

## TAVOLO 4 -

### BISOGNI SOCIO SANITARI

#### *Introduzione*

Rileggendo l'attuale sistema di presa in carico dei bisogni di salute delle persone migranti che sono ospiti in Toscana emergono diversi vuoti sia nel sistema dei servizi, sia nelle connessioni tra i diversi attori dell'accoglienza. Allo stesso tempo si sottolinea la mancanza di informazioni relative a buone prassi diffuse nel territorio toscano sul tema dell'accoglienza dei bisogni socio-sanitari delle persone migranti che, con poco sforzo, potrebbero essere messe a disposizione dei diversi territori, delle comunità locali e dei diversi attori del sistema per una fruttuosa disseminazione di strategie di fronteggiamento delle criticità che spesso sono comuni, soprattutto sul versante dei bisogni legati alla salute mentale.

La necessità emersa dal tavolo di lavoro è quella di fare uno sforzo di attivazione di un processo che parta da quanto già sperimentato dai territori che sono a loro volta diversi sia per qualità che per modalità di funzionamento. Il processo regionale potrebbe quindi consolidare le esperienze ritenute "buone prassi" da un gruppo di lavoro, una cabina di regia regionale che possa quindi avviare la **creazione di un vero e proprio modello di gestione integrata di risposta ai bisogni socio-sanitari delle persone migranti.**

*Facilitatori:  
Andrea Bilotti, Lapo  
Cecconi*



## TAVOLO 4 -

### BISOGNI SOCIO SANITARI

Per arrivare a tale obiettivo sono utili due strategie:

La prima riguarda la costituzione di una **cabina di regia** (che potrebbe essere identificata con il Centro di salute globale della RT) alla quale possono rispondere i diversi tavoli di lavoro peraltro già attivi nel contesto regionale (es. tavolo sulla cartella informatizzata). La cabina di regia dovrebbe riuscire ad integrare il livello sanitario con la rete (o il coordinamento) dei CAS della Toscana; La seconda strategia riguarda l'attivazione di specifici **protocolli di intesa** operativi e fattivi a livello locale tra **Comuni, ASL, Prefetture, Enti gestori**.

Il servizio sanitario nazionale, nel rispondere ai principi e alle prescrizioni sul tema dei diritti di salute, svolge una visita sindromica entro le prime 48 ore dall'arrivo della persona migrante per rilevare eventuali specifiche emergenze di salute pubblica, per poter intervenire tempestivamente ed in maniera efficace, controllando o quantomeno minimizzando gli effetti negativi. Di qui all'effettivo affidamento e presa in carico dei bisogni di salute della persona migrante da parte del SSN attraverso il medico di famiglia sembra non esserci una coerente filiera, capace di rendere chiari tempi, responsabilità, strumenti unitari per la gestione e il monitoraggio della situazione.

Se il gruppo ha trovato una convergenza sull'ottimale ambito di presa in cura dei bisogni di salute della persona migrante, ovvero la **Zona/Distretto**, per quanto riguarda invece i bisogni specifici relativi all'ambito della salute mentale (traumi psicologici e disturbi psichiatrici che possono emergere anche con il passare del tempo) lo spazio di attivazione e di presa in carico potrebbe essere quello dell'**Area Vasta**.

La **variabile temporale** è essenziale, questa deve essere certa e congrua con i bisogni di salute della persona, necessità che spesso non appartengono solo alla specifica area sanitaria. Anche per questo l'**approccio** dovrà necessariamente essere **multidisciplinare** e di livello avanzato rispetto a quanto viene fatto nei CSM che si rivolgono a bisogni generali con caratteristiche di universalità. I partecipanti al gruppo sottolineano che i bisogni di salute mentale della popolazione migrante hanno una componente specifica che deve essere presa in carico da professionisti adeguatamente formati o da equipe di professionisti con competenze diverse, capaci di distinguere i problemi di salute mentale in senso stretto da quelli meramente culturali.

## TAVOLO 4 -

### BISOGNI SOCIO SANITARI

Tra le altre attenzioni cui dare adeguato spazio nella riflessione e nella ricerca di soluzioni sistemiche si citano:

- la **continuità assistenziale** tra Ospedale e territorio;
- la continuità della **relazione di fiducia** tra operatore e migrante e le conseguenti assunzioni reciproche di responsabilità;
- una maggiore attenzione ai **fuoriusciti** dal sistema di accoglienza
- la questione della **perdita di residenza** che comporta la perdita della possibilità di entrare nell'albergo popolare e quindi la perdita del medico
- la costituzione di un elenco (**albo**) di **mediatori** formati con profili specifici.

A chiudere la riflessione possiamo citare la necessità di garantire un maggior coinvolgimento delle Università e delle competenze che vi insistono (si cita come possibile buona prassi la rete CARES dell'Università di Siena) e una adeguata proposta formativa che coinvolga non solo gli operatori delle strutture, nodo centrale del sistema di accoglienza diffusa, ma anche le professioni sanitarie e gli assistenti sociali.

## ***Raccomandazioni***

### **1 Uniformare i modelli di presa in carico**

- Consolidare di una **cabina di regia regionale** unica cui riferiscono i diversi tavoli già attivati (es. scheda informatizzata ARS) **integrata con il comparto sanitario** e con il coordinamento dei CAS, guidata dalla Regione.
- Validare un **nuovo modello di presa in carico dei bisogni di salute** dei migranti, ricucendo la filiera che parte dalla prima visita sindromica. Si ipotizza **un'equipe multiprofessionale** (mediatore interculturale, medici, antropologi, infermieri, psicologi, assistenti sociali, referenti locali del Centro di salute globale) a livello di Zona/Distretto, porta di accesso al SSN, capace di affiancare il lavoro dei medici di famiglia. L'equipe potrebbe, valutato il bisogno specifico, inviare il migrante verso percorsi preferenziali di secondo livello (es. SPRAR specifici, CSM, ...). L'equipe garantirebbe la sostenibilità di un modello già attivato per altri settori, l'implementazione di flussi informativi coerenti, la corretta gestione della privacy, etc..

## TAVOLO 4 -

### BISOGNI SOCIO SANITARI

- Definire un **documento di procedure uniche di intervento** (non più modelli ma un unico modello di azione) attraverso la partecipazione della comunità, degli operatori e dei soggetti che hanno titolarità dei servizi legati all'Accoglienza, dove inserire delle risposte ad una serie di casi e di esperienze concrete e validare un meccanismo di **comportamento condiviso** sul territorio regionale. Serve una programmazione chiara in quanto l'emergenza si possa trasformare in metodo di lavoro ad hoc per poter risolvere le problematiche che sono state evidenziate.
- Implementare metodi standard per la **rilevazione dei bisogni** concreti individuati dagli operatori e del sistema dei servizi.

Questo modello, (rappresentato dal documento di procedura unica) dovrebbe avere visibilità e trovare legittimazione all'interno della programmazione sanitaria integrata della Regione Toscana, quindi con una sua spazio dedicato e visibile.

## 2 Rafforzare il rapporto con il territorio

- L'ambito ottimale di gestione dei bisogni specifici di salute mentale può essere quello di Area Vasta. Rimane la necessità di ampliare comunque il set di momenti di **formazione specifica per gli operatori del comparto pubblico** (con l'aiuto di risorse provenienti da programmi europei) e la potenziale costituzione di Centri di salute mentale specifici, capaci di accogliere la popolazione migrante e di agire funzioni cliniche anche di comunità.
- Attivare procedure condivise per la gestione della **continuità assistenziale** tra Ospedale e territorio.
- Sostenere la programmazione locale zonale in modo da **aumentare l'offerta di SPRAR** rivolti a specifici bisogni di salute (es. salute mentale).
- Aumentare l'accessibilità dei servizi di consulenza e di presa in carico dei bisogni di salute mentale

## TAVOLO 4 -

### BISOGNI SOCIO SANITARI

#### 3 Qualificare gli operatori

- Costituire un apposito **albo/elenco regionale di mediatori interculturali** con specifica formazione nei diversi comparti (giuridico, sanitario, ecc.).
- Valorizzare le **reti con gli Atenei** della toscana per la formazione degli operatori e per specifici percorsi di ricerca/azione.
- Aumentare le proposte di **formazione specifica per gli operatori delle strutture**, per le professioni sanitarie e per quelle sociali, anche in collaborazione con gli ordini professionali.
- Porre maggiore attenzione alla **continuità della relazione** tra operatore che prende in carico la persona e i suoi bisogni e il migrante stesso, formalizzando le reciproche responsabilità, ora troppo delegate alle sensibilità del singolo.

#### 4 Intervenire sul sistema delle revoche

- Aumentare l'**attenzione verso coloro che fuoriescono** dal circuito del sistema di accoglienza, prevedendo un possibile **affiancamento** a cura degli assistenti sociali e dei mediatori interculturali.
- Risolvere la questione relativa alla **perdita della residenza** che è legata alla perdita dell'alloggio presso l'albergo popolare e la conseguente perdita del medico di famiglia.