni sul rapporto tra la presa in carico infermieristica e la necessità di rivolgersi a servizi sanitari esterni alla struttura di accoglienza.

Si suppone che la presa in carico infermieristica abbia determinato una bassa frequenza dell'uso dei servizi sanitari nel periodo osservato. Infatti il 73 % della popolazione osservata non ha avuto necessità di diagnosi o cura in ambulatori specialistici. Il 93% della popolazione non ha avuto necessità di rivolgersi a servizi di emergenza come il pronto soccorso, mentre i casi di ricovero ospedaliero registrati sono 5, ad ulteriore testimonianza di una ridotta necessità di intervento intensivo.

5.2 Il ruolo dell'infermiere nel quadro clinico di contesto:

Coerentemente con quanto sintetizzato nelle conclusioni della letteratura (cfr. paragrafo 2.3) e a fronte dell'analisi del fenomeno si giunge a considerare che la presa in carico infermieristica all'interno delle strutture di accoglienza sembra produrre:

- specifici programmi di prevenzione e presa in carico sanitaria individuale e di comunità;
- riconoscimento precoce di problemi di salute del singolo e della comunità;
- coordinamento e continuità delle cure con possibilità di fornire risposte in base alle risorse disponibili;
- promozione della qualità della vita;
- riconoscimento precoce di eventi di interesse di sanità pubblica.

Risulta di notevole interesse la revisione della letteratura proposta da Feldeman nell'articolo *Primary health care for refugees and asylum seekers* (2015), nelle conclusioni Feldeman propone un modello di presa in carico della persona profuga che mette al centro il ruolo infermieristico sia come potenziale coordinatore dell'assistenza integrata tra le diverse professioni coinvolte all'interno e all'esterno della struttura, sia nel contribuire a

fornire strumenti per l'ottenimento di esiti di autonomia nella gestione della propria vita.

5.3 Conclusioni per implicazioni per la pratica futura

A fronte degli sconvolgimenti geopolitici che hanno coinvolto vaste aree del continente africano, sud-asiatico ed est-europeo, milioni di persone sono fuggite e stanno fuggendo dai paesi natii per trovare rifugio lontano dai sanguinosi conflitti.

È prevedibile che flussi migratori di massa verso l'Europa siano destinati ad ingrandirsi. Questo perché le cause di fondo che operano e producono i movimenti migratori quali disuguaglianza sociale, disastri ecologici, conflitti bellici siano destinati a perdurare ed operare in profondità un cambiamento del panorama demografico continentale.

Il programma di salute 2014-2020 redatto dalla commissione dell'Unione Europea sulla salute (3rd Health Programme - 2014) evidenzia l'importanza che ogni nazione ospitante persone profughe, organizzi una risposta di accoglienza che tenga conto anche delle esigenze sanitarie e più in generale di salute.

Sebbene il Sistema Sanitario sia preparato per sostenere una completa ed idonea presa in carico delle persone accolte nelle strutture di accoglienza, diventa necessario rispondere alle emergenti domande di salute delle persone profughe, attuando strategie efficaci per una presa in carico mirata ed allo stesso tempo olistica.

Al mutare del fenomeno migratorio con arrivi massicci di persone profughe distribuite nei vari territori, la risposta dei Distretti del Sistema Sanitario Nazionale si dovrebbe adeguare attraverso nuove strategie organizzative per migliorare la *governance* del fenomeno.

Con questa ricerca si cerca di evidenziare che è necessario rivedere il modello di presa in carico della persona profuga nell'arco normativo che comprende accordi internazionali, norme nazionali, protocolli territoriali, inserendo una figura professionale specifica, quella dell'infermiere.

A partire dai fenomeni osservati in questa ricerca, si giunge alla conclusione che il ruolo dell'assistenza infermieristica sia quello di favorire (oppure si giunge alla conclusione che l'assistenza infermieristica abbia il ruolo di favorire) il percorso di ri-acquisizione della salute e della autonomia della persona intesa come capacità di raggiungere uno stato di benessere già dal primo inserimento nelle strutture di accoglienza. Risulta fondamentale

evitare il rischio di perdere l'opportunità di un inserimento sociale armonico ottenuto attraverso un percorso di presa in carico che consideri primaria la risoluzione dei problemi di salute.

Per rispondere alle giuste sollecitazioni dell'OMS (Sezione Europea) e alle nuove esigenze di integrazione socio sanitaria in fatto di assistenza alla popolazione accolta, si deve costruire un modello operativo che favorisca lo sviluppo progressivo dell'assistenza alla salute, investendo la figura infermieristica del ruolo per una migliore qualità di vita e di salute del singolo e della comunità di inserimento.

Risulta prioritario sostenere la sinergia tra i vari servizi sanitari offerti dal Sistema Sanitario Nazionale e l'infermiere inserito nella struttura. Questa collaborazione potrebbe essere in grado di perseguire due importanti finalità: la continuità assistenziale individuale e collettiva, ed il riconoscimento precoce di eventuali problemi di rilevanza socio sanitaria.

I benefici della continuità degli interventi rivolti alla salute riducono i rischi di peggioramento delle condizioni del singolo e della comunità, limitando i costi economici e sociali nel lungo periodo. Ad ulteriore sostegno dell'importanza della conoscenza dettagliata del profilo di salute delle persone ospiti nelle strutture, numerosi bollettini sulla Sorveglianza Sindromica promossa dal Ministero della Salute, sostengono l'assenza di emergenze sanitarie e ridotti allarmi là dove il riconoscimento precoce dei problemi di salute sono seguiti da immediati interventi.

Nelle conclusioni del rapporto sulle migrazioni 2006, si auspica ad un miglioramento dell'omogeneità delle informazioni relative all'assistenza di primo livello alla persona straniera, in funzione di ottenere anamnesi e diagnosi appropriate per programmare idonei percorsi assistenziali (Marceca, 2006). Si sottolinea l'importanza del flusso informativo sanitario per dare continuità terapeutica attraverso i vari servizi ai quali potrebbe accedere la persona.

Quando il privato sociale e gli apparati dei servizi sanitari si compenetrano per favorire il raggiungimento di obiettivi di salute, si crea un laboratorio culturale originale, i cui effetti è ancora prematuro analizzare approfonditamente, ma certamente interessante per il mandato sociale che investe queste due realtà. La cooperazione tra queste due realtà, nello sperimentare-individuare-promuovere approcci terapeutici può essere fucina di pensiero

per sistemi organizzativi capaci di fornire risposte di salute. (Geraci, 2005)

5.4 Limiti dello studio e spunti per ulteriori indagini

Le due fonti utilizzate per ricavare i dati sono la cartella infermieristica e la cartella ospite integrata (cfr. capitolo 3).

L'attività di indagine è stata talvolta ostacolata dal problema del “nome” della persona riportato nei documenti. È capitato di trovare in un'unica cartella ospite integrata nomi diversi attribuiti alla stessa persona. In questi casi spesso non si tratta di errori di archiviazione, ma bensì derivanti dal fatto che talvolta il profugo fornisce nomi diversi all'istituzione che ne chiede le generalità. Tale diversità può essere ad esempio generata dai diversi sistemi di translitterazione da alfabeti “altri” (l'arabo ad esempio) al latino ed è cura degli operatori della struttura riconoscere l'appartenenza del documento a una precisa persona.

I dati sull'età anagrafica degli ospiti oggetto di studio, sono stati raccolti nella consapevolezza che la data di nascita riportata nei documenti ufficiali può non essere quella reale per due diverse ragioni. La prima riguarda il fatto che nessun ospite è in possesso di documenti di identità forniti dal paese di origine, quindi le generalità sono di fatto auto-dichiarate, senza alcuna reale garanzia di veridicità. La seconda ragione è che molti profughi in effetti non conoscono con precisione la propria data di nascita e sono in grado di fornirne solo una ipotetica. Il sistema burocratico di registrazione anagrafica delle nascite rappresenta infatti uno dei molti legati del passato coloniale e non un dato ritenuto importante in quanto tale da molte comunità autoctone nei paesi di provenienza.

Il 100% del campione ha raggiunto le frontiere dell'Italia attraverso rotte marine, è quindi possibile che persone profughe che utilizzano altre percorsi come quello via terra attraverso le rotte dei Balcani, o mezzi come l'aereo, presentino problemi di salute diversi e correlati ai pericoli e rischi della rotta.

Emblematico è il caso dei bengalesi che raggiungono il territorio libico con voli di linea per poi intraprendere il viaggio verso l'Europa via mare.

L'indagine sugli accessi sanitari non ha tenuto conto della ragione dell'accesso, ma è stato registrato solo il numero di domande di assistenza. Sarebbe stato ulteriormente utile

esaminare i problemi di salute che hanno motivato la richiesta di accesso .

È risultato riduttivo comparare l'accesso ai servizi sanitari forniti dalla letteratura con quelli ricavati in questo studio. Da un lato non sono stati trovati articoli con studi su analoghi centri di accoglienza, dall'altro la varietà delle circostanze storiche e geopolitiche esprime una importante varietà di sistemi organizzativi dell'accoglienza.

Gli stessi centri di accoglienza in cui si sono svolte le indagini, rappresentano un'eccezione in quanto è già presente la figura dell'infermiere.

Uno degli ambiti assistenziali più studiati per descrivere il profilo di salute della popolazione straniera è l'ospedalizzazione, poiché l'analisi delle schede dimissione ospedaliera può essere utile per calcolare tassi e frequenze per provenienza, variabilità demografica, problemi di salute. Si ipotizza che la trascurabile frequenza degli accessi ospedalieri sia il risultato dell'effetto “filtro” compiuto durante i vari accertamenti previsti dal Protocollo Regionale, tuttavia l'ipotesi rimane tale in quanto non sono state svolte analisi che potessero verificarla.

BIBLIOGRAFIA

- Anci, Caritas Italiana, Fondazione Migrantes, Sprar UNHCR (2014) *.Rapporto di protezione internazionale in Italia.*
- Balsamo, F. (2006) Famiglie di migranti. *Carrocci Editore*. Roma
- Besozzi,E.,Colombo,M.,Santagati,M.(2012).Misurare l'integrazione nelle classi multietniche. Fondazione ISMU. Milano.
- Bhatia, R., Wallace P. (2007).Experience of refugee and asylum seekers in general practice: A qualitative study. *BMC Family Practice* (8-48).
- Biglino I.,Olmo A.(2012) La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino. *Laboratorio dei diritti fondamentali, Rapporti di ricerca LDF* n. 01/2012.
- Bischoff, A., Bovier, P., Rustemi, I., Gariazzo, F., Eytan,A., Loutan, L. (2003) Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social science & Medicine*.(57).503-512.
- Caritas, Dossier giugno 2015: Mari e Muri, Infinite barriere mortali per i migranti, A cura di: Francesco Soddu, Angelo Pittaluga, Silvio Tessari, Paolo Beccegato. Serie: Dossier Caritas con testimonianze, Giugno 2015.*
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. (2013) Rapporto 58. Sulla Sorveglianza Sindromica, Popolazione immigrata.*
- Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome. (2011). *Profughi: un vademecum sull'assistenza*. Disponibile in <http://www.regioni.it/home>.
- Convegno internazionale. Integrazione, conoscere, misurare ,valutare. (Roma, 2013). Ministero dell'Interno. Istituto Nazionale di Statistica. (1-153).
- Craig, T., Mac Jajua, P., Warfa, N. (2009) Mental health care needs of refugees. *Psychiatry*. (5). 405- 408.
- Fazel,M, Weeler, J., Danesh,J. (2005) prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. A systematic review. *Lancet*.(365) 1309-1314.
- Feldman, R.(2006) Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. *Public Health*.120, 809-816.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C e Parkin DM. (2010), Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008, *International Journal of Cancer*, vol. 127, pp. 2893-2917.

- Geraci S., El Hamad I., (2011), Accessibilità dei migranti ai servizi sanitari: luci ed ombre, in *"Italian Journal of Public Health"* (8).
- Geraci, S., Maisano, B., Mazzetti, M. (2005). La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. Un lessico per comprendere. *Migrazione, salute, cultura, diritti*. XLII. (157). 53-74.
- Geraci, S., Baglio, G., Burgio, A. (2014). Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. *Rapporto Osservasalute* 263-327.
- Guardoni, (2003) L'infermiere nella cooperazione internazionale. *Io infermiere*. (2)
- Heidelberg Institute for International Conflict Research (2014) *Conflict Barometer. Disputes, non violent Crises, Violent Crises, Limited Wars, Wars*. Heidelberg. Germany
- Joshi, C., Russell, G., Cheng, H.I., Kay, M., Pottie, K., Alston, M., Smith. (2013). A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International Journal for Equity in Health*. (12) 88.
- Ministero dell'Interno. Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione. (2015) *Manuale operativo per l'attivazione e la gestione dei servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale*.
- Manara, D.F. (2001). Il nursing transculturale. Eguaglianza, diseguaglianza, differenza. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. *McgrawHill Italia, Milano*. 529-549.
- Manneschi G, Crocetti E, Puliti D, Zappa M, Sacchetti C e Paci E. (2011), L'incidenza dei tumori in cittadini nati in Italia e in immigrati di prima generazione, *Epidemiologia e Prevenzione*, vol. 35, pp. 292-296.
- Marceca, M. (2007). La salute. Trattato dall'XII Rapporto sulle Migrazioni 2006 – *ISMU Franco Angeli*. 149-165.
- Ministero della Salute. (2014). *Conferenza sulla salute del Mediterraneo*. Roma 27-28 Ottobre 2014.
- Pfarrwaller E, Suris J.C. (2012), Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature, in *"Italian Journal of Public Health"* (9). 7529.
- Pomponio, G. Calosso, A. (2005) EBM e Metodologia della ricerca per le professioni

sanitarie. Edizioni Medico Scientifiche. Torino

Proietti, MG., Ricci, M., Buldrini, E., Marano, M. (2012) I bisogni socio-sanitari degli immigrati. *L'infermiere, Notiziario Aggiornamenti Professionali*. Disponibile in IPASVI <https://www.ipasvi.it>. Ultimo accesso 25/07/2015.

Rapporto Censis, (2013). I valori degli italiani. Il ritorno del pendolo. *Sintesi dei principali risultati*. Marsilio Editori.

Rapporto sulla protezione internazionale in Italia. (2014). *Global Trends* per l'anno 2013 dell'UNHCR (Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati) Anci et Ali. 186-189. *Protocollo operativo per il controllo delle malattie infettive e la profilassi immunitaria in relazione all'afflusso dei migranti*. Regione Veneto settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica. (2014)

Simon, A., Gautret P., Xavier, N., Ausset, P., De Pina, J., Demortie, E. (2013) Crossing the Gulf of Aden: Cutaneous infections in African migrant shipwreck survivors. *Travel medicine and infectious disease* (11) 431-434.

Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPAR). (2009) Guida pratica per i richiedenti protezione internazionale. Disponibile in <https://www.unhcr.it/sites> Ultimo accesso 22/07/2015

Stievano, A. (2006) Alle radici del nursing transculturale: il contributo di Madeleine Leininger, *Infermiere Oggi*. Roma. Gemmagraf Editore.

Strada, G., (1999) Pappagalli verdi. Feltrinelli Editore. Milano

Vanzetta, M. (2012) Migrazione e salute non sempre accessibilità fa il paio con integrazione *L'infermiere, Notiziario Aggiornamenti Professionali*. Disponibile in IPASVI <https://www.ipasvi.it>. Ultimo accesso 25/07/2015.

Wallerstein (2006) *what is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* World Health Organization. Copenhagen

Periodici

Emergency ; Report di attività 1994/2014, marzo 2015

Emergency; Giugno 2015

Normativa

Costituzione della Repubblica Italiana

Codice Deontologico 2009, Federazione Nazionale Collegio Infermieri, Consiglio Nazionale dei Collegi Ipasvi.

Profilo Professionale dell'infermiere, D.M. 739 14 settembre 1994, (Ultima revisione 17 gennaio 2009)

Legge n.722 del 1954 - Pubblicazione *Gazzetta Ufficiale* n. 196 del 27/08/1954

Decreto-legge n. 416 del 1989 Pubblicazione *Gazzetta Ufficiale* n.303 del 30/12/1989

Il regolamento di Dublino e la procedura di asilo in Italia. (2013) Conosci i tuoi diritti. Guida per i richiedenti asilo. *Fondo Europeo per i rifugiati*.

Regione del Veneto. Giunta Regionale. (2014). Nota Regione Veneto n 327436 del 31 luglio 2014. Sezione Programmazione Attuazione Sanitaria. Afflusso di profughi extracomunitari. Prime indicazioni tecniche.

Direzione generale prevenzione sanitaria (2009). La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. *Accordo Ministero della salute* . Regione Marche.

Decreto legislativo 25 luglio 1998 n 286, “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”.

Decreto legislativo n. 140/2005, attuazione della direttiva 2003/9/CE che stabilisce norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri

Sitografia:

www.cir-onlus.org/it/rifugiati/glossario Ultimo accesso 22 luglio 2015

www.sprar.it/index.php/rifugiati Ultimo accesso al 22 luglio 2015

www.camera.it/cartellecomuni/leg14/RapportoAttivitaCommissioni Ultimo accesso al 22 luglio 2015

www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/protezione-internazionale/commissioni-territoriali-riconoscimento-protezione-internazionale Ultimo accesso al 22 luglio 2015

http://www.cestim.it/argomenti/28rifugiati/2014_11_Rapporto_protezione_internazionale_in_italia.pdf; Ultimo accesso al 10 giugno 2015

http://www.cestim.it/argomenti/28rifugiati/2014_11_Rapporto_protezione_internazionale_i

[n_italia_Sintesi.pdf](#); al 10 giugno 2015). Ultimo accesso al 22 luglio 2015

<http://www.epicentro.iss.it/focus/sorveglianza/immigrati.asp> Ultimo accesso al 22 luglio 2015

<http://www.who.int/classifications/icd/en/> Ultimo accesso al 22 luglio 2015

http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_it.htm Ultimo accesso 21 settembre 2015

ALLEGATI

Allegato 1

Tabella A.1 - Sintesi dei risultati della letteratura

Autore, anno, titolo e rivista	Obiettivo e disegno dello studio	Setting e popolazione dello studio	Metodi	Risultati	Conclusioni
1- Joshi, C., Russell, G., Cheng, H.I., Kay, M., Pottie, K., Alston, M., Smith, (2013). A Narrative Synthesis of the Impact of Primary Health Care Delivery Models for Refugees in Resettlement Countries on Access, Quality and Coordination, International Journal for Equity in Health	L'obiettivo è di produrre una sintesi dei modelli applicati ai servizi sanitari per favorire l'accesso, la qualità delle cure e la continuità terapeutica alle persone profughe.	Persone profughe	Revisione sistematica	L'alta qualità delle cure alle persone profughe è determinata dalla formazione del personale sanitario, dalle attenzioni alla sensibilità alle culture altre e all'uso appropriato di interpreti.	La pianificazione e la formazione del personale sanitario deve apprendere modelli che si fondano su: coordinamento degli operatori sanitari, gestione di percorsi di salute individuali, interpreti e personale bilingue
2- Fazel, M., Weeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries. A Systematic Review. Lancet	Indagare sulla diffusione di episodi da stress post traumatico, disturbo da depressione maggiore e malattie psicotiche	Persone profughe	Revisione Sistematica	Sono stati selezionati 20 studi in sette paesi. Il totale dei soggetti per ogni studio è stato di 6743 persone. L'8-10% ha diagnosi da stress post traumatico, 4-5% soffre di depressione maggiore	Le persone profughe reinsediate nel paese di accoglienza hanno il 10% di possibilità in più di soffrire di stress post traumatico rispetto alla popolazione autoctona
3- Geraci, S., Baglio, G., Burgo, A. (2014). Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute	Studio epidemiologico sulla frequenza di tredici sindromi in 139 centri per immigrati. 5362 soggetti inclusi.	Persone profughe	Ricerca quantitativa	7314 sindromi rilevate di cui 49% infezioni respiratorie 25% infestazioni; 22,6 gastroenteriti	La sorveglianza sindromica è un valido strumento per prevenire rischi per la salute dei singoli e della collettività ospiti in strutture di accoglienza
4- Marceca, M., (2007). La salute. Tratto dal XII Rapporto sulle Migrazioni 2006 — ISMU Franco Angeli	Analisi delle prestazioni di ricovero a pazienti stranieri	Ricoveri ospedalieri in regime ordinario o day ospital	Studio quantitativo	Diagnosi principali uomini: apparato respiratorio 18%; apparato digerente 10%; stati morbosi mal definiti 12%; donne: salute riproduttiva 14% apparato genito urinario 13%; stati morbosi mal definiti 11%	Necessità di omogeneità di informazioni anamnestiche della persona straniera relativo al percorso di assistenza sanitaria.

5- Geraci, S., Maisano, B., Mazzetti, M. (2005). La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. Un lessico per comprendere. Migrazione, salute, cultura, diritti	Identificazione dei rischi di diseguaglianze nella pianificazione sanitaria nazionale	Migranti accolti in strutture sanitarie e di privato sociale	Studio osservazionale descrittivo	Si registra un più diffuso uso dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante	La presa in carico sanitaria della persona accolta in strutture di accoglienza deve perseguire obiettivi di miglioramento del benessere fisico, psichico e sociale e non solo orientato alla “cura” della malattia. Gli studi epidemiologici dimostrano l'importanza di integrare politiche sociali con quelle sanitarie
6- Convegno internazionale. Integrazione, conoscere, misurare ,valutare. (Roma, 2013). Ministero dell'Interno. Istituto Nazionale di Statistica	Studio degli indicatori che determinano il profilo di salute della popolazione straniera	Popolazione straniera regolarmente registrata in Italia	Studio qualitativo	Fattori di rischio che intervengono sulla salute della popolazione straniera sono: vulnerabilità agli effetti sulla salute dei fattori di rischio, l'adeguatezza del sistema di cure, vulnerabilità sociale alla esperienza di malattia; politiche sanitarie, accessibilità e fruibilità dei servizi	Gli indicatori di salute considerati nello studio, possono valutare la capacità di integrazione della popolazione straniera nell'ambito dei classici determinanti distali della salute
7- Simon, A., Gautret, P., Xavier, N., Ausset, P., De Pina, J., Demortie, E., (2013). Crossing the Gulf of Aden: Cutaneous Infections in African Migrant Shipwreck Survivors. Travel medicine and infectious disease	Indagare sui problemi cutanei rilevati ad un gruppo di sopravvissuti ad attraversamento del mare	Persone profughe africane	Indagine osservazionale descrittiva	I problemi principali rilevati dagli operatori sanitari durante i primi soccorsi sono: infezioni cutanee, lesioni da trauma, eczema, follicolite	I problemi cutanei risultano tra le priorità di intervento sanitario di emergenza
8- Bischoff, A., Bovier, P., Rustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., Loutan, L. (2003). Language Barriers between Nurses and Asylum Seekers: their Impact on Symptom Reporting and Referral. Social Science & Medicine	Determinare se le barriere linguistiche tra la persona profuga e l'operatore sanitario può provocare rilevanti problemi di comunicazione nella fase dell'accertamento dei problemi di salute	Persone profughe	Studio qualitativo con interviste strutturate a infermieri operanti in servizio nelle aree di degenza ospedaliera	La comunicazione tra infermiere e persona profuga è stata giudicata buona nel 37% dei casi, sufficiente nel 25%, scarsa nel 35% degli eventi.	È molto rilevante la percentuale di insuccessi nella costruzione di una comunicazione efficace. La figura professionale del mediatore linguistico con specializzazione in ambito sanitario è fondamentale per superare le possibili barriere

9- Craig, T., Mac Jajua, P., Warfa, N. (2009). MentalHealth Care Needs of Refugees. Psychiatry	Indagare sui bisogni di salute mentale di persone profughe	Persone profughe ospitate in strutture di accoglienza	Revisione della letteratura	Sono assenti studi empirici che dimostrino l'efficacia di specifici percorsi terapeutici, ma gli studi concordano nel ruolo fondamentale dei seguenti principi di approccio assistenziale: approccio olistico, problem solving, sensibilità culturale, presa in carico dei disagi psicologici, possibilità di racconto della propria esperienza, ricongiunzione con il proprio nucleo familiare	La maggior parte delle persone profughe desidera tornare nel paese di origine, nel frattempo va garantita la protezione dalle persecuzioni e successivamente favorito l'inserimento nel tessuto sociale ed economico del paese di accoglienza
10- Feldman, R., (2006). Primary Health Care for Refugees and Asylum Seekers: a Review of the Literature and a Framework for Services. Public Health	Determinare quali sono i servizi sanitari fondamentali per offrire assistenza primaria alle persone profughe	Persone profughe alloggiate in strutture di accoglienza	Revisione della letteratura integrata con interviste a professionisti coinvolti nel processo di protezione internazionale e assistenza sociale	Le persone profughe hanno bisogno di pieno accesso alle cure primarie, di essere informati sui servizi sanitari, di una valutazione della salute mentale e fisica, di risposte appropriate per i loro problemi di salute, di consigli sulla promozione della salute, di servizi specifici per le vittime di tortura, di un adeguato servizio di interpretariato	La letteratura consultata non esprime chiaramente i problemi di salute delle persone profughe e gli idonei interventi. Nella pratica sostanziale, la figura infermieristica è indispensabile per i comuni servizi assistenziali di base e per la pianificazione del processo di accoglienza
11- Bhatia, R., Wallace, P. (2007). Experience of Refugee and Asylum Seekers in General Practice: A Qualitative Study. BMC Family Practice	La letteratura a riguardo dei problemi di salute delle persone profughe non tiene sufficientemente conto del punto di vista dei rifugiati. Lo studio vorrebbe indagare sulle opinioni che i rifugiati hanno sulle cure primarie che ricevono	Rifugiati, richiedenti asilo ospiti in una struttura di accoglienza a Londra	Studio qualitativo semistrutturato con interviste	L'accesso alle cure risulta difficilissimo per chi non gode del riconoscimento del diritto di protezione internazionale. E' diffusa la preoccupazione per la riservatezza dei dati personali rispetto all'interprete. Si preferiscono sanitari che danno suggerimenti piuttosto che prescrizioni	Servono maggiori informazioni sanitarie alle persone profughe appena arrivate. Si ottiene maggiore aderenza alle terapie quando l'approccio dei sanitari è orientamento all'educazione terapeutica piuttosto. E' necessario rimuovere lo stigma associato alla condizione giuridica della persona

Allegato 2

Scheda di rilevazione

Generalità

1. Codice Persona

Generalità

2. Età

Generalità

3. Genere

Generalità

Contrassegna solo un ovale.

☐ uomo

☐ donna

4. Nazionalità

Generalità

5. Regione geografica

Generalità

Contrassegna solo un ovale.

☐ Nord Africa

☐ Africa Occidentale

☐ Africa Centrale

☐ Africa Orientale

☐ Africa del Sud

☐ Asia Occidentale

☐ Asia Orientale

☐ Asia Centrale

☐ Asia Meridionale

☐ Sud Est Asiatico

6. Data accoglienza in struttura

Generalità

Esempio: 15 dicembre 2012

7. Mezzo di arrivo in Italia

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ acqua
- ☐ cielo
- ☐ terra

8. Data prima valutazione

Esempio: 15 dicembre 2012

9. Anamnesi prossima (prima valutazione)

Problemi di salute

10. Anamnesi prossima (prima valutazione)

Problemi di salute

11. Anamnesi prossima (prima valutazione)

Problemi di salute

12. Data seconda valutazione

Esempio: 15 dicembre 2012

13. Anamnesi prossima (seconda valutazione)

14. Anamnesi prossima (seconda valutazione)

15. Anamnesi prossima (seconda valutazione)

16. Accesso al SSN

Ricovero

Contrassegna solo un ovale.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

[illegible]

17. **Accesso al SSN**

Visita ambulatoriale specialistica

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
visita ambulatoriale specialistica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. **Accesso al SSN**

Pronto soccorso

Contrassegna solo un ovale.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pronto soccorso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Powered by



Allegato 3

Figura F.1 Divisione geografica adottata dalla Nazioni Unite*



* United Nations geographical subregions; disponibile in:
<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>

Allegato 4

Figura F.2 Distribuzione per genere.

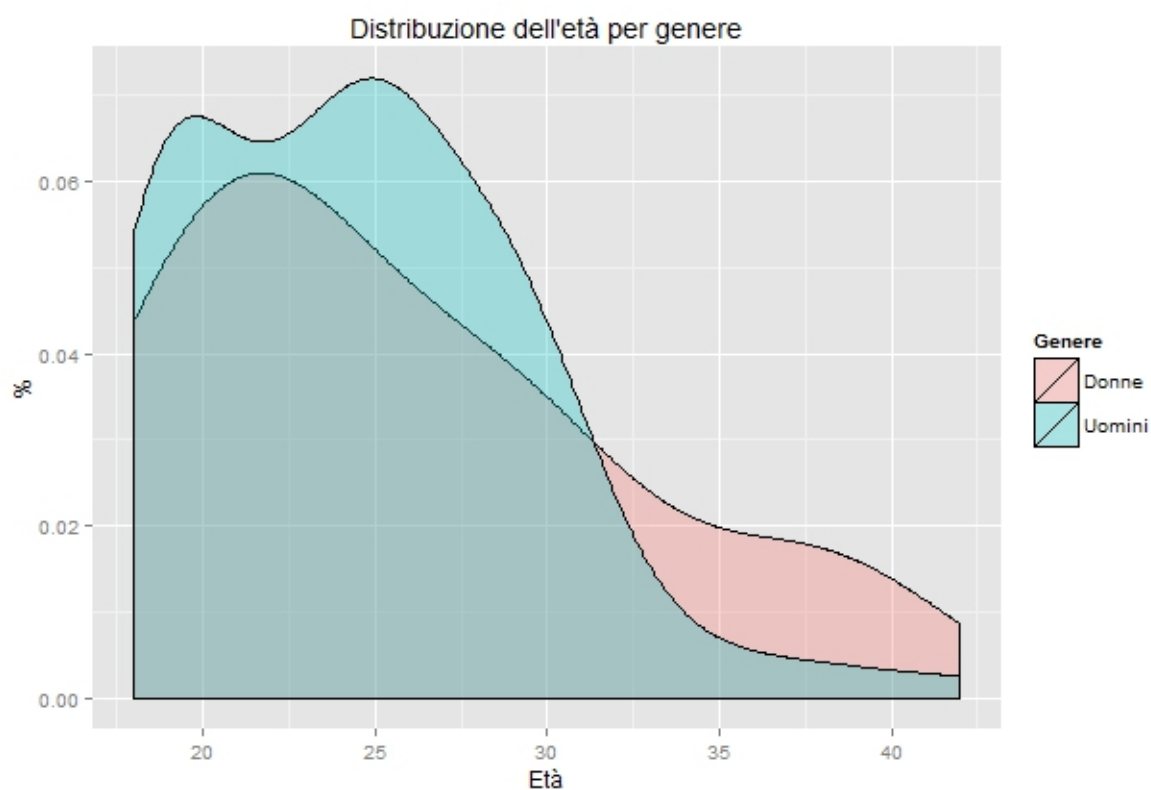
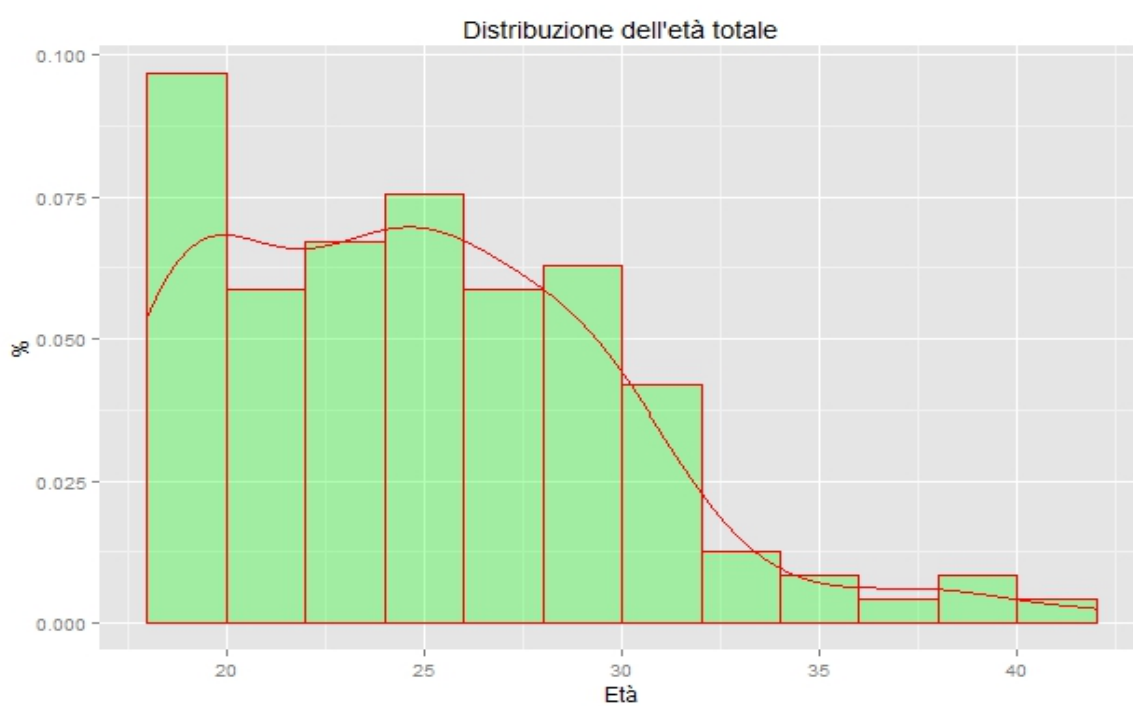


Figura F.3 Istogramma densità dell'età



Allegato 5

Figura F.4

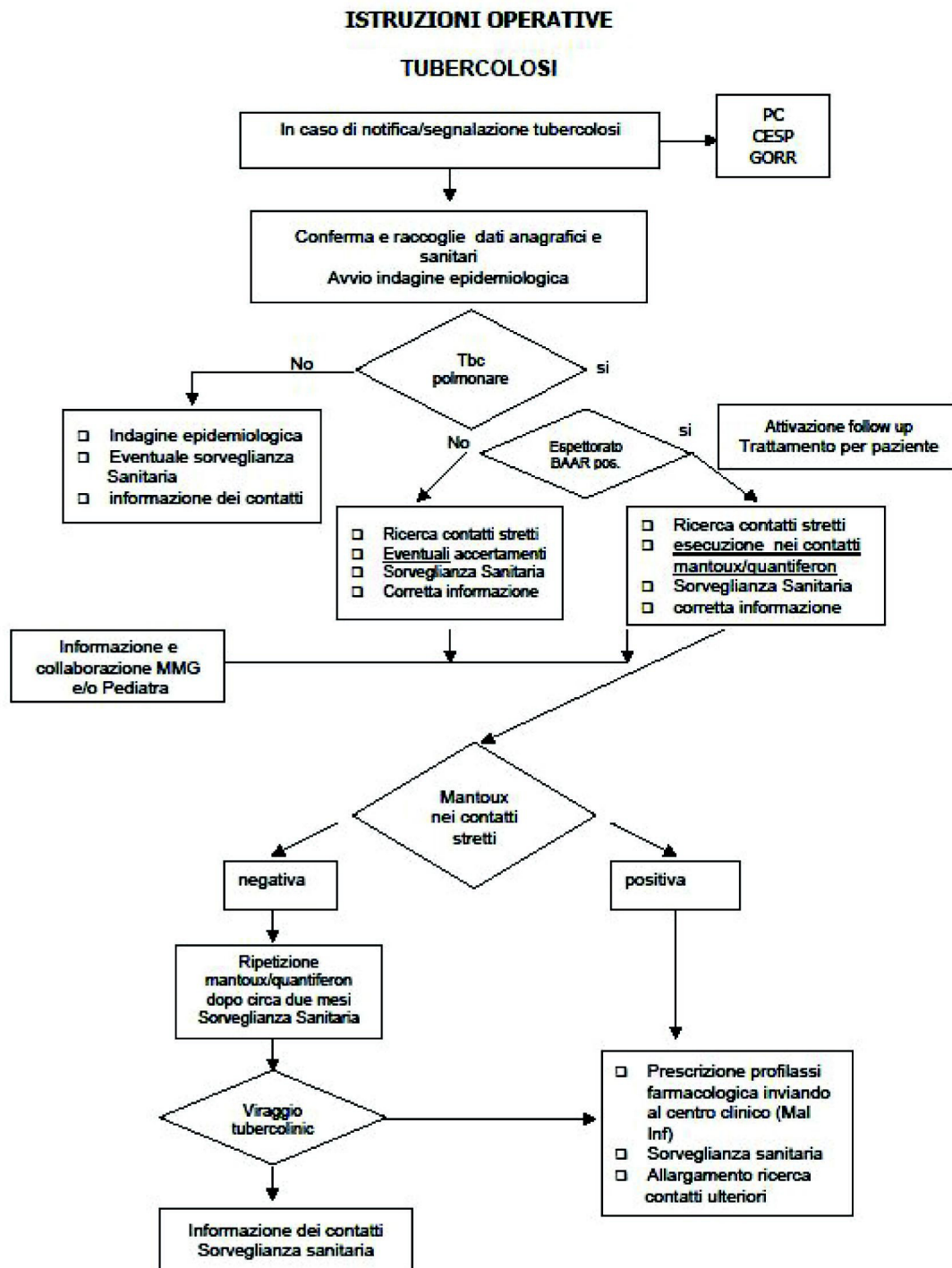
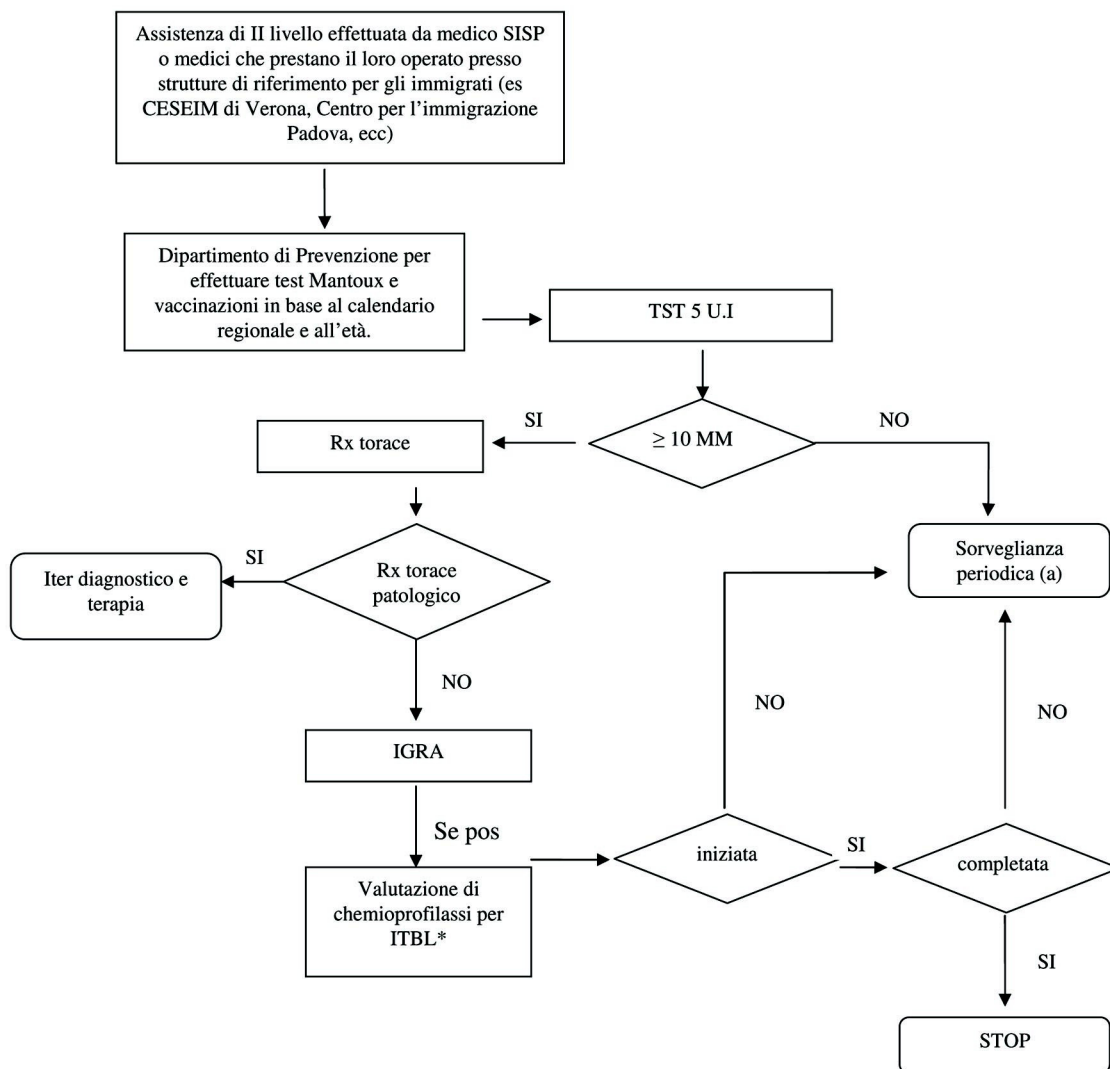


Figura F.5

FLOW-CHART SCREENING PER TB



(a)Controllo ogni 6 mesi per i primi 2 anni dall'ingresso in Italia.

Flow chart tratta e modificata da : Linee guida per il controllo della tubercolosi nella Regione Veneto. Anno 2007

*La valutazione si basa anche sulla durata della permanenza del soggetto

