



## PROGETTO FARI 2

# Analisi e proposte per servizi sanitari territoriali vicini ai bisogni dei rifugiati



**Autori: Giancarlo Santone e Dario Conato**







# Progetto FARI 2. Analisi e proposte per servizi sanitari territoriali vicini ai bisogni dei rifugiati

---

Giancarlo Santone e Dario Conato

## **Hanno collaborato:**

Simone Apollo, Silvia Capretti, Maria Guerra, Michela Liberti, Rocco Pezzillo, Giorgia Rocca.

## **Ringraziamenti:**

Unione Europea, Ministero dell'Interno, Protezione Civile, Prefetture del Lazio, UNHCR, UNICEF, Regione Lazio, Circuito di accoglienza CAS e SAI, COL tirocini Roma Capitale, Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio, Direzione Strategica e unità operative ASL Roma 1, ASL Roma 2, ASL Roma 4, ASL Roma 6, ASL Latina, ASL Rieti, ASL Frosinone, Centro Astalli, Cittadinanzattiva, Programma Integra, CeSPI, Caritas Roma, Comunità di Sant'Egidio, Croce Rossa Italiana, Comitato Scientifico del SaMiFo, Maiani Accademia Moda, A tavola con lo Chef, Parsec Agri Cultura, E-green, Gruppo di lavoro di progetto, il personale tecnico e amministrativo delle ASL, Progetto ICARE, Forum e associazioni del terzo settore.

“Progetto FARI 2. Analisi e proposte per servizi sanitari territoriali vicini ai bisogni dei rifugiati”

Stampato a Roma nel mese di Giugno 2023

Edito da: ASL Roma 1

Impaginazione e grafica: Simone Apollo

Stampa: Ste.graf Srls

Foto di copertina: Cecilia Fabiano

© ASL Roma 1 – Tutti i diritti riservati

# Indice

<b>Indice.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Introduzione .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Il progetto .....</b>	<b>19</b>
2.1 <i>La proposta progettuale .....</i>	19
2.2 <i>Com'è andata? I criteri di qualità .....</i>	22
Pertinenza .....	22
Efficienza .....	22
Efficacia .....	26
Sostenibilità .....	27
Impatto .....	29
<b>3. Metodologia del progetto FARI 2.....</b>	<b>31</b>
3.1 <i>Le tappe iniziali dell'intervento socio-sanitario .....</i>	31
3.1.1 Individuazione precoce .....	31
3.1.2 Presa in carico .....	34
3.2 <i>La mediazione linguistico-culturale .....</i>	35
3.3 <i>Un modello di intervento integrato e percorsi interdisciplinari .....</i>	37
3.4 <i>Formazione degli operatori .....</i>	38
3.5 <i>Accompagnare nel Servizio Sanitario Nazionale: alfabetizzazione sanitaria e orientamento.....</i>	39
3.6 <i>Percorsi terapeutici e prestazioni ambulatoriali complesse .....</i>	41
3.7 <i>Riabilitazione psichiatrica.....</i>	41
3.8 <i>Unità organizzative aziendali complesse e semplici dedicate ai migranti .....</i>	44

3.9 Reti territoriali .....	45
<b>4. L'impatto del progetto FARI 2.....</b>	<b>47</b>
4.1 Una proposta per la lettura dell'impatto.....	47
4.2 Il punto di vista degli utenti e degli operatori dei centri di accoglienza	49
4.3 Gli accessi ai servizi dal 2019 al 2021 .....	50
4.3.1 Gli ambulatori .....	51
4.3.2 Ricoveri per disturbi fisici .....	57
4.3.3 Ricoveri per disturbi psichici.....	62
4.3.4 Pronto soccorso e Primo Intervento.....	67
4.4 E se il progetto FARI 2 non ci fosse stato? .....	82
<b>5. Conclusioni.....</b>	<b>89</b>
<b>Appendice.....</b>	<b>93</b>







# 1. Introduzione

---

a cura di Giancarlo Santone

Le difficoltà di accesso e di utilizzo dei servizi sociosanitari riguardano maggiormente le persone svantaggiate e tra queste le persone migranti, in particolare i richiedenti e titolari di protezione internazionale (d'ora in poi RTPI), una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio Paese, generalmente per sottrarsi a persecuzioni e torture o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre durante il percorso migratorio sono sovente esposte a incidenti e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità del viaggio che si può concretizzare in situazioni di umiliazione psicofisica, sfruttamento, detenzione, violenze e aggressioni di varia natura, compresa quella sessuale, respingimenti, malnutrizione associate all'impossibilità di essere curati. I RTPI presentano una vulnerabilità psico-sanitaria che spesso si traduce in una maggior difficoltà di accesso anche ai servizi (ri)socializzanti e (ri)abilitativi, oltreché a quelli di assistenza e cura.

Il Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati) della ASL Roma 1 fornisce dal 2006 assistenza sanitaria competente a questa particolare popolazione. Sul piano dell'offerta, l'accoglienza integrata ha garantito la fruibilità e quindi l'equità di accesso ai servizi sanitari, facilitandone l'uso appropriato e favorendo l'individuazione precoce delle condizioni di maggior vulnerabilità. Inoltre, l'approccio "culture-and gender-oriented" ha permesso di superare pregiudizi sulle patologie, comprese quelle mentali, garantendo un sistema di servizi di accoglienza e presa in carico non neutro rispetto alle tematiche di genere. L'esperienza di questi anni si configura come una buona pratica di servizio pubblico che tutela la salute dei migranti forzati, arginando le disuguaglianze e favorendo l'equità nell'accesso ai servizi di assistenza.

La Regione Lazio ha individuato il Centro SaMiFo quale *“struttura sanitaria a valenza regionale per l’assistenza ai migranti forzati, nonché punto di riferimento anche per gli enti che operano per la loro tutela, in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale”* (det. n. G090086 del 22/07/2015). Il modello organizzativo del Centro SaMiFo viene ritenuto da esperti del settore, un esempio di eccellenza per l’assistenza di richiedenti asilo e rifugiati.

Da molti anni il Centro SaMiFo partecipa a progetti specifici finanziati con fondi nazionali, europei o internazionali.

Il progetto FARI 2 (Formare Assistere Riabilitare Inserire) è la continuazione di un percorso di riflessione e intervento sulla vulnerabilità psico-sanitaria dei RTPI iniziato con il progetto FARI<sup>1</sup>. La ASL Roma 1, capofila, ha contribuito al processo di rafforzamento delle competenze istituzionali e delle collaborazioni fra gli enti di tutela per offrire nuovi strumenti di azione. Altre ASL partner hanno recentemente istituzionalizzato unità organizzative complesse e semplici dedicate all’assistenza sanitaria e socio-sanitaria dei migranti, con personale e budget autonomi. Il progetto ha contribuito al rafforzamento dei servizi che saranno in grado di continuare le attività anche dopo la fine del progetto.

Il progetto FARI 2 si è svolto nel Lazio e ha coinvolto sette aziende sanitarie territoriali (Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6, Latina, Frosinone, Rieti). Inoltre nella coprogettazione sono stati individuati 4 partner con esperienza specifica nel settore di intervento: l’associazione Centro Astalli - Italian Jesuit Refugees Service - Cittadinanzattiva, Programma Integra e il CeSPI, Centro Studi di Politica Internazionale.

Il progetto - a valenza regionale, cofinanziato dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI/AMIF) della Commissione Europea nell’ambito dell’Obiettivo Specifico 1 - Accoglienza/Asilo - lett. c – Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza - Tutela della salute - Tutela della salute dei RTPI in condizione di vulnerabilità - ha avuto una durata di 42 mesi, dal 1 gennaio 2019 al 30 giugno 2023. Ha sviluppato interventi di assistenza

---

<sup>1</sup> L’esperienza del progetto FARI è presentata in Giancarlo Santone (a cura di), *Rapporto finale FARI – Formare Assistere Riabilitare Inserire*. Roma 2018. [https://www.asl-roma1.it/uploads/files/17\\_52\\_Rapporto.Finale\\_Progetto\\_FARI.pdf](https://www.asl-roma1.it/uploads/files/17_52_Rapporto.Finale_Progetto_FARI.pdf)

sanitaria, sociale e psicologica rivolti a RTPI favorendo il miglioramento nell'accesso ai servizi territoriali.

Il coinvolgimento del 70% delle ASL regionali ha permesso di sviluppare un modello diffuso di gestione, con procedure condivise e omogenee per l'assistenza, cura e riabilitazione di RTPI, nei territori interessati. Ha fornito risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale dei RTPI, anche minori, attraverso azioni di sistema, rafforzando o sperimentando modelli di intervento sanitari integrati anche per l'individuazione precoce e la presa in carico di pazienti affetti da disturbi fisici e psicologici. Tale azione si è realizzata presso i servizi ambulatoriali pubblici ma anche attraverso attività di *outreach* in continuità con il sistema di accoglienza. Le attività di prossimità sono state realizzate anche presso alloggi di fortuna, edifici occupati o luoghi di aggregazione, e hanno visto la collaborazione delle unità operative intra e inter ASL e fra queste ed enti e associazioni del Terzo Settore. Si è seguito un approccio multidimensionale, interdisciplinare e interculturale, un lavoro strettamente integrato fra sistema socio-sanitario, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, enti di tutela e Terzo Settore.

Particolare attenzione è stata rivolta alla certificazione medico-legale a supporto della domanda di protezione, al trattamento dei disturbi da stress post-traumatici, all'assistenza alle donne vittime di violenze e abusi (incluse le mutilazioni dei genitali) e dei minori stranieri anche non accompagnati, inclusa la determinazione dell'età.

Sono state elaborate e realizzate l'analisi dell'esperienza di assistenza sanitaria dei RTPI attraverso un audit civico e una verifica della *performance* dei servizi sanitari e di tutela della salute fisica e mentale presenti nel Lazio.

Attraverso azioni formative specifiche, in parte assorbite dal progetto ICARE<sup>2</sup>, sono state aumentate le conoscenze e competenze degli operatori delle ASL e dei centri di accoglienza, generando cambiamenti migliorativi nel sistema dei servizi correlati.

È stato garantito su tutti i territori interessati il servizio di mediazione linguistico-culturale, favorendo l'accesso ai servizi di RTPI e la loro adesione ai percorsi di cura e riabilitazione.

Infine il progetto ha favorito l'orientamento sanitario e la promozione della salute individuale dei RTPI ospiti dei centri SAI/CAS attraverso azioni

---

<sup>2</sup> L'esperienza del progetto ICARE è presentata in CeSPI (a cura di), *iCARE. Un approccio di sistema per la salute dei migranti*. Bologna 2022. <http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/241>

di alfabetizzazione sanitaria; ha inoltre promosso percorsi di acquisizione di specifiche competenze componibili in un portfolio individuale finalizzato all'inserimento lavorativo e all'autonomia.

Le attività messe in campo dal progetto FARI 2 sono in linea con quanto previsto dagli indirizzi ministeriali e regionali e in ottemperanza alle Linee Guida del Ministero della Salute per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari di protezione internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.

È utile ricordare che il processo di elaborazione delle linee guida nasce nell'ambito delle attività del Fondo Europeo Rifugiati 2008-2013 (come si chiamava prima dell'introduzione del FAMI), lo strumento per il finanziamento di progetti volti a migliorare gli interventi in favore delle categorie vulnerabili dei RTPI, determinando l'opportunità di costituire una rete nazionale di enti pubblici e del privato sociale impegnati in sperimentazioni territoriali sull'accoglienza e la presa in carico di migranti forzati vittime di tortura e di violenza estrema. Da questa rete sono nati un confronto e una riflessione condivisa fra tutti i partecipanti: la situazione italiana relativa all'accoglienza e alla riabilitazione delle vittime di tortura appariva caratterizzata dall'assenza di un piano nazionale che definisse strategie di azione, ruoli, funzioni e modalità di coordinamento dei vari servizi pubblici coinvolti (soprattutto le aziende sanitarie territoriali) nonché modalità con cui condurre un monitoraggio scientifico sul fenomeno.

Emergeva chiara la necessità che dai diversi progetti finanziati sul tema dell'assistenza alle vittime di tortura si arrivasse a un momento di verifica e di sintesi degli esiti raggiunti, con l'obiettivo di giungere ad una progettazione a regime dei servizi da garantire alle vittime di tortura o di violenza estrema. Inoltre, gli interventi realizzati fino a quel momento erano ancora esclusivamente centrati sull'organizzazione dell'accoglienza dei rifugiati e quindi di pertinenza esclusiva del Ministero dell'Interno: non veniva colta la rilevanza dell'intera materia sotto il profilo della tutela della salute individuale e collettiva che non aveva ricevuto specifica attenzione da parte delle autorità centrali sanitarie. L'esperienza realizzata nella rete "Lontani dalla violenza", in sintonia con altre positive esperienze, ha permesso di evidenziare come vada evitato l'inserimento delle vittime di tortura presso strutture di accoglienza e riabilitazione ad esse esclusivamente dedicate, dal momento che i percorsi di riabilitazione destinati alle vittime risultano ben più efficaci se realizzati in contesti caratterizzati dalla "normalità" delle

relazioni sociali degli interessati con la comunità territoriale. Nell'agosto 2010, a conclusione del progetto "Lontani dalla violenza", il comitato scientifico aveva fatto presente la necessità di giungere alla definizione di un programma nazionale che permettesse di affrontare in maniera organica la tematica della presa in carico delle vittime di tortura. Il percorso suggerito era la costituzione di un tavolo di lavoro tra il Ministero dell'Interno, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Università e della Ricerca, il Servizio Centrale del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR), l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) e altri soggetti interessati, tra cui i responsabili dei progetti che sulla tematica avevano apportato elementi di novità e realizzato sperimentazioni innovative<sup>3</sup>.

Un'opportunità importante si è presentata quando, nel 2013, l'Italia si è trovata nella necessità di recepire la direttiva europea 2011/95/UE "recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta"<sup>4</sup>. La direttiva, che prevedeva l'introduzione di uno strumento di programmazione delle attività e delle misure a favore dell'integrazione dei beneficiari di protezione internazionale, riservava un'attenzione molto specifica al tema della riabilitazione psico-fisica delle vittime di tortura o traumi estremi, così disponendo: "gli Stati membri forniscono adeguata assistenza sanitaria, ivi incluso se necessario, il trattamento dei disturbi psichici, secondo le stesse modalità previste per i cittadini dello Stato membro che ha concesso la protezione, ai beneficiari di protezione internazionale che presentano particolari esigenze"<sup>5</sup>. Si è ritenuto pertanto opportuno organizzare una conferenza nazionale dal titolo "Italia terra d'asilo. Accoglienza, assistenza, integrazione dei rifugiati: norme europee, pratiche territoriali innovative e proposte per un nuovo sistema nazionale condiviso", tenutasi a Parma il 30 novembre 2013. L'incontro, cui hanno preso parte anche la ministra per l'Integrazione Cecilia

---

<sup>3</sup> Comitato scientifico di "Lontani dalla violenza", RELAZIONE FINALE, Cap. 2 Raccomandazioni per una nuova programmazione nazionale e territoriale dei servizi di presa in carico e riabilitazione delle vittime di tortura o di violenza estrema, Parma, agosto 2010.

<sup>4</sup> Pubblicato sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea del 20 dicembre 2011, L. 337.

<sup>5</sup> Direttiva 2011/95/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 dicembre 2011 recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta (rifusione), art. 30.

Kyenge, alcuni rappresentanti del Ministero dell'Interno e Laurens Jolles, delegato UNHCR per il sud Europa, ha rappresentato l'occasione per avviare il processo di messa a sistema delle sperimentazioni realizzate fino a quel momento e per rappresentare agli interlocutori istituzionali i contenuti della riflessione condivisa.

Il pieno coinvolgimento delle autorità sanitarie è stato disposto nel decreto legislativo 21 febbraio 2014, n.18, *Attuazione della direttiva 2011/95/UE recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta*, che all'art. 27 comma 1-bis stabiliva: «Il Ministero della Salute adotta linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario da realizzarsi nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente». Lo strumento delle linee guida rispondeva alla riconosciuta necessità di fornire indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso percorsi per l'individuazione, la presa in carico ed il trattamento di vittime di violenza intenzionale e di tortura, in continuità con il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitaria.

Pertanto il 12 settembre 2014, con Decreto Dirigenziale del Direttore generale della Prevenzione, integrato con D.D. 12 maggio 2015, è stato istituito un Tavolo tecnico che coinvolgeva le seguenti organizzazioni: UNHCR, Associazione Medici contro la Tortura, Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL Parma, Caritas Italiana, Centro Astalli, **Centro di Salute per Migranti Forzati SaMiFo ASL Roma 1**, Conferenza Stato-Regioni con rappresentanti della Basilicata, della Campania, dell'Emilia-Romagna, del Lazio, delle Marche, della Sicilia, della Toscana e dell'Umbria, Consiglio Italiano per i Rifugiati, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti, Ministero dell'Interno, Ministero della Salute, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. Dopo un intenso lavoro preparatorio, il 24 aprile 2017 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministero della Salute *Linee guida*



*per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale con i relativi schemi per i vari interventi sanitari da compiere. Le linee guida, come descritto al momento dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome che ha preceduto il decreto ministeriale, hanno l'obiettivo di tutelare i RTPI in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del percorso di riconoscimento della protezione e ovunque siano ospitati, creando le condizioni perché le vittime di eventi traumatici possano effettivamente accedere alle procedure previste dalla norma e la loro condizione possa essere adeguatamente tutelata<sup>6</sup>.*

Le Regioni e Province Autonome dovranno implementare, contestualizzare e rendere operative le indicazioni ricevute: ad oggi sono poche quelle che l'hanno recepite. La prima è stata la Regione Lazio che, con la Delibera di Giunta Regionale nr. 590 del 16 ottobre 2018, *Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale*, ha ripreso il documento nazionale seguendone l'impostazione, richiamandone i principi e adattandone le indicazioni al contesto organizzativo regionale. Successivamente ne hanno decretato l'applicazione anche la Regione Toscana, la Regione Piemonte e la Regione Emilia-Romagna. Altre regioni o province autonome fanno riferimento alle linee Guida nei piani sanitari (Sicilia, Marche) o hanno messo a punto una modalità di presa in carico di migranti forzati vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica, torture fisiche o psichiche che indirettamente accoglie le indicazioni nazionali (Lombardia, Veneto, Trentino Alto Adige).

Attualmente, dunque, l'applicazione delle linee guida attraverso la strutturazione di servizi dedicati è ancora molto carente. In molti contesti territoriali non sono presenti percorsi per il riconoscimento e la riabilitazione di RTPI vittime di violenza intenzionale. Anche laddove si trovino delle figure di riferimento, sono scarsamente accessibili servizi di supporto, percorsi riabilitativi e di presa in carico di RTPI affetti da disturbi post-traumatici all'interno del servizio pubblico. In mancanza di strumenti capaci di interpretare la sintomatologia anche in chiave antropologica e culturale, spesso si fa ricorso a percorsi di medicalizzazione, con prestazioni non necessarie e

---

<sup>6</sup> Si veda M. Mazzetti, S. Geraci, *Immigrazione e salute mentale. Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale*, in F. Perocco (a cura di), *Tortura e migrazioni*, Venezia 2019, pp.395-396.

spesso non efficaci<sup>7</sup>. La programmazione FAMI 2021/2029 di imminente pubblicazione vedrà le Regioni e Province Autonome ammesse a presentare, come capofila, proposte progettuali sull'obiettivo specifico Salute. È necessario che gli interventi progettuali proposti siano coerenti con le Linee di indirizzo previste in materia dal Ministero della Salute e dalla Regione di riferimento, favorendone l'implementazione su tutti i territori interessati e valorizzando le esperienze pregresse o innovative.

Nel concludere questa breve introduzione all'esperienza del progetto FARI 2, desidero ricordare che, considerata la multiculturalità che caratterizza gli utenti che accedono ai servizi sanitari regionali - con usi, costumi e abitudini differenti - il servizio di mediazione linguistico-culturale del progetto ha favorito, attraverso la comprensione e la consapevolezza da parte dei RTPI dei propri diritti e doveri, il corretto accesso ai presidi sanitari aziendali, inclusi i percorsi di screening e promozione della salute, l'adesione ai progetti terapeutici, di cura e di riabilitazione, riducendo gli abbandoni e gli errori diagnostici. È auspicabile che tutte le ASL regionali si dotino del servizio di mediazione linguistico-culturale nelle sue varie forme (stabile, a chiamata telefonica o urgente) così come ha fatto la ASL Roma 1 che ha recentemente pubblicato l'atto di aggiudicazione della procedura aperta espletata per l'affidamento del servizio di accoglienza e mediazione culturale presso le sue sedi. Importo complessivo di aggiudicazione biennale € 1.061.402,93 comprensivo di IVA e oneri della sicurezza (Del. 376 del 28 marzo 2023).

---

<sup>7</sup> Progetto Footprints, *Report sull'analisi territoriale delle criticità e delle risorse. WP2-Coordinamento degli interventi territoriali*, a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, 2019. pp. 89-90. [https://progettofootprints.it/pdf/documenti-nazionali/FOOTPRINTS\\_Report%20WP2\\_Task%201\\_stampa.pdf](https://progettofootprints.it/pdf/documenti-nazionali/FOOTPRINTS_Report%20WP2_Task%201_stampa.pdf)

## 2. Il progetto

---

### 2.1 La proposta progettuale

Il progetto FARI 2 costituisce un ampliamento su scala regionale laziale del progetto FARI – Formare Assistere Riabilitare Integrare, che era stato realizzato per un periodo di 27 mesi dalla ASL Roma 1 – con la partecipazione di alcune organizzazioni del “privato sociale” – dall’ottobre 2016 al dicembre 2018.

Il progetto FARI 2 ha avuto un finanziamento di € 3.294.367,64 dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione 2014-2020 (FAMI/AMIF), uno strumento dell’Unione Europea specificamente volto all’integrazione di persone che posseggono un permesso di soggiorno per protezione internazionale o ne hanno fatto richiesta e sono in attesa dell’esito. Così come il precedente progetto FARI, il progetto FARI 2 è stato finanziato nel quadro dell’Obiettivo Nazionale 1 del FAMI/AMIF: Accoglienza/Asilo - lett. c - Potenziamento del sistema di prima e seconda accoglienza - Tutela della salute<sup>8</sup>.

Le risorse di tale Fondo devono essere interamente spese per questa categoria di utenti e gli indicatori di realizzazione e i risultati sono esclusivamente rilevati in termini di servizi prestati a richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI). È tuttavia evidente che le strutture e i servizi sociosanitari costruiti e rafforzati attraverso FARI 2 hanno permesso – attraverso il contributo anche di professionisti sociosanitari esterni al progetto - di ampliare l’offerta complessiva di salute a ogni segmento di popolazione.

---

<sup>8</sup> Il programma FAMI/AMIF si articola in una componente gestita direttamente dalla Commissione Europea e una componente gestita a livello nazionale da ciascun Paese che impegna un cofinanziamento dello stesso ammontare del contributo riconosciuto al Paese. Nel caso dell’Italia questa componente è indicata come FAMI ed è cofinanziata attraverso il Ministero dell’Economia e delle Finanze. L’autorità responsabile dell’esecuzione del programma su scala nazionale è In Ministero dell’Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l’Immigrazione.

Alcune ASL hanno già iniziato a operare per consolidare questi cambiamenti. La ASL Roma 1 - grazie all'articolo 20 comma 2 della L.n. 75/2017<sup>9</sup> - ha stabilizzato personale precario inizialmente arruolato con fondi di progetto - due mediatori linguistico-culturali (unico esempio in Italia), una psicologa, un assistente sociale, una tecnica di abilitazione psichiatrica - oltre ad aumentare l'organico con l'assunzione o il trasferimento di personale sanitario quali una psichiatra, un'infermiera, una ginecologa. Le ASL Roma 2 e Latina hanno ampliato le proprie attività attraverso l'attivazione o il rafforzamento di unità operative complesse dedicate alla tutela della salute dei migranti.

Oltre a sette Aziende Sanitarie Locali (ASL) del Lazio (Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6, Frosinone, Latina e Rieti), il progetto FARI 2 ha avuto tra i suoi partner anche alcuni organismi della società civile: il Centro Astalli, legato da un accordo strategico con la ASL Roma 1 per la creazione e la gestione del Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati) - ha messo a disposizione proprio personale specializzato nella mediazione linguistico-culturale, nell'individuazione precoce delle vulnerabilità e nell'orientamento e nell'alfabetizzazione sanitaria; l'associazione Cittadinanzattiva, ha realizzato studi sulla domanda di salute da parte dei RTPI; il CeSPI ha curato il monitoraggio dell'offerta di servizi ai beneficiari del progetto da parte delle ASL; Programma Integra ha fornito assistenza tecnica alla gestione amministrativa e ha coadiuvato la ASL Roma 1 nella segreteria del progetto FARI 2 e del Centro SaMiFo.

L'obiettivo generale del progetto FARI 2 è stato fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale, anche minori, attraverso azioni di sistemanei territori delle sette ASL laziali partecipanti, secondo una logica di intervento sanitario integrato.

Gli obiettivi specifici comprendevano:

- l'individuazione precoce e la presa in carico dei RTPI e dei minori stranieri (anche non accompagnati) nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- l'attivazione e il rafforzamento di modelli di intervento sanitario integrati, anche con l'ausilio di mediatori linguistico-culturali;

---

<sup>9</sup>[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=20&art.versione=1&art.codiceRedazionale=17G00089&art.dataPubblicazioneGazzetta=2017-06-07&art.idGruppo=9&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=0](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=20&art.versione=1&art.codiceRedazionale=17G00089&art.dataPubblicazioneGazzetta=2017-06-07&art.idGruppo=9&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=0)

- l'aumento delle conoscenze e delle competenze degli operatori delle ASL e dei centri di accoglienza regionali;
- l'orientamento, l'alfabetizzazione sanitaria dei RTPI;
- l'affiancamento dei RTPI affinché acquisiscano competenze in ambito lavorativo;
- Il monitoraggio (mediante una banca dati con registrazione dei beneficiari e dei servizi cui accedono) e l'analisi delle esperienze di assistenza sanitaria rivolte a RTPI al fine di valutare l'efficacia dei servizi sanitari territoriali. Monitoraggio e valutazione permettono di verificare l'evoluzione del progetto attraverso il sistema di indicatori.

Il metodo di lavoro si è basato su un approccio multidimensionale, interdisciplinare e interculturale, con una stretta collaborazione fra sistema socio-sanitario, enti di tutela e terzo settore nell'ambito della tutela della salute fisica e mentale dei RTPI.

Il progetto ha affrontato un tema centrale per la nostra società, essendo l'Italia uno dei Paesi europei coinvolti in prima linea nella gestione dell'emergenza e dell'accoglienza dei migranti forzati. Infatti la condizione dei rifugiati vittime di traumi estremi nel nostro Paese è tra le diverse vulnerabilità la più critica dal punto di vista dell'impatto sociale, perché si tratta di una condizione molto diffusa.

La letteratura scientifica evidenzia come i richiedenti e i titolari di protezione soffrano di gravi malattie in percentuali più elevate rispetto agli autoctoni mentre l'incidenza dei disturbi mentali risulta essere doppia rispetto agli altri migranti a causa dei traumi subiti nel Paese d'origine o durante il percorso migratorio, con uno stress continuo dovuto a una costante lotta per la sopravvivenza. Soprattutto nelle fasi iniziali, quando non parlano e non capiscono la nostra lingua, possono andare incontro ad accertamenti, cure e ricoveri inappropriati. Il disagio mentale dei migranti forzati e l'emergere delle vulnerabilità psicofisiche costituiscono evenienze che sottopongono i centri di accoglienza a tensioni organizzative e professionali perché possono rappresentare un ostacolo al rispetto dei tempi di accoglienza e alla realizzazione del progetto di autonomia e richiedono competenze tecniche e risorse umane e materiali che esondano dalla loro funzione statutaria e che richiede l'integrazione nella rete territoriale dei servizi sociosanitari. L'elevato afflusso di migranti forzati e le difficoltà delle ASL a prendersi cura di un'utenza con caratteristiche e bisogni specifici, hanno aggravato una situazione già di per sé critica. A fine 2021 erano ospitati nei circuiti dell'accoglienza a livello nazionale 78.421 richiedenti asilo, 6.813 dei quali (pari all'8,7%) nel Lazio.

Naturalmente la maggiore concentrazione del Lazio si manifesta a Roma con una disomogenea capacità delle ASL di rispondere ai bisogni di salute di questa fascia della popolazione.

Il progetto si prefiggeva di raggiungere 2.500 RTPI e minori stranieri, con una particolare attenzione verso le vittime di torture e violenze intenzionali, persone affette da gravi patologie fisiche e/o da disturbi mentali.

## 2.2 Com'è andata? I criteri di qualità

Il progetto è andato bene: lo dicono gli indicatori di risultato previsti dal documento di progetto, lo dice la verifica interna realizzata sulla base dei criteri di qualità solitamente utilizzati nella valutazione finale, lo dicono i dati dell'assistenza sanitaria prestata nelle sette ASL partecipanti ai RTPI.

Un'immagine complessiva di come "sia andata" è fornita dall'analisi dei classici criteri di valutazione, e cioè;

- Pertinenza
- Efficienza
- Efficacia
- Sostenibilità
- Impatto

### Pertinenza

Tutte le ASL hanno confermato la centralità dei temi affrontati dal progetto FARI 2: l'universalità dell'accesso ai servizi sanitari per qualsiasi persona presente sul territorio nazionale o regionale è il cardine del Sistema Sanitario e si traduce, tra l'altro, nella predisposizione di strumenti e meccanismi in grado di individuare le necessità di cura dei cittadini più vulnerabili, tra cui i RTPI. La centralità dell'approccio utilizzato dal progetto FARI 2 è del resto testimoniato dal fatto che tale metodologia deriva direttamente dal precedente progetto FARI, realizzato nella sola ASL Roma 1, il quale ha attirato l'attenzione di altre aziende sanitarie fino ad essere replicato – attraverso FARI 2 – in gran parte del territorio laziale.

### Efficienza

In considerazione dello stravolgimento di molte delle consuete modalità di erogazione dei servizi sanitari causato dalla pandemia da Covid-19 e dalle due grandi crisi umanitarie afghana e ucraina, anche l'interpretazione del

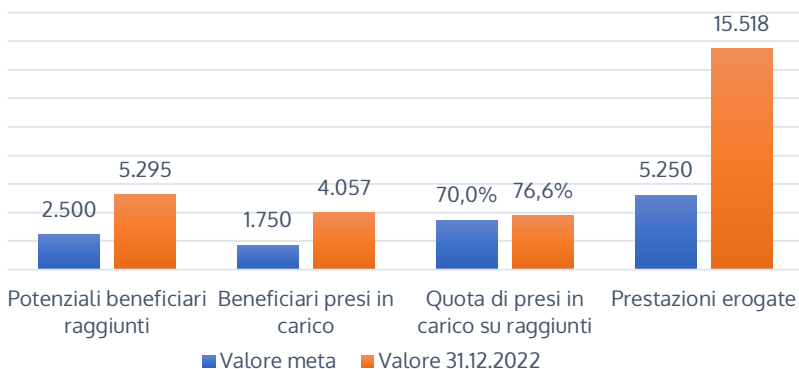
concetto di "efficienza" ha dovuto in qualche modo "riposizionarsi": non si tratta tanto di verificare se le attività del progetto siano state realizzate secondo il piano previsto dal punto di vista temporale e delle risorse disponibili, quanto piuttosto di misurare la **capacità del progetto di adattarsi alle mutate condizioni del contesto**, adeguando la programmazione delle attività e le modalità di erogazione dei servizi alla nuova situazione. Alcune attività sono state sospese per un periodo più o meno lungo a causa delle misure di *lockdown* da pandemia e distanziamento fisico, in altri casi si è riusciti a mantenerle operando modifiche che non hanno stravolto le finalità.

Un buon quadro della capacità di adattamento delle ASL nell'esecuzione del progetto è fornito dai dati relativi alla individuazione, presa in carico e cura dei RTPI. Il dato complessivo di tutte le ASL che partecipano al progetto è molto positivo: si è raggiunto oltre il doppio di richiedenti e titolari di protezione internazionali che ci si era proposti di raggiungere (+111,80%), le persone prese in carico sono state anch'esse ben più di quanto previsto (+131,83) ed è stato erogato il triplo delle prestazioni sanitarie inizialmente ipotizzato (+195,58).

Un altro indicatore è la percentuale di persone prese in carico sul totale dei potenziali beneficiari raggiunti: si è arrivati al 76,62% delle persone contattate, superando così il 70% che costituiva la meta iniziale.

CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTPI IN TUTTE LE ASL DEL FARI 2			
<i>Variabile</i>	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Potenziali beneficiari raggiunti	2.500	5.295	211,80
Beneficiari presi in carico	1.750	4.057	231,83
Quota di presi in carico su raggiunti	70%	76,62	109,46
Prestazioni erogate	5.250	15.518	295,58

## FARI 2 : Contatti, prese in carico e prestazioni RTPI



Questo andamento complessivo è determinato da una tendenza condivisa da tutte le ASL partecipanti, con l'eccezione della ASL Roma 4, nel cui territorio vi sono state difficoltà nel pieno raggiungimento degli obiettivi in merito a prese in carico e prestazioni erogate, anche a causa della chiusura del Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) di Castelnuovo di Porto all'inizio del progetto, che ha reso più frammentaria la distribuzione della potenziale utenza sul territorio. La ASL Roma 4 ha notevolmente superato l'obiettivo dei potenziali utenti raggiunti, mentre ha avuto una *performance* più ridotta quanto a prese in carico e prestazioni che è stata compensata dall'indirizzamento di molti RTPI verso il Centro SaMiFo della ASL Roma 1 e l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP).

ASL ROMA 1 - CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTPI			
Variable	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Raggiunti	1.150	2.279	198,17
Presi in carico	805	1.410	175,16
Prestazioni erogate	2.460	5.056	205,53



**ASL ROMA 2 - CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTPI**

<b><i>Variabile</i></b>	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Raggiunti	300	494	164,67
Presi in carico	210	414	197,14
Prestazioni erogate	620	2.170	350,00

**ASL ROMA 4 - CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTPI**

<b><i>Variabile</i></b>	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Raggiunti	150	222	148,00
Presi in carico	105	81	77,14
Prestazioni erogate	310	284	91,61

**ASL ROMA 6 - CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTPI**

<b><i>Variabile</i></b>	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Raggiunti	300	629	209,67
Presi in carico	210	617	293,81
Prestazioni erogate	620	1.450	233,87

**ASL LATINA - CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTPI**

<b><i>Variabile</i></b>	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Raggiunti	300	668	222,67
Presi in carico	210	668	318,10
Prestazioni erogate	620	1.340	216,13

ASL FROSINONE - CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTP1			
<i>Variabile</i>	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Raggiunti	150	161	107,33
Presi in carico	105	107	101,90
Prestazioni erogate	310	373	120,32

ASL RIETI - CONTATTI, PRESE IN CARICO E PRESTAZIONI PER RTP1			
<i>Variabile</i>	Valore-meta a fine progetto	Valore al 31 dicembre 2022	Percentuale di raggiungimento
Raggiunti	150	500	333,33
Presi in carico	105	473	450,48
Prestazioni erogate	310	1.471	474,52

## Efficacia

Gli indicatori di risultato forniscono valori sintetici per misurare l'efficacia: tutti i valori rilevati sono pari o superiori a quelli previsti per fine progetto.

AVANZAMENTO DEGLI INDICATORI DI RISULTATO				
<i>Indicatore</i>	Unità di Misura	Valore atteso fine progetto	Valore rilevato	% avanzamento al 31 dicembre 2022
Richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità presi in carico (*)	N	1.750	4.057	231,83%
Grado di soddisfazione degli operatori coinvolti circa il miglioramento dei servizi assistenza, trattamento e riabilitazione, conseguito grazie al progetto	Range 1-10	7	8,01	114,43
Protocolli d'intesa con soggetti pubblici e privati per la gestione dei servizi di assistenza socio-sanitaria	N	7	7	100,00
(*) Questo valore, già presentato tra gli indicatori di efficienza in quanto misura della "capacità di carico" dei servizi sanitari, può essere considerato anche indice di efficacia dal momento che rivela un'elevata capacità di individuazione dei potenziali beneficiari.				

## Sostenibilità

Per quanto riguarda la sostenibilità istituzionale-amministrativa, tutte le ASL hanno inserito strutture, équipe e servizi creati dal progetto all'interno del proprio sistema gestionale, formalizzandole e integrandole con le strutture già esistenti. Per quanto riguarda il futuro *post-progetto*, il tema della sostenibilità finanziaria è complesso, varia da una ASL all'altra e dal "volume" di innovazione quanto a servizi e personale. La capacità delle ASL di trovare coperture adeguate per i nuovi servizi e gli ampliamenti finanziati attraverso il progetto è una condizione fondamentale affinché il cambiamento promosso attraverso il progetto FARI 2 possa divenire parte costitutiva dell'offerta socio-sanitaria nei territori coinvolti. Tali coperture potranno venire da risorse interne al sistema sanitario o attraverso nuovi progetti, sia a valere sulla prossima programmazione FAMI che su altri fondi. Va inoltre considerato il forte lavoro di rete e di collaborazioni con enti locali, prefetture, privato sociale e profit che potrebbero garantire la sostenibilità di alcune attività come i laboratori di acquisizione di competenze e la mediazione linguistico-culturale.

La sostenibilità tecnico-culturale sembra garantita dai processi di formazione e sensibilizzazione del personale sanitario realizzato attraverso il progetto FARI 2 e il parallelo progetto ICARE: le ASL che hanno preso parte a questi progetti possono ora contare su professionisti che hanno acquisito una specifica capacità di trattare situazioni complesse come quelle che coinvolgono gran parte dei RTPI. Tali competenze costituiranno nel futuro prossimo la spina dorsale di un rinnovato approccio delle ASL alle fasce più deboli e vulnerabili. Inoltre va sottolineato che tutte le ASL hanno all'interno del proprio piano formativo inserito argomenti specifici riguardante la tutela della salute dei migranti.

Riguardo alla sostenibilità è interessante riportare il punto di vista degli operatori coinvolti nel progetto FARI 2. È largamente condivisa fra gli operatori coinvolti nelle attività di FARI 2 l'opinione secondo cui molti dei cambiamenti introdotti attraverso il progetto rimarranno nel tempo, in particolare per quanto riguarda alla capacità dei servizi sociosanitari di rispondere ai bisogni specifici di RTPI: tra i miglioramenti con aspettative di maggiore stabilità si segnalano l'adeguamento dei servizi ai bisogni dei beneficiari e una maggiore capacità degli operatori di interagire con questi ultimi, le reti di collaborazione stabilite tra i servizi sanitari e tra questi e altri soggetti del territorio, i servizi di mediazione linguistico-culturale. La ASL Roma 1 si è dotata di un servizio di mediazione linguistico-culturale con fondi propri, e anche ASL sono riuscite a garantire la mediazione con fondi interni o esterni. Si tratta tuttavia di miglioramenti che non possono essere dati per acquisiti "una volta per tutte" ma che richiederanno da parte di decisori politici e operatori un costante monitoraggio, oltre all'allocazione di sufficienti risorse per garantire la sostenibilità di quel che il progetto ha raggiunto, soprattutto per quanto riguarda l'inserimento in pianta stabile di personale sanitario (opportunamente formato) e di mediatori linguistico-culturali.

Un'altra raccomandazione espressa da numerosi operatori è l'allargamento della "platea" di beneficiari degli interventi: il progetto FARI 2 doveva limitarsi – a causa delle caratteristiche del fondo europeo FAMI – ai soli RTPI, ma le metodologie e gli strumenti messi a punto attraverso il progetto dovranno in futuro estendersi a tutti i cittadini immigrati e in generale alle fasce vulnerabili della popolazione presente nel nostro Paese.

Secondo gli operatori, i rischi maggiori riguardano la disponibilità di risorse per mantenere l'incremento di personale e la complessità della gestione dei cambiamenti metodologici e operativi richiesti dall' "approccio FARI 2: è su questi due aspetti che occorre lavorare affinché le innovazioni diventino la "regola".

## Impatto

Il documento progettuale indicava come principale impatto atteso una maggiore capacità di presa in carico dei rifugiati e richiedenti asilo da parte delle ASL aderenti al progetto. Questo impatto è misurabile come miglioramento nella fruizione dei servizi sanitari da parte dei RTPI. Ai fini dell'analisi i servizi offerti dal Sistema Sanitario Regionale sono stati raggruppati in quattro categorie: (a) i servizi ambulatoriali, (b) i ricoveri per problematiche di natura fisica, (c) i ricoveri per problematiche di natura psichica e infine (d) il ricorso a unità di pronto soccorso e a punti di primo intervento (PPI). L'analisi dei dati sull'evoluzione dell'accesso dei beneficiari del progetto a questi servizi mostra fra il 2019 e il 2021 (gli anni di cui abbiamo in questo momento informazioni complete) un forte miglioramento in tutte le ASL coinvolte. L'effetto del progetto nel determinare questa tendenza può essere dedotta dal confronto con l'andamento, assai meno "performante", nelle ASL del Lazio che non hanno preso parte al progetto.

L'impatto è trattato in modo approfondito nel capitolo 4.



## 3. Metodologia del progetto FARI 2

---

### 3.1 Le tappe iniziali dell'intervento socio-sanitario

#### 3.1.1 Individuazione precoce

L'individuazione precoce di problemi di salute nei richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) costituisce la tappa iniziale del percorso metodologico proposto dal progetto FARI 2 che porta alla presa in carico, alla cura e, nel caso di problemi di natura psichica, anche alla riabilitazione del paziente.

L'individuazione precoce permette di cogliere il più presto possibile eventuali segnali riconducibili a una sofferenza dovuta a problemi di salute psichica o fisica, sapendo che spesso nei RTPI problemi fisici possono nascondere un disagio di natura psichica. L'individuazione precoce può avvenire lungo l'intero percorso che dal Paese di partenza porta a quello di approdo ma è molto più frequente che essa avvenga a partire dal momento in cui la persona viene inserita all'interno dei centri di accoglienza o nel contatto con qualsiasi servizio territoriale: il medico di base, gli ambulatori che si occupano dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come Straniero Temporaneamente Presente (STP), fino ai servizi sociali.

Normalmente, l'individuazione precoce si sviluppa attraverso diversi livelli di intervento via via più specialistici, come indicato nelle *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*<sup>10</sup>. Il primo livello può vedere coinvolte figure non sanitarie che operano nelle strutture di accoglienza. Poiché si tratta di personale che ha un contatto diretto e immediato con i RTPI, la sua capacità di "cogliere segnali" permette un avvio molto precoce del processo di individuazione ed emersione dei casi. Con

---

<sup>10</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2599\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf)

un'adeguata formazione, anche figure non specializzate nella salute dei migranti possono contribuire all'individuazione di difficoltà o sintomatologie legate a un particolare disagio fisico o psichico. All'interno dei centri di accoglienza o nei centri di formazione per adulti non saranno esclusivamente i medici, gli psicologi o gli assistenti sociali ad essere in grado di capire se un utente ha difficoltà riconducibili a problemi di salute, ma anche altri operatori come i mediatori linguistico-culturali, gli operatori sociali, gli insegnanti di lingua, addetti alle cucine o lavoratori delle pulizie: a chiunque operi a stretto contatto con gli ospiti dei centri di accoglienza sono fornite indicazioni tali da permettergli, qualora si renda conto di problemi quali ad esempio scarso rendimento scolastico nell'apprendimento della lingua, insonnia, isolamento, inappetenza, di effettuare una segnalazione al responsabile, il quale potrà interloquire con psicologi e personale sanitario al fine di effettuare colloqui o visite di approfondimento. Con l'avvio del progetto nazionale ICARE, che ha coinvolto ventisette ASL di quattro regioni, i partner del progetto FARI 2 – coinvolti anch'essi in ICARE – hanno concordato con la direzione del progetto nazionale di affidare a quest'ultimo la formazione dei propri professionisti secondo l'impostazione che abbiamo descritto, liberando così risorse che hanno potuto essere destinate al rafforzamento delle altre componenti del FARI 2.

Si passa così al secondo livello, in cui un professionista con competenze sanitarie e/o psicologiche analizza la situazione nel dettaglio. Nel momento in cui si rileva la presenza di una patologia si passa all'assistenza e alla cura specialistica. Nei casi in cui si accerti un disturbo psichico di natura post-traumatica si propone l'invio a servizi del SSN altamente specializzati nel trattamento di questo tipo di disturbi.

Una parte dei casi di individuazione precoce si registra quando gli utenti si presentano direttamente presso strutture come il Centro Salute Migranti Forzati (SaMiFo) della ASL Roma 1 o i Centri Orientamento Sanitario (COS) delle ASL partner grazie all'informazione che il progetto FARI 2 ha fornito agli enti territoriali e ai servizi socio-sanitari e ai centri di accoglienza e alle diverse realtà pubbliche e private coinvolte nel lavoro di rete costruito nel corso del progetto.

Alcune ASL hanno attivato anche COS mobili favorendo attività di prosimità presso centri di accoglienza, luoghi di aggregazione, stabili occupati o alloggi di fortuna e "va a cercare" le persone che presentino disturbi, segni o sintomi di una condizione di disagio nel campo della salute. I servizi si attivano perché le persone possano realizzare passi fondamentali per l'avvio delle pratiche di iscrizione al SSN anche tramite il rilascio del tesserino STP. Si procede quindi a valutazione sanitaria, inserimento in percorsi di



*screening* e vaccinazioni, visite mediche generali e specialistiche, accertamenti di varia natura.

La pandemia da Covid-19 e altre circostanze come la crisi afghana e la guerra in Ucraina, non prevedibili quando il progetto è stato pensato, hanno avuto un impatto sulle modalità di individuazione precoce: l'impiego di "servizi attivi" attraverso unità mobili o punti/servizi dedicati (per esempio lo *hub* della Stazione Termini per i profughi ucraini) è stato un'efficace risposta a queste emergenze. In un certo senso, questo ha portato anche a una parziale ridefinizione del concetto di individuazione precoce, che ha preso forma attraverso procedure "non codificate", come ad esempio visite a edifici occupati per la realizzazione di tamponi nasofaringei: molti casi di individuazione precoce sono avvenuti nel corso delle azioni messe in campo per gestire l'emergenza sanitaria della pandemia da Covid-19 o durante la realizzazione della corrispondente campagna vaccinale. Queste attività sono state portate avanti dalle ASL partner tramite le unità operative complesse (UOC) e le unità operative semplici di Dipartimento (UOSD) dedicate ai migranti, attivate o rafforzate grazie all'impulso delle attività di progetto, e dai COS creati nell'ambito del FARI 2, in collegamento con i diversi servizi competenti.

Con l'arrivo di profughi dall'Ucraina si è attivato un modello di accoglienza che prevede inizialmente l'attribuzione del codice di codice di straniero temporaneamente presente al fine di garantire l'assistenza sanitaria anche nelle fasi di arrivo. Molti infatti erano già in cura per malattie croniche in Ucraina<sup>11</sup>.

Il percorso di assistenza ai profughi evacuati dall'Afghanistan nell'agosto 2021 e accolti a nella città di Roma è stato rapidamente attivato grazie alla interazione di diverse articolazioni aziendali, in sinergia con le organizzazioni della società civile coinvolte. Un team interdisciplinare e multiprofessionale ha permesso di costruire una rete di sostegno efficace, che ha reso dignità e fornito appropriate informazioni ai profughi in fuga da un Paese in grave difficoltà politica e sociale. La presenza continua di mediatori linguistico-culturali garantito dal progetto FARI 2 e ICARE ha favorito la comunicazione delle informazioni.

La gestione psico-socio-sanitaria dei profughi, come tutte le attività di prevenzione, ha ricadute sulla salute collettiva: l'attività vaccinale contro il

---

<sup>11</sup> La protezione temporanea è una protezione internazionale che da diritto all'iscrizione al SSN al pari degli altri RTPI. Gli ucraini appena giunti Sono stati inizialmente iscritti al SSN con rilascio del codice STP e dopo la presentazione della richiesta di protezione in questura viene rilasciato il codice fiscale e l'iscrizione al SSN con codice fiscale.

Covid-19 ha permesso di mettere in sicurezza persone che non hanno potuto ricevere la somministrazione del vaccino nel Paese di provenienza.

Il progetto FARI 2 ha avuto la capacità di adattarsi, in costante comunicazione con i partner e con il FAMI, agli avvenimenti storici cui si è trovato immerso e di rispondere alle sfide causate dalle emergenze senza mai trascurare i bisogni e la domanda di salute di tutti i RTPI presenti nel territorio.

### **3.1.2 Presa in carico**

Il passo successivo nell'intervento a tutela della salute è la presa in carico di RTPI che presentino disturbi di natura fisica o mentale, spesso di entrambi i tipi.

La presa in carico segue un percorso che inizia quando l'utente si presenta a uno servizio sanitario territoriale: gli operatori compilano una scheda che riporta dati anagrafici, informazioni sulla situazione della famiglia e sulla tipologia di aiuto richiesto (sociale, mentale, fisico, ecc.).

Si arriva quindi alla presa in carico del paziente vera e propria, quando la persona effettua visite di medicina generale o specialistiche, colloqui psicologici, visite ostetriche, prestazioni infermieristiche, accertamenti di varia natura, vaccinazioni e indagini finalizzati allo screening oncologico. L'incontro con il personale specializzato può verificarsi anche immediatamente dopo la compilazione della scheda di individuazione.

In generale, la presa in carico avviene quindi nel momento in cui viene erogata una prestazione sanitaria: una visita medica, una vaccinazione, un colloquio psicologico in cui viene valutata la condizione dell'utente ed eventualmente si pianificano interventi successivi. Tale procedura avviene quasi sempre in presenza di un mediatore linguistico-culturale che conosce la lingua madre dell'utente o la sua lingua veicolare.

In casi particolari la presa in carico può coincidere con la fase dell'individuazione, come in occasione delle vaccinazioni. Per esempio, se un richiedente o un titolare di protezione internazionale si reca presso un servizio che partecipa al progetto per fare richiesta di un vaccino per la quale non è prevista la prenotazione e il servizio procede immediatamente alla somministrazione dopo aver compilato la scheda di accoglienza, allora il momento dell'individuazione e quello della presa in carico coincidono. Ma vi sono numerose altre situazioni in cui la presa in carico ha coinciso con l'individuazione, per esempio durante l'effettuazione di test diagnostici quali il tampone naso faringeo per il Covid-19, in caso di richiesta di IVG, o per richieste in gravidanze al terzo trimestre.

Per quanto riguarda l'assistenza ai minori stranieri non comunitari nella maggior parte dei casi l'individuazione coincide con la valutazione cioè con la presa in carico. Più raramente può accadere che un genitore o un tutore si presentino direttamente presso i servizi per ricevere supporto a fronte delle problematiche del minore. In questi casi si compila la scheda di individuazione e si programma un appuntamento con gli specialisti dell'équipe multidisciplinare di progetto per effettuare la valutazione. Anche quando la segnalazione viene effettuata da un servizio esterno (un centro famiglia, un centro per minori stranieri non accompagnati, una scuola) o attraverso un semplice passaparola, è possibile programmare l'appuntamento per una valutazione multidisciplinare, facendo collimare il raggiungimento e la presa in carico.

Nel complesso di Santa Maria della Pietà il progetto ha attivato presso il Padiglione 17 un servizio dedicato ai minori stranieri in collegamento con il servizio per la Tutela della Salute Mentale e la Riabilitazione nell'Età Evolutiva (TSMREE), dove tra l'altro si realizzano valutazioni per determinare l'età di chi, dichiarandosi minorenne, non ha con sé i documenti che lo dimostrino. È il tribunale dei minori a fare la richiesta di accertamento dell'età.

Tutte le ASL prendono in carico, attraverso i servizi istituzionali TSMREE competenti per territorio, minorenni con disturbi importanti del neurosviluppo, se accompagnati da familiari o tutori. Tuttavia le prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) di progetto, sono affidate alla ASL Roma 1 presso Santa Maria della Pietà dove è presente personale qualificato e multidisciplinare, garantendo la valutazione e presa in carico di minori stranieri provenienti da qualsiasi territorio regionale.

## 3.2 La mediazione linguistico-culturale

Il mediatore linguistico-culturale è una figura centrale per un'efficace risposta del SSN ai bisogni dei RTPI. Il mediatore permette infatti di superare le barriere linguistiche e gli ostacoli culturali che possono frapporsi tra chi lavora nel servizio e che vi si rivolge per trovare risposta ai suoi problemi. La comunicazione deve essere il più possibile precisa, di facile comprensione e attenta ai risvolti culturali e agli aspetti più delicati che possono presentarsi durante la fornitura di servizi socio-sanitari. Questi temi, sempre "sensibili", richiedono una ancor maggiore attenzione alla riservatezza e quando si tratta di donne, uomini, minori che hanno alle spalle un lungo cammino di sacrifici, pericoli, violenze e traumi di varia natura.

Esperienze precedenti – tra cui il progetto FARI, realizzato nella sola ASL Roma 1, - hanno dimostrato come la mediazione linguistico-culturale migliori la capacità di assistenza socio-sanitaria ai migranti in ogni aspetto. Il progetto FARI 2 ha fatto tesoro di quei risultati e ha puntato in modo deciso sulla mediazione al fine di facilitare l'accesso a servizi e aumentare la comprensione e la fiducia tra operatori e assistiti. La presenza del mediatore linguistico culturale aiuta il paziente a comprendere i meccanismi del SSN, a dialogare con gli operatori socio-sanitari, favorendone in questo modo l'autonomia e il percorso di inserimento sociale.

Il progetto FARI 2 ha permesso una sorta di "allineamento" fra le ASL partecipanti per quanto concerne l'inserimento dei mediatori linguistico-culturali nei servizi rivolti ai RTPI e più in generale ai migranti. Il Centro SaMiFo della ASL Roma1 è da sempre dotato, sin dalla sua apertura nel 2006, di un gruppo di mediatori specializzati in campo socio-sanitario che si è ampliato nel corso degli anni per far fronte ai bisogni di un numero crescente di persone provenienti da numerosi Paesi.

In attesa di una formalizzazione nazionale della figura del mediatore linguistico-culturale in campo sanitario e socio-sanitario a livello nazionale, le ASL partecipanti al progetto FARI 2 hanno stabilito alcuni criteri: tutti i mediatori devono aver frequentato un corso di formazione base e avanzato, devono aver svolto un tirocinio presso servizi sanitari e devono essersi specializzati sui temi della salute. Oltre alle lingue straniere per le quali vengono contrattati (locali o veicolari), i mediatori devono parlare bene l'italiano e possibilmente una o più delle lingue veicolari; devono inoltre conoscere i principi e la struttura del SSN, conoscere le caratteristiche e orientare in merito alle prestazioni offerte dai servizi territoriali e alle procedure per usufruirne.

I mediatori accolgono, orientano e svolgono il ruolo di interpreti linguistico-culturali lungo l'intero percorso che un RTPI realizza con i servizi del progetto. Il mediatore è presente anche durante le visite mediche, incluse quelle psichiatriche, sempre con l'assenso del paziente. Durante gli interventi per la salute mentale degli utenti si tende sempre a garantire l'uniformità del *setting* terapeutico, cercando di mantenere lo stesso mediatore oltre che lo stesso terapeuta.

### 3.3 Un modello di intervento integrato e percorsi interdisciplinari

Con il progetto FARI 2 si è puntato a tutelare e promuovere la salute dei RTPI mediante un modello di intervento socio-sanitario integrato multidisciplinare e multidimensionale e che mette in rete realtà pubbliche e del privato sociale. Per fornire la risposta adeguata alle caratteristiche e alle esigenze di ogni singolo paziente, sono coinvolte diverse figure professionali e servizi a seconda delle problematiche manifestate; medici generali e specialisti in diverse discipline, tecnici di riabilitazione psichiatrica, psicologi e assistenti sociali, infermieri e ostetriche, con il costante supporto dei mediatori linguistico-culturali nella comunicazione con gli utenti. Si è affermata una modalità di lavoro basata sull'interazione di diverse strutture del sistema, superando difficoltà croniche di comunicazione inter- e intra-istituzionale. Ad esempio, se una donna in gravidanza presenta un problema psichico e in più vive una particolare condizione di disagio socio-economico, potrà essere presa in carico contemporaneamente da un consultorio, da un centro di orientamento sanitario o da un servizio per la salute mentale. Nel caso del centro SaMiFo, dove sono presenti professionisti sanitari di discipline diverse (medico di medicina generale, psichiatra, psicologa, ginecologa, medico legale, ortopedico, ostetrica, infermiera assistente sociale, tecnica di riabilitazione psichiatra, assistente sociale, mediatore linguistico-culturale e altri) la presa in carico avviene nello stesso servizio.

L'intervento erogato attraverso la metodologia messa a punto con il progetto FARI 2 ha due caratteristiche fondamentali: è multidisciplinare, multi-settoriale e multi-attoriale, e al tempo stesso è altamente individualizzato e calibrato sui bisogni della singola persona. Il progetto poggia su una rete di attori pubblici e privati, portatori di capacità che si integrano tra loro; d'altra parte il percorso di presa in carico e di cura è costruito su misura per persone che sperimentano problemi complessi dovuti al coesistere di una fragilità intrinseca alla condizione di RTPI, alla debolezza o all'assenza di reti familiari o amicali, alle difficoltà di integrazione nel mondo del lavoro, alle barriere linguistiche e culturali. Più in generale alle condizioni di stress continui, talvolta permanenti, che ne minano la salute attivando percorsi di male-maleessere-malattia.

Il modello applicato dal FARI 2 prevede che ai progetti terapeutici e riabilitativi partecipino anche soggetti economici operanti sul mercato dei beni e dei servizi. Ciò si verifica quando gruppi di utenti presi in carico dai servizi del progetto partecipano a percorsi di riabilitazione che prevedono

un'attività di "formazione" professionale, un tirocinio e un possibile inserimento lavorativo. Il progetto ha attivato percorsi professionalizzanti nel campo della cucina, dell'alta moda, della manutenzione del verde e dell'agricoltura collaborando con ristoranti, mense, sartorie e aziende florovivaistiche presenti sul territorio.

### 3.4 Formazione degli operatori

Le attività di formazione previste inizialmente dal progetto FARI 2 per gli operatori sanitari e sociali erano molte e coinvolgevano numerosi attori del territorio. Tuttavia, poco dopo l'inizio del progetto, la formazione è confluita quasi totalmente nel progetto ICARE, un'azione multiregionale co-finanziata anch'essa dall'Unione Europea. Poiché la formazione realizzata dal progetto ICARE si è pienamente integrata nelle attività del progetto FARI 2, è utile riportare qui una frase dal volume "Un approccio di sistema per la salute dei migranti", pubblicato nel luglio 2022 e che sintetizza bene l'orientamento seguito per la formazione del personale socio-sanitario:

*Nella filiera dell'accoglienza, della presa in carico e della cura un ruolo centrale lo gioca la formazione del personale sanitario e degli operatori del sistema di accoglienza: la capacità di intervento degli operatori sanitari risulta rafforzata se questi possiedono idonei strumenti di natura culturale, antropologica e legale per poter meglio interpretare le condizioni dei pazienti; a sua volta, l'intervento degli operatori dell'accoglienza risulta tanto più efficace quanto più questi ultimi hanno contezza delle problematiche di carattere medico, organizzativo e legale che i migranti affronteranno nel successivo avvicinamento al sistema sanitario e nel processo di integrazione: tutto ciò favorisce un maggiore e più consapevole utilizzo delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale e più in generale dei migranti.<sup>12</sup>*

---

<sup>12</sup> CeSPI (a cura di) *ICARE. Un approccio di sistema per la salute dei migranti*. Bologna 2022. <http://www.progettoicare.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/241>

Pur avendo trasferito ad ICARE gran parte delle sue attività formative, il progetto FARI 2 ha tuttavia realizzato interventi di formazione su argomenti puntuali di interesse delle singole ASL in base alle specificità del territorio e dei bisogni riscontrati nella popolazione assistita. Tra questi corsi di formazione è da segnalare quello di livello avanzato che ha affrontato il tema delle mutilazioni genitali femminili, il quale ha portato all'attivazione, presso l'ospedale San Filippo Neri di Roma, di un percorso di de-infibulazione per le donne prese in carico dal Centro SaMiFo della ASL Roma 1. Fra le altre attività formative ricordiamo i corsi di geopolitica sui contesti dei Paesi e delle regioni di provenienza e di transito, quelli per la certificazione medico-legale a supporto della domanda di protezione in tutte le fasi procedurali e il corso di specializzazione in salute per mediatori linguistico-culturali.

### **3.5 Accompagnare nel Servizio Sanitario Nazionale: alfabetizzazione sanitaria e orientamento**

La formazione degli operatori dei servizi socio-sanitari che entrano in contatto con "fetta" di popolazione con caratteristiche così specifiche come i RTPI è un passo indispensabile per favorire la piena fruizione da parte di questi ultimi del SSN, ma dev'essere accompagnata da azioni di orientamento e vera e propria "alfabetizzazione sanitaria" dei potenziali utenti: i modelli culturali e istituzionali adottati dai sistemi sanitari dei Paesi di provenienza sono quasi sempre profondamente diversi da quelli del SSN italiano, che si ispira un'idea di fondo di *Welfare State*.

Nella struttura progettuale di FARI 2 le attività di orientamento sui servizi e alfabetizzazione sanitaria per RTPI erano state concepite come iniziative da realizzare in gruppi: si prevedeva che personale incaricato dalle ASL si recasse presso i centri di accoglienza per incontrare personalmente i potenziali utenti e gli operatori per parlare, su stili di vita e promozione della salute, per fornire nozioni base su alcune malattie e sintomatologie, per spiegare come funziona il SSN sul territorio, per informare sulle attività di prevenzione e *screening*. Con l'irrompere della pandemia da Covid-19 all'inizio del 2020, a pochi mesi dall'inizio del progetto, si è dovuto ripensare le modalità di realizzazione di questa componente, ottenendo positivi risultati quanto ad efficienza (molte persone raggiunte), efficacia (molte persone orientate) e continuità. L'alfabetizzazione sanitaria svolta in modo collettivo è stata sostituita da percorsi di alfabetizzazione individuale, rivolti a persone che si recavano ai servizi ASL e cui veniva proposta un'adesione

volontaria alle iniziative di alfabetizzazione sanitaria. Alcuni esempi del Centro SaMiFo della ASL Roma 1 aiutano a capire i meccanismi che si sono innescati in tutte le ASL coinvolte in FARI 2: solo negli ultimi sei mesi del progetto IL Centro ha coinvolto circa 240 donne sui temi della salute femminile, con il costante supporto delle mediatrici linguistico-culturali le utenti del centro hanno ricevuto informazioni da ostetriche, psicologhe e, ove necessario, assistenti sociali. Queste professioniste hanno spiegato in modo dettagliato quali sono i servizi a disposizione, quali sono gli *screening* cui sottoporsi per la prevenzione di tumori, l'importanza del *pap test* e delle vaccinazioni, gli accorgimenti da prendere durante la gravidanza e come prepararsi al parto.

Accanto all'alfabetizzazione sanitaria promossa attraverso servizi specialistici come quello descritto nel caso del Centro SaMiFo, sono state realizzate azioni della stessa natura attraverso i COS. In questi casi il percorso di alfabetizzazione sanitaria consisteva per lo più in un orientamento ai servizi-

Con l'alleggerimento delle limitazioni dovute alla pandemia, le ASL hanno ripreso lo svolgimento delle attività di alfabetizzazione presso i centri di accoglienza, strutture occupate, alloggi di fortuna, campi rom formali e informali, in collegamento con altri progetti.

Sono parte dell'alfabetizzazione sanitaria la traduzione e la divulgazione in quattordici lingue di un opuscolo che riporta molte indicazioni sanitarie di grande importanza per i RTPI su come prevenire le infezioni, come gestire l'igiene quando si vive in comunità, nozioni di ginecologia e ostetricia, informazioni sull'assistenza psichiatrica e psicologica e sulle vaccinazioni.

Il progetto FARI 2 ha promosso la creazione di Centri Orientamento Sanitario (COS) per RTPI o, laddove già presenti, il loro rafforzamento attraverso la stabilizzazione e la "standardizzazione" di metodologie, strutture e procedure.

COS sono stati aperti in tutte le ASL che hanno preso parte al progetto, La ASL Roma 1 e la ASL Roma 4 hanno attivato anche COS mobili che entrano in funzione per "intercettare" persone che non si rivolgono direttamente ai centri "ordinari": ad esempio, la ASL Roma 2 ha realizzato attività presso centri di accoglienza e strutture occupate.

I COS impiegano diverse figure professionali, il cui assortimento dipende dalle caratteristiche di ciascun territorio: vi si possono trovare l'assistente sociale, lo psicologo, il medico internista, lo psichiatra, oltre al mediatore linguistico-culturale, figura sempre presente. Presso i COS gli utenti vengono informati e aiutati a districarsi nella risoluzione delle rispettive problematiche quali l'iscrizione al SSN, la scelta o la revoca del medico di base,



la richiesta di esenzione o altro. Tra le operazioni più comuni effettuate durante il primo accesso ai COS e prima dell'eventuale successiva presa in carico, vi sono la verifica dei requisiti e della documentazione necessaria per accedere al SSN e il controllo sull'avvenuta scelta del medico.

### **3.6 Percorsi terapeutici e prestazioni ambulatoriali complesse**

I percorsi di assistenza e trattamento corrispondono in sostanza all'iter terapeutico che viene definito dopo la presa in carico, che può prevedere la collaborazione di più servizi. Questi percorsi sono pensati e calibrati sulle caratteristiche e sulle condizioni socio-sanitarie del singolo individuo, mettendo al centro la persona e non la semplice applicazione di protocolli standardizzati, i quali non sempre risultano efficaci nel caso di persone con culture, abitudini e "vissuti" molto diversi dal resto della popolazione residente.

Le PAC sono percorsi specifici in cui vengono inseriti gli utenti minorenni a seguito di una valutazione globale interdisciplinare. Nell'elaborazione delle PAC intervengono neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, logopedisti, tecnici di neuro-psicomotricità oltre a educatori e assistenti sociali.

Nell'ambito del progetto FARI 2 le PAC sono realizzate, in continuità con il precedente progetto FARI, soltanto presso il padiglione 17 del complesso di Santa Maria della Pietà, a Roma, in seno al già citato servizio di tutela della salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva (TSMREE) dove a partire dalla segnalazione di altri servizi dedicati ai minori o delle scuole, e in collaborazione con questi enti, si forniscono risposte a problematiche del neurosviluppo

### **3.7 Riabilitazione psichiatrica**

I temi del disagio mentale hanno ricevuto grande attenzione nel quadro del progetto FARI 2, anche grazie all'esperienza pluriennale del Centro Sa-MiFo, che in continuità con il Progetto FARI, prevede tra l'altro attività di riabilitazione psichiatrica. Accedono ai percorsi riabilitativi RTPI provenienti dal circuito di accoglienza regionale e pazienti presi in carico anche dalle altre ASL del progetto.

Le persone che accedono al Centro SaMiFo presentano problematiche eterogenee e hanno bisogni di salute complessi. Si tratta di un pubblico che convive con patologie fisiche e psichiche e che affronta disagi di natura sociale che vanno dai problemi economici e alloggiativi a quelli amministrativi, da situazioni legali ancora irrisolte alla carenza di una rete familiare o amicale soddisfacente. Per coprire trasversalmente i diversi aspetti che impattano la salute della persona RTPI, il Centro SaMiFo si avvale di una équipe multidisciplinare organizzata in aree distinte e interconnesse, che comprendono, oltre all'area della salute mentale, anche medici di medicina generale, unità di ginecologia, unità di ostetricia, tecnici della riabilitazione psichiatrica – cui si affiancano mediatori linguistico-culturali e operatori di *front office* e *back office*, - tutte impegnate in ambiti in cui con frequenza emergono storie di violenze e abusi che hanno spesso ricadute gravi sulla salute psichica.

Tra i disturbi più frequenti rilevati a seguito delle visite psichiatriche vi è il Disturbo da stress post-traumatico (PTSD); alcuni pazienti presentano disturbi dell'adattamento, sindromi affettive maggiori, psicosi, disturbi di personalità o dissociativi. Per capire quanto sia importante occuparsi del disagio psichico tra i RTPI, basti considerare che nel 2021 solo nel 6% dei casi valutati dal Centro SaMiFo non è emersa nessuna diagnosi psichiatrica mentre l'86% delle visite psichiatriche che hanno avuto luogo nello stesso anno ha richiesto una successiva presa in carico.

L'intervento sui pazienti che soffrono di patologie psichiatriche gravi deve includere trattamenti integrati, appropriati e tempestivi per assicurare l'accesso alle terapie e ridurre la cronicizzazione. I casi più gravi vengono valutati sia dal Centro SaMiFo sia dai Centri di Salute Mentale presenti sul territorio delle ASL partecipanti al progetto e possono essere presi in carico da entrambi i servizi oppure inseriti presso centri diurni e comunità terapeutiche<sup>13</sup>. L'approccio è sempre multidisciplinare e gli esperti dei servizi che condividono la presa in carico stilano insieme un progetto socio-terapeutico e riabilitativo disegnato intorno al soggetto e condiviso, oltre che con il paziente, anche con i centri di accoglienza e i familiari eventualmente presenti. Senza il coinvolgimento di diverse figure professionali, senza la consapevolezza della complessità culturale, sociale e di genere e senza il lavoro

---

<sup>13</sup> Il Centro SaMiFo non si sovrappone né si sostituisce ai centri di salute mentale ma realizza attività complementari quali ad esempio i laboratori professionalizzanti presso il padiglione 17 di Santa Maria della Pietà e il supporto per risolvere questioni legate ai permessi di soggiorno.

di rete sarebbe impossibile intervenire in modo efficace sui bisogni dell'individuo.

L'inserimento sociale costituisce una componente essenziale per la riabilitazione di vittime o testimoni di eventi traumatici estremi, trattamenti disumani e degradanti. Per questa ragione i servizi per la riabilitazione psichiatrica puntano ad aiutare i pazienti a sviluppare abilità che consentano loro di inserirsi con successo nella società e di aumentare la propria autonomia. Ciò passa anche per l'acquisizione di competenze utili a rispondere ai compiti evolutivi e sociali del soggetto, acquisizione che si integra con le prestazioni sanitarie. Gli interventi di riabilitazione riguardano pertanto sia l'ambito di azione di stretta competenza del sistema sanitario nazionale sia quello del sistema nazionale di accoglienza per i RTPi. Sono quindi coinvolti da un lato il Ministero della Salute e i Servizi Sanitari Regionali, dall'altro il Ministero dell'Interno con le Prefetture e il Dipartimento delle Libertà Civili, cui fa capo l'Autorità Responsabile dei fondi FAMI., gli enti locali e quelli gestori dei centri del Sistema Accoglienza Integrazione (SAI).

Le attività di riabilitazione psichiatrica si tengono presso il padiglione 17 del complesso di Santa Maria della Pietà, a Roma, e gli utenti vi accedono dopo aver già intrapreso un percorso di assistenza e cura presso il Centro SaMiFo o altri servizi di tutela della salute mentale delle altre ASL. Sono rivolte a persone "vulnerabili" (D.L. n.142 del 18/08/2015 - art.17 comma 1), quindi anche a chi non manifesta alcuna sintomatologia psichiatrica, con l'obiettivo di prevenirne lo sviluppo, l'esordio, l'acutizzazione o la cronicizzazione delle malattie mentali. Gli interventi riabilitativi pertanto intervengono sia nell'ambito della prevenzione terziaria (prevenzione degli esiti più complessi di malattia) sia nell'ambito della prevenzione secondaria che riguarda il Paese di approdo, e puntano a offrire condizioni di vita dignitose e relazioni adeguate in tutti gli ambiti dell'accoglienza e a garantire ambienti e *setting* non ri-traumatizzanti e interventi sanitari appropriati per l'individuazione precoce e i conseguenti trattamenti clinico- assistenziali.

L'équipe multidisciplinare che opera presso il servizio individua le persone per le quali sia necessario predisporre piani per la riabilitazione psichiatrica: ciò avviene attraverso colloqui individuali e di gruppo, momenti di valutazione e orientamento e il monitoraggio del percorso dell'utente. Dopo un'attenta valutazione delle condizioni cliniche e sociali e delle loro competenze, i destinatari accedono a percorsi di acquisizione di specifiche competenze organizzati da enti scelti con gara pubblica. Quando possibile si cerca di potenziare abilità di cui la persona è già in possesso inserendola in un corso professionalizzante relativo a un settore su cui abbia già maturato delle esperienze, così che non parta da zero e possa vedere valorizzate

abilità acquisite anteriormente. Al termine dei corsi, che alternano lezioni teoriche e lezioni pratiche, i partecipanti hanno l'opportunità di svolgere un tirocinio retribuito, a carico del progetto, presso aziende precedentemente selezionate sul territorio, che accettano di inserire nel proprio organico RTPI debitamente formati. Sin dall'inizio del percorso di acquisizione di competenze i tecnici per la riabilitazione psichiatrica, con il costante sostegno dell'équipe multidisciplinare, fanno da supervisor e monitorano l'andamento degli allievi in aula e durante il tirocinio. Essi sono anche un punto di riferimento per le aziende nella fase di inserimento socio-lavorativo del corsista.

All'interno di questo processo riabilitativo è opportuno considerare, come elemento discriminante per la progettualità del destinatario, l'attivazione e gestione della rete del sistema di accoglienza, territoriale e del privato sociale. Tale rete è indispensabile tra l'altro per garantire la continuità delle azioni intraprese attraverso il progetto FARI 2 e per ottenere l'erogazione delle indennità di tirocinio a carico dei centri SAI, dei Centri di Salute Mentale, del Centro di Orientamento al Lavoro Tirocini. Per diversi tirocini attivati con il progetto FARI 2 sono state le aziende stesse a garantire la continuità del percorso di inserimento socio lavorativo prolungando a proprio carico i tirocini fino al massimo di un anno o trasformandoli in contratti di collaborazione, *stage*, contratti a tempo determinato o indeterminato.

L'obiettivo finale della riabilitazione psichiatrica è uno sbocco lavorativo che garantisca l'autonomia dell'individuo offrendogli un'opportunità di inserimento sociale e, di conseguenza, un miglioramento delle condizioni di salute e del suo benessere.

### **3.8 Unità organizzative aziendali complesse e semplici dedicate ai migranti**

Il progetto FARI 2 ha permesso di rafforzare la strategia delle ASL nella tutela della salute delle RTPI anche con l'introduzione e il potenziamento di Unità Operative dedicate alla salute della popolazione migrante e all'assistenza a RTPI.

Le unità operative per i migranti (compresi i RTPI) affiancano e supportano i distretti sanitari (le articolazioni delle ASL su territorio) e tutti i servizi sanitari e socio-sanitari delle ASL. Possono occuparsi, inoltre, di realizzare azioni di prossimità al fine di promuovere la salute di fasce della popolazione che vivono particolari situazioni di disagio socio-sanitario. Un esempio sono gli interventi per migliorare l'assistenza presso i campi rom,

formali e informali, o in quegli edifici occupati in cui la presenza di stranieri sia elevata.

Le Unità Operative possono operare in collegamento con organizzazioni del Terzo settore e sono generalmente composte da diverse figure professionali come medici specialisti, psicologhe, assistenti sociali, infermieri, antropologi.

### **3.9 Reti territoriali**

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, una delle idee alla base dell'approccio del progetto FARI 2 è quella secondo cui gli interventi di sostegno alla salute dei RTPI debbano poggiarsi su reti formate da enti e da organizzazioni diverse per tipologia e funzioni. La realizzazione di molte attività è resa possibile solo grazie alla stretta collaborazione delle ASL con gli altri soggetti pubblici coinvolti nella salvaguardia della salute e dell'inclusione dei migranti, le realtà del Terzo settore e, nei casi di tirocini e avviamento al lavoro, soggetti privati che operano con fini di lucro.

Tra le collaborazioni con le istituzioni pubbliche si segnalano quelle con le prefetture e gli enti locali, mentre tra le organizzazioni del Terzo settore si sono siglati accordi con Centro Astalli ODV, Comunità di Sant'Egidio, AM-REF, INTERSOS, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere. In occasione della crisi pandemica la rete si è estesa alla Croce Rossa Italiana, all'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) e all'UNICEF.

Il progetto FARI 2 ha costruito una rete ampia, mista, multilivello e composta da attori locali, regionali, nazionali e internazionali, operanti in un esteso ventaglio di ambiti di natura sanitaria e sociale.



## 4. L'impatto del progetto FARI 2

---

### 4.1 Una proposta per la lettura dell'impatto

Il progetto FARI 2 dovrebbe produrre, a partire dall'esempio trainante dei percorsi di emersione e cura, un miglioramento complessivo dell'integrazione dei beneficiari nel sistema salute della regione Lazio. Come misurare, quindi, la maggiore capacità di "presa in carico" da parte dell'intero servizio sanitario al di là degli obiettivi raggiunti dall'equipe di progetto attraverso l'attuazione dei percorsi di assistenza e cura dedicati? Abbiamo considerato che un buon indicatore sarebbe stata la riduzione delle differenze nell'accesso ai servizi sanitari fra richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) e gli altri cittadini residenti: quanto più l'accesso dei beneficiari del progetto ai diversi servizi del SSN si avvicina a quello degli altri cittadini residenti sul territorio (o, in altri termini, quanto più dati e tendenze sono "sovrapponibili"), tanto più i livelli di consapevolezza dei due gruppi su come avvalersi dei servizi della sanità pubblica – e, per converso, la capacità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di rapportarsi a ciascuna fascia di utenti - sono simili tra loro. L'impatto così misurato (la cui rilevazione è stata circoscritta ai servizi ambulatoriali, ai ricoveri per patologie di natura fisica e psichica e agli accessi ai servizi di pronto soccorso e di primo intervento) rimanda peraltro a uno degli obiettivi specifici del progetto, quello di favorire l'orientamento sanitario e la promozione della salute individuale dei RTPI ospiti dei centri di accoglienza attraverso azioni di "alfabetizzazione sanitaria": abbiamo quindi considerato, nell'arco di tempo corrispondente allo svolgimento del progetto, l'avvicinarsi dei RTPI agli altri cittadini per quanto concerne l'utilizzo dei servizi posti a disposizione dalla sanità pubblica come un effetto in buona parte legato alle diverse attività progettuali miranti all'alfabetizzazione sanitaria.

Il progetto ha potuto contare sulla preziosa collaborazione del Dipartimento di Epidemiologia del SSR – Regione Lazio (DEP), che ha prodotto una rilevazione periodica semestrale, l'ultima delle quali "Assistenza sanitaria nelle popolazioni di rifugiati e richiedenti asilo nel Lazio. Analisi preliminare basata sui dati dei Sistemi Informativi Sanitari - Rapporto tecnico", disponibile al momento di andare in stampa, riporta i dati sino al 31

dicembre 2021. Abbiamo a disposizione i dati dei sei semestri 2019-2021 relativi agli accessi ai servizi ambulatoriali, ai ricoveri per problematiche di natura fisica e psichica al ricorso alle unità di pronto soccorso e ai punti di primo intervento (PPI) nelle sette ASL che partecipano al progetto, suddivisi per due grandi classi: i RTPI e il resto della cittadinanza.

All'inizio del progetto si è posto il problema di come identificare i RTPI, dal momento che questa informazione non compare fra i dati che il sistema sanitario registra per ciascun paziente. La tessera sanitaria permette, però, di conoscere, attraverso il codice fiscale, il Paese di nascita di ogni iscritto. La direzione del progetto FARI 2 ha così chiesto al DEP di suddividere la popolazione degli iscritti al Sistema Sanitario in ogni territorio in due grandi gruppi per Paese di nascita: 1) iscritti nati in uno dei 14 Paesi identificati come principali luoghi di provenienza dei RTPI (Afghanistan, Algeria, Bangladesh, Costa d'Avorio, Eritrea, Guinea, Iraq, Mali, Marocco, Nigeria, Pakistan, Senegal, Sudan e Tunisia); 2) iscritti nati in Italia e in Paesi diversi da quelli indicati.

La procedura sin qui descritta comporta una evidente, doppia "forzatura": in primo luogo la nazionalità di ogni persona è desunta dal luogo di nascita, portando a considerare cittadini di uno Stato anche tutti coloro che lì sono nati ma non ne hanno la nazionalità; in secondo luogo si attribuisce lo status di "richiedente o titolare di protezione internazionale" a tutti coloro che sono stati "proclamati" cittadini dei 14 Paesi a causa del luogo di nascita, compresi i residenti in Italia per motivi di studio o lavoro o per aver contratto matrimonio con un cittadino italiano. Si è tuttavia considerato che tale numero sia sufficientemente ridotto da non inficiare le analisi sui comportamenti dei RTPI provenienti da quei Paesi.

Successivi approfondimenti condotti dai partner del progetto FARI 2, in particolare da Cittadinanzattiva che ha consultato oltre mille ospiti dei centri di accoglienza presenti nelle aree di riferimento delle ASL partecipanti, hanno permesso di stimare il peso di altri Paesi che, pur con apporti inferiori, concorrono a determinare l'ammontare complessivo dei RTPI per una quota pari a circa un terzo di quella dovuta ai 14 Paesi già menzionati. Si è quindi deciso di aumentare, nei dati elaborati dal DEP, il peso dei RTPI in modo da inglobare fra questi ultimi anche coloro che non erano compresi nell'elenco sopra indicato, applicando a tutti la stessa frequenza rilevata per i 14 Paesi iniziali.

La rilevazione condotta dal DEP si basa su una popolazione complessiva di iscritti al SSR residenti nelle Asl Roma 1, Roma 2, Roma 4, Roma 6,



Frosinone, Latina e Rieti pari a circa 4,2 milioni, con proporzioni stabili di RTPI e popolazione residente.

## 4.2 Il punto di vista degli utenti e degli operatori dei centri di accoglienza

È interessante integrare i dati degli accessi (che mettono in luce la capacità dell'offerta dei servizi di incontrare la domanda) con quanto emerso dall'indagine svolta da Cittadinanzattiva sul modo in cui i RTPI ospiti di centri di accoglienza del Lazio si rapportano al tema della salute<sup>14</sup>.

Per quanto riguarda la conoscenza dei servizi sanitari, la principale fonte informativa sono gli operatori del centro di accoglienza, circostanza che conferma come l'iniziale inserimento in un circuito di accoglienza permette di ricevere informazioni utili sia per un utilizzo adeguato dei servizi sia per aumentare la propria autonomia.

Il medico di medicina generale è il professionista sanitario cui si rivolgono i RTPI per i loro problemi di salute, con una maggiore frequenza tra le donne. Per un numero significativo di casi (circa un quarto del totale) gli operatori accompagnano gli utenti, soprattutto nelle prime occasioni.

I RTPI ricorrono al pronto soccorso con più frequenza di quanto non faccia la popolazione autoctona e con una forte incidenza dei casi di scarsa urgenza: molti vedono nel pronto soccorso il principale servizio cui rivolgersi in caso di qualsiasi problema di salute, o vi fanno ricorso per evitare lunghe liste di attesa o per poter essere visitati da un medico quando ancora non sono in possesso della tessera sanitaria

Gli operatori dei centri di accoglienza rilevano un buon livello di accesso ai Centri di Salute Mentale, prevalentemente con accompagnamento da parte di un operatore, così come avviene per le donne che si recano presso i consultori.

Un fattore rilevante per molti RTP, che incide nel rapporto con i servizi per la salute, è la possibilità di essere visitato da un medico dello stesso sesso del paziente cosa che accade in circa due terzi dei casi per le donne e in circa tre quarti per gli uomini. Quando ciò non è avvenuto ha creato disagio in circa la metà delle donne e un quarto degli uomini.

---

<sup>14</sup> L'indagine si è svolta in due fasi: la prima ha riguardato i RTPI ed è stata effettuata tra il mese di settembre 2019 e il mese di maggio 2021; la seconda ha riguardato gli operatori dei centri di accoglienza, con inizio nell'ottobre 2022 e fine nell'aprile 2023.

La maggior parte degli ospiti afferma di aver effettuato cicli vaccinali da quando è in Italia. Si riferisce probabilmente al Covid-19 vaccinazione necessaria per qualsiasi attività durante la pandemia.

Gli operatori hanno dichiarato che la dimensione sociale (cioè l'interazione delle persone fra di loro e con l'ambiente, con gradi variabili di coesione, inclusione ed *empowerment*) influenza in modo rilevante le condizioni di salute degli ospiti, mentre quell'insieme di valori, concezioni, credenze, modelli di comportamento che possiamo definire "dimensione culturale" non risulta un ostacolo all'adesione al progetto di cura, se tenuta in considerazione nell'erogazione dei servizi.

La principale difficoltà rilevata in questa fascia di utenti è la capacità di capire quello che gli viene detto e di farsi capire, dovuta principalmente a un'insufficiente conoscenza della lingua italiana: si tratta di un problema manifestato dal 44% delle donne e dal 36% degli uomini. In circa il 20% dei casi la presenza del mediatore linguistico-culturale ha permesso all'utente di esprimersi nella propria lingua d'origine, mentre in circa il 15% dei casi la comunicazione con il medico è potuta avvenire in una lingua veicolare come l'inglese o il francese.

### 4.3 Gli accessi ai servizi dal 2019 al 2021

Al momento di andare in stampa, abbiamo a disposizione i dati riguardanti gli anni 2019, 2020 e 2021.

Per analizzare l'evoluzione degli accessi ai servizi prenderemo come riferimento gli iscritti al SSN residenti nei territori delle diverse ASL al 31 dicembre dell'anno precedente al rilevamento. La seguente tabella mostra dunque l'evoluzione degli iscritti al SSN residenti nelle Asl del progetto FARI 2:

Componente	2018		2019		2020	
	n.	%	n.	%	n.	%
RTPI (stima)	91.396	2,16	90.911	2,17	89.700	2,15
non-RTPI (stima)	4.132.298	97,84	4.108.037	97,83	4.090.924	97,85
<b>Totale</b>	<b>4.223.694</b>	<b>100,00</b>	<b>4.198.948</b>	<b>100,00</b>	<b>4.180.624</b>	<b>100%</b>

**RTPI: richiedenti/titolari di protezione internazionale**

Sono stati presi in considerazione quattro livelli assistenziali:

- - le visite specialistiche ambulatoriali
- - i ricoveri per patologie di natura fisica
- - i ricoveri per disturbi di natura psichica
- - il pronto soccorso e il primo intervento.

Abbiamo considerato come impatto “desiderabile” del progetto il progressivo avvicinamento nei comportamenti verso i servizi del SSN.

Per misurare il grado di “sovrapponibilità” fra comportamenti dei RTPI e il resto dei cittadini residenti abbiamo calcolato il “rapporto quote”, dato dal rapporto fra il numero di accessi di RTPI sul totale dei RTPI al 31 dicembre dell’anno precedente, diviso per il rapporto fra il numero di accessi del resto della popolazione e la popolazione residente complessiva non-RTPI

$RQ = \text{rapporto quote} = [acc (RTPI) / RTPI] : [acc (non-RTPI) / non RTPI]$ ,  
laddove:

- “acc” = “numero di accessi”
- RTPI = utenti considerati richiedenti e titolari di protezione internazionale in quanto nati nei Paesi rilevati come luoghi di origine dei RTPI
- Non-RTPI = utenti nati in Italia o in Paesi diversi da quelli considerati come origine dei RTPI.

Il rapporto quote (RQ) può risultare superiore, inferiore o uguale a 1:

- $RQ = 1 \rightarrow$  il comportamento dei RTPI rispetto al servizio è perfettamente sovrapponibile a quello del resto della popolazione
- $RQ > 1 \rightarrow$  i RTPI accedono in proporzione a quel servizio più di quanto lo faccia il resto della popolazione residente
- $RQ < 1 \rightarrow$  i RTPI accedono in proporzione a quel servizio meno di quanto lo faccia il resto della popolazione residente

In sintesi, nelle seguenti tabelle si riportano per ciascun gruppo della popolazione i seguenti valori: nelle prime righe per ciascun gruppo della popolazione la quota degli accessi al servizio sul numero stimato di componenti di quel gruppo; nell’ultima riga il rapporto fra le due quote (come spiegato in precedenza, in tale rapporto il valore al numeratore è quello relativo ai RTPI).

### 4.3.1 Gli ambulatori

Nei servizi ambulatoriali si assiste, nell’area geografica corrispondente alle ASL che partecipano al progetto FARI 2, a un complessivo restringimento della forbice tra l’accesso dei RTPI e quello del resto della popolazione, con un andamento per semestri leggermente “ondivago” ma che

nell'insieme segna una tendenza all'avvicinamento dei comportamenti tra il 2019 e il 2021.

FARI 2 – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,08	3,67	2,62	3,44	3,92	3,32
	7,75		6,06		7,24	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,19	5,53	3,95	5,31	5,72	4,87
	11,72		9,26		10,59	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,66</b>	<b>0,67</b>	<b>0,66</b>	<b>0,65</b>	<b>0,69</b>	<b>0,68</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,66</b>		<b>0,65</b>		<b>0,68</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI



L'andamento degli accessi ai servizi ambulatoriali nella ASL Roma 1 è del tutto analogo a quello mostrato dall'insieme delle ASL partecipanti al progetto FARI 2: restringimento della forbice tra 2019 e 2021, con un peggioramento del RQ nel 2022 e un forte recupero nel 2021 che, a differenza del dato complessivo FARI 2, si manifesta già nella prima parte dell'anno.

ASL ROMA 1 – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	3,87	3,38	2,33	3,00	3,44	3,17
	7,25		5,33		6,61	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,02	5,26	3,69	4,99	5,37	4,66
	11,28		8,68		10,03	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,64</b>	<b>0,64</b>	<b>0,63</b>	<b>0,60</b>	<b>0,64</b>	<b>0,68</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,64</b>		<b>0,61</b>		<b>0,66</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Nella ASL Roma 2 il peggioramento del RQ nel 2020 è molto marcato, compensato da una forte riduzione della forbice nel 2021.

ASL ROMA 2 – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,10	3,81	2,62	3,46	4,04	3,35
	7,91		6,08		7,39	
2) Quote non-RTPI (stima)	7,03	6,21	4,43	6,95	6,44	5,19
	13,24		11,38		11,63	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,58</b>	<b>0,61</b>	<b>0,59</b>	<b>0,50</b>	<b>0,63</b>	<b>0,65</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,60</b>		<b>0,53</b>		<b>0,64</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

La ASL Roma 4 presenta un andamento diverso da quello della maggior parte delle altre realtà raggiunte dal progetto FARI 2: qui la forbice ha

continuato a ridursi – e quindi il rapporto a crescere - tra il 2019 e il 2021, senza “ricadute” nell’anno della pandemia.

ASL ROMA 4 – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	3,74	3,07	2,35	3,74	3,96	3,67
	6,81		6,09		7,63	
2) Quote non-RTPI (stima)	5,60	5,06	3,36	4,95	5,36	4,97
	10,67		8,31		10,34	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,67</b>	<b>0,61</b>	<b>0,70</b>	<b>0,76</b>	<b>0,74</b>	<b>0,74</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,64</b>		<b>0,73</b>		<b>0,74</b>	
<b>Quote</b> = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell’anno precedente <b>Rapporto quote</b> = quota della riga (1) / quota della riga (2) <b>Rapporto quote pari a 1</b> = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI						

Nella ASL Roma 6 la forbice si è molto allargata nel 2020, e la ripresa nel 2021 non è stata sufficiente a recuperare per intero l’arretramento registrato nell’anno della pandemia.

ASL ROMA 6 – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,62	4,21	2,78	3,65	3,84	3,24
	8,83		6,43		7,08	
2) Quote non-RTPI (stima)	5,96	5,34	3,77	5,12	5,46	4,64
	11,31		8,90		10,10	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,77</b>	<b>0,79</b>	<b>0,74</b>	<b>0,71</b>	<b>0,70</b>	<b>0,70</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,78</b>		<b>0,72</b>		<b>0,70</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

La ASL Frosinone ha un andamento analogo a quello della ASL Roma 1 e di Rieti, con una costante riduzione della forbice nel corso dei tre anni.

ASL FROSINONE – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	3,32	2,84	2,21	2,99	3,52	2,97
	6,16		5,20		6,49	
2) Quote non-RTPI (stima)	5,52	5,08	3,86	4,67	5,17	4,71
	10,59		8,54		9,89	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,60</b>	<b>0,56</b>	<b>0,57</b>	<b>0,64</b>	<b>0,68</b>	<b>0,63</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,58</b>		<b>0,61</b>		<b>0,66</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Nella ASL Latina il forte distanziamento registrato nel 2020 è più che recuperato nel 2021.

ASL LATINA – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,72	4,22	2,47	4,28	4,57	3,66
	8,94		6,75		8,23	
2) Quote non-RTPI (stima)	5,90	5,37	4,01	5,30	5,53	4,61
	11,28		9,32		10,15	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,80</b>	<b>0,79</b>	<b>0,62</b>	<b>0,81</b>	<b>0,83</b>	<b>0,79</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,79</b>		<b>0,72</b>		<b>0,81</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

La ASL Rieti è parte del gruppo minoritario di ASL nelle quale la riduzione della forbice è proseguita nei tre anni presi in considerazione.

ASL RIETI – ACCESSI ALLE VISITE AMBULATORIALI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	3,41	2,67	1,95	3,39	4,24	3,35
	6,08		5,34		7,59	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,38	5,55	3,55	5,74	6,29	5,66
	11,93		9,28		11,95	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,53</b>	<b>0,48</b>	<b>0,55</b>	<b>0,59</b>	<b>0,67</b>	<b>0,59</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,51</b>		<b>0,58</b>		<b>0,64</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

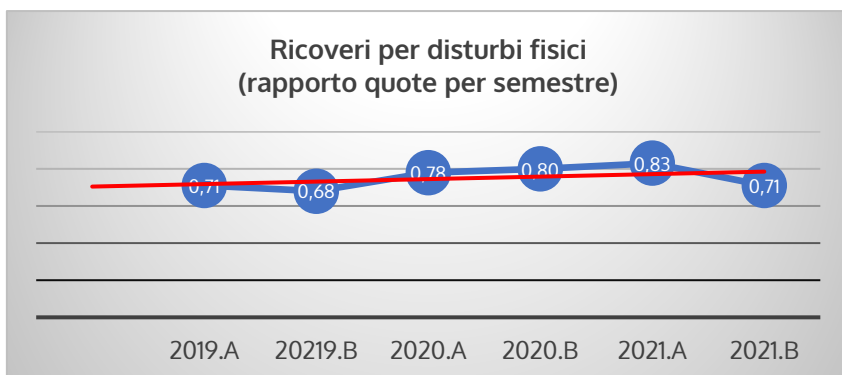


### 4.3.2 Ricoveri per disturbi fisici

Per quanto riguarda i ricoveri per disturbi di natura fisica, fra il 2019 e il 2021 si registra una forte riduzione della forbice nelle quote di accesso dei RTPI e del resto della popolazione residente. Tale forbice aveva avuto il maggior restringimento nel 2020 per poi riaprirsi – in misura modesta – nel 2021.

FARI 2 – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,36	3,36	3,62	3,55	4,37	3,30
	7,72		7,17		7,67	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,18	4,95	4,64	4,44	5,28	4,65
	11,13		9,09		9,93	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,71</b>	<b>0,68</b>	<b>0,78</b>	<b>0,80</b>	<b>0,83</b>	<b>0,71</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,69</b>		<b>0,79</b>		<b>0,77</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI



La tendenza complessiva si rileva anche nelle ASL Roma 1, Roma 2, Roma 6, Frosinone e Rieti:

In quasi tutte le ASL si registra l'andamento rilevato sull'insieme delle aziende che hanno preso parte al progetto FARI 2. Fanno eccezione la ASL di Latina, dove la riduzione del divario è stata costante negli anni, e la ASL Roma 4, che nel 2020 ha registrato – al contrario delle altre ASL – un peggioramento del divario per poi recuperare l'anno seguente.

ASL ROMA 1 – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,23	3,24	3,43	3,29	4,29	2,83
	7,47		6,72		7,12	
2) Quote non-RTPI (stima)	5,89	4,67	4,53	4,38	5,11	4,45
	10,55		8,92		9,56	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,72</b>	<b>0,69</b>	<b>0,76</b>	<b>0,75</b>	<b>0,84</b>	<b>0,64</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,71</b>		<b>0,75</b>		<b>0,74</b>	
<b>Quote</b> = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente <b>Rapporto quote</b> = quota della riga (1) / quota della riga (2) <b>Rapporto quote pari a 1</b> = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI						

ASL ROMA 2 – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,27	3,16	3,67	3,59	4,38	3,21
	7,43		7,26		7,59	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,50	5,14	4,98	4,71	5,57	4,89
	11,64		9,69		10,46	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,66</b>	<b>0,61</b>	<b>0,74</b>	<b>0,76</b>	<b>0,79</b>	<b>0,66</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,64</b>		<b>0,75</b>		<b>0,73</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

ASL ROMA 4 – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,03	3,83	2,98	3,34	4,15	4,02
	7,86		6,32		8,17	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,20	5,16	4,70	4,58	5,30	4,60
	11,36		9,29		9,90	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,65</b>	<b>0,74</b>	<b>0,63</b>	<b>0,73</b>	<b>0,78</b>	<b>0,87</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,69</b>		<b>0,68</b>		<b>0,82</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

ASL ROMA 6 – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,54	4,34	4,4	4,07	4,23	3,85
	8,88		8,47		8,08	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,53	5,38	4,89	4,57	5,53	4,97
	11,91		9,46		10,51	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,70</b>	<b>0,81</b>	<b>0,90</b>	<b>0,89</b>	<b>0,76</b>	<b>0,77</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,75</b>		<b>0,90</b>		<b>0,77</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

ASL FROSINONE – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,11	2,79	3,02	3,07	3,38	3,22
	6,90		6,09		6,60	
2) Quote non-RTPI (stima)	5,68	4,68	4,28	4,14	4,92	4,37
	10,36		8,43		9,30	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,72</b>	<b>0,60</b>	<b>0,71</b>	<b>0,74</b>	<b>0,69</b>	<b>0,74</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,67</b>		<b>0,72</b>		<b>0,71</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

ASL LATINA – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	5,2	4,03	3,9	4,26	5,33	4,09
	9,23		8,16		9,42	
2) Quote non-RTPI (stima)	6,20	4,76	4,47	4,32	5,14	4,49
	10,97		8,79		9,63	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,84</b>	<b>0,85</b>	<b>0,87</b>	<b>0,99</b>	<b>1,04</b>	<b>0,91</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,84</b>		<b>0,93</b>		<b>0,98</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

ASL RIETI – RICOVERI PER DISTURBI FISICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	4,17	2,64	3,66	2,52	4,00	2,75
	6,81		6,18		6,75	
2) Quote non-RTPI (stima)	5,84	4,71	4,25	4,06	4,87	4,33
	10,54		8,31		9,20	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,71</b>	<b>0,56</b>	<b>0,86</b>	<b>0,62</b>	<b>0,82</b>	<b>0,64</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,65</b>		<b>0,74</b>		<b>0,73</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

### 4.3.3 Ricoveri per disturbi psichici

Il rapporto quote relativo ai ricoveri per disturbi di natura psichica registra un aumento complessivo, attestandosi intorno a 0,63 alla fine del 2021. L'andamento è molto differenziato fra una ASL e l'altra, ma è evidente come si tratti di un campo della salute di grande complessità e come, in particolare nel caso dei RTPI non sia facile superare barriere culturali e suscitare nei pazienti la consapevolezza dei propri problemi, la disponibilità a riconoscerli e la volontà di intraprendere un percorso di cura. Fra i RTPI le malattie di natura psicotica (con incidenza analoga a quella di tutti gli altri cittadini) si sommano. I disturbi post-traumatici nei casi più gravi (disturbi dissociativi, disturbo Complesso da Stress post Traumatico) possono richiedere un ricovero: sommando le due condizioni ci si dovrebbe attendere un rapporto quote leggermente superiore a 1, mentre il valore complessivo si mantiene molto al di sotto di 1. Nel triennio 2019-2021 si rileva una tendenza complessiva all'avvicinamento tra RTPI e popolazione residente.

FARI 2 – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,11	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09
	0,19		0,16		0,18	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,18	0,15	0,13	0,12	0,16	0,13
	0,33		0,25		0,29	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,61</b>	<b>0,53</b>	<b>0,62</b>	<b>0,67</b>	<b>0,56</b>	<b>0,69</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,58</b>		<b>0,64</b>		<b>0,62</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI



La ASL Roma 1 mostra un significativo avvicinamento nei comportamenti nel corso degli anni<sup>15</sup>.

ASL ROMA 1 – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,11	0,08	0,04	0,15	0,09	0,12
	0,19		0,19		0,21	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,24	0,17	0,17	0,16	0,16	0,16
	0,41		0,33		0,32	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,46</b>	<b>0,47</b>	<b>0,23</b>	<b>0,94</b>	<b>0,56</b>	<b>0,75</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,46</b>		<b>0,57</b>		<b>0,65</b>	
<b>Quote</b> = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente <b>Rapporto quote</b> = quota della riga (1) / quota della riga (2) <b>Rapporto quote pari a 1</b> = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI						

Nella ASL Roma 2 i comportamenti rimangono piuttosto distanziati.

<sup>15</sup> Al Centro SaMiFo della ASL Roma 1 accedono pazienti da tutte le ASL, per il trattamento dei disturbi post-traumatici.

ASL ROMA 2 – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,11	0,08	0,08	0,06	0,07	0,09
	0,19		0,14		0,16	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,20	0,17	0,17	0,13	0,18	0,15
	0,37		0,30		0,33	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,55</b>	<b>0,47</b>	<b>0,47</b>	<b>0,46</b>	<b>0,39</b>	<b>0,60</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,51</b>		<b>0,46</b>		<b>0,48</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

La ASL Roma 4 registra un netto miglioramento fra il 2019 e il 2021.

ASL ROMA 4 – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,04	0,08	0,00	0,08	0,04	0,13
	0,12		0,08		0,17	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,20	0,16	0,13	0,13	0,16	0,14
	0,36		0,26		0,30	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,20</b>	<b>0,50</b>	<b>0,00</b>	<b>0,61</b>	<b>0,25</b>	<b>0,93</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,33</b>		<b>0,31</b>		<b>0,57</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Nella ASL Roma 6 i comportamenti fra i due gruppi della popolazione si sono avvicinati sino quasi a coincidere.



ASL ROMA 6 – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,11	0,04	0,17	0,05	0,15	0,09
	0,15		0,22		0,24	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,18	0,15	0,11	0,10	0,14	0,12
	0,33		0,21		0,26	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,61</b>	<b>0,27</b>	<b>1,55</b>	<b>0,50</b>	<b>1,07</b>	<b>0,75</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,45</b>		<b>1,05</b>		<b>0,92</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Pur con oscillazioni nei semestri, la ASL Frosinone registra comportamenti pressoché identici fra i due gruppi della popolazione in tutti gli anni presi in considerazione.

ASL FROSINONE – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,19	0,05	0,09	0,09	0,16	0,03
	0,24		0,18		0,19	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,13	0,11	0,09	0,08	0,10	0,09
	0,24		0,17		0,19	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>1,46</b>	<b>0,45</b>	<b>1,00</b>	<b>1,13</b>	<b>1,60</b>	<b>0,33</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>1,00</b>		<b>1,06</b>		<b>1,00</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

La ASL Latina ha avuto nell'insieme una crescita molto significativa nel rapporto quote, arrivando nel 2021 molto vicina alla coincidenza nei comportamenti fra RTPI e il resto della popolazione residente.

ASL LATINA – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,03	0,09	0,04	0,01	0,11	0,05
	0,12		0,05		0,16	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,11	0,10	0,08	0,07	0,09	0,08
	0,21		0,15		0,17	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,27</b>	<b>0,90</b>	<b>0,50</b>	<b>0,14</b>	<b>1,22</b>	<b>0,62</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,57</b>		<b>0,33</b>		<b>0,94</b>	
<b>Quote</b> = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente <b>Rapporto quote</b> = quota della riga (1) / quota della riga (2) <b>Rapporto quote pari a 1</b> = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI						

La ASL Rieti è l'unica in cui si rileva un rapporto quote superiore a 1 in tutti gli anni considerati.

ASL RIETI – RICOVERI PER DISTURBI PSICHICI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	0,23	0,12	0,30	0,00	0,12	0,24
	0,35		0,30		0,36	
2) Quote non-RTPI (stima)	0,17	0,14	0,10	0,11	0,13	0,12
	0,31		0,21		0,25	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	1,35	0,86	3,02	0,00	0,92	2,01
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	1,13		1,43		1,44	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

### 4.3.4 Pronto soccorso e Primo Intervento

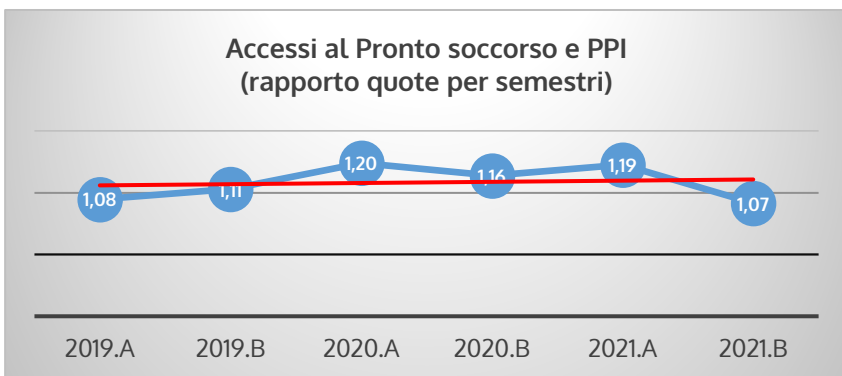
Gli operatori sanitari e in generale tutti coloro che si occupano dell'accoglienza e accompagnamento dei RTPI segnalano come questi tendano a rivolgersi alle strutture di Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento (PPI) più del resto della popolazione residente, ricorrendovi spesso in modo improprio (si parla di "ricorso improprio" quando i pazienti si rivolgono a queste strutture per bisogni che potrebbero essere soddisfatti dai servizi di salute territoriale). Tra le cause di questo andamento vengono indicate soprattutto l'esperienza maturata da molti nei rispettivi Paesi di origine (nei quali spesso manca la medicina di base) e una certa difficoltà a comprendere e far proprie le modalità di accesso ai servizi di diagnosi, presa in carico e cura. Per queste ragioni, in assenza di campagne di "alfabetizzazione sanitaria", informazione e orientamento, c'è da aspettarsi – a differenza dei servizi sin qui analizzati – un rapporto di valore superiore a 1. Una riduzione di tale valore può quindi essere interpretata come indicatore di efficacia delle campagne specifiche di orientamento sanitario.

Nelle ASL del progetto FARI 2 si è assistito nel complesso a una divaricazione dei comportamenti tra RTPI e il resto della popolazione, come indicato dall'aumento del rapporto quote da 1,02 a 1,21 (la forte riduzione

registrata nel corso del 2020 e nella prima parte del 2021 è stata probabilmente l'effetto delle restrizioni legate alla pandemia da Covid-19).

FARI 2 – ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	15,62	15,26	11,62	11,11	11,31	12,21
	30,88		22,73		23,52	
2) Quote non-RTPI (stima)	14,47	13,74	9,72	9,61	9,50	11,46
	28,22		19,33		20,96	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	1,08	1,11	1,20	1,16	1,19	1,07
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	1,09		1,18		1,12	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI



La ASL Roma 1 ha visto un andamento in linea con quello registrato nell'insieme delle ASL del progetto FARI 2, con una tendenza alla crescita della distanza nei comportamenti (aumento del ricorso al pronto soccorso da parte dei RTPI), anche se nel 2021 si è in buona parte riassorbito il "picco" raggiunto nel 2020, anno dell'esplosione della pandemia da Covid-19.

ASL ROMA 1 – ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	14,33	13,83	10,28	10,15	10,78	11,38
	28,16		20,43		22,16	
2) Quote non-RTPI (stima)	13,03	12,76	8,48	8,70	9,00	10,51
	25,79		17,19		19,51	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>1,10</b>	<b>1,08</b>	<b>1,21</b>	<b>1,17</b>	<b>1,20</b>	<b>1,08</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>1,09</b>		<b>1,19</b>		<b>1,14</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Nella ASL Roma 2 il rapporto tra le quote è leggermente sceso, pur rimanendo al di sopra di 1.

ASL ROMA 2 – ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	15,32	15,06	10,96	10,55	10,92	11,32
	30,38		21,51		22,24	
2) Quote non-RTPI (stima)	14,45	12,84	9,53	9,60	9,36	11,38
	27,30		19,13		20,74	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>1,06</b>	<b>1,17</b>	<b>1,15</b>	<b>1,10</b>	<b>1,17</b>	<b>0,99</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>1,11</b>		<b>1,12</b>		<b>1,07</b>	

**Quote** = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
**Rapporto quote** = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
**Rapporto quote pari a 1** = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

I comportamenti tendono a divaricarsi nella ASL Roma 4.

ASL ROMA 4 – ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	14,50	13,64	9,94	9,89	12,01	12,19
	28,14		19,83		24,2	
2) Quote non-RTPI (stima)	14,38	13,92	9,71	9,39	9,69	11,53
	28,30		19,10		21,22	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>1,01</b>	<b>0,98</b>	<b>1,02</b>	<b>1,05</b>	<b>1,24</b>	<b>1,06</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,99</b>		<b>1,04</b>		<b>1,14</b>	

Quote = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
Rapporto quote = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
Rapporto quote pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Nella ASL Roma 6 la situazione è rimasta stabile al di sopra di 1, una volta rientrata l'accelerazione alla divaricazione del 2020.

ASL ROMA 6 – ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	17,48	17,03	13,41	12,58	10,91	14,00
	34,51		25,99		24,91	
2) Quote non-RTPI (stima)	15,39	14,88	10,25	9,77	9,69	12,18
	30,28		20,02		21,87	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>1,14</b>	<b>1,14</b>	<b>1,31</b>	<b>1,29</b>	<b>1,13</b>	<b>1,15</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>1,14</b>		<b>1,30</b>		<b>1,14</b>	

Quote = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
Rapporto quote = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
Rapporto quote pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Nella ASL Frosinone si assiste a oscillazioni che non modificano la distanza fra i comportamenti dei RTPI e il resto della popolazione residente.

ASL FROSINONE – ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	16,15	16,03	12,41	11,43	10,29	12,41
	32,18		23,84		22,70	
2) Quote non-RTPI (stima)	15,48	15,06	10,11	9,64	9,35	11,34
	30,54		19,75		20,69	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>1,04</b>	<b>1,06</b>	<b>1,23</b>	<b>1,19</b>	<b>1,10</b>	<b>1,09</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>1,05</b>		<b>1,21</b>		<b>1,10</b>	

Quote = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
Rapporto quote = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
Rapporto quote pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Nella ASL Latina si assiste a un'accelerazione nella divaricazione dei comportamenti.

ASL LATINA – ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	19,17	18,72	15,80	13,39	15,18	16,75
	37,89		29,19		31,93	
2) Quote non-RTPI (stima)	15,83	15,83	15,46	11,23	11,15	10,96
	31,66		26,69		22,11	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>1,21</b>	<b>1,18</b>	<b>1,02</b>	<b>1,19</b>	<b>1,36</b>	<b>1,53</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>1,20</b>		<b>1,09</b>		<b>1,44</b>	

Quote = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
Rapporto quote = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
Rapporto quote pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

Anche la ASL Rieti riporta un aumento della divaricazione nei comportamenti di RTPI e resto della popolazione residente.

ASL RIETI– ACCESSI A PS E PPI						
	2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
1) Quote RTPI (stima)	11,15	11,15	10,33	7,51	10,33	10,63
	22,30		17,84		20,96	
2) Quote non-RTPI (stima)	12,82	12,36	8,64	7,92	7,83	9,10
	25,18		16,57		16,94	
3) Rapporto quote (1)/(2) per semestri	<b>0,87</b>	<b>0,90</b>	<b>1,20</b>	<b>0,95</b>	<b>1,32</b>	<b>1,17</b>
4) Rapporto quote (1)/(2) per anni	<b>0,89</b>		<b>1,08</b>		<b>1,24</b>	

Quote = rapporto fra gli accessi di una componente e gli iscritti SSN della componente al 31.12 dell'anno precedente  
Rapporto quote = quota della riga (1) / quota della riga (2)  
Rapporto quote pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI

I dati riguardanti il grado di priorità assegnato nel *triage* all'ingresso dei servizi di pronto soccorso e ai punti di primo intervento, suddivisi per RTPI e altri residenti, permettono un'analisi basata sull'effettiva gravità dei casi per cui si ricorre a tali servizi. Questa analisi completa l'informazione derivante dagli accessi complessivi al pronto soccorso e ai punti di primo intervento, descritta nel paragrafo precedente. Non è infatti sufficiente sapere se le quote di accessi dei RTPI e dei NON-RTPI si stiano avvicinando, ma occorre anche verificare se nei flussi di accesso vi sia un cambiamento nella distribuzione fra casi urgenti (alta complessità) e casi meno urgenti (complessità media o bassa): il comportamento "desiderabile" sarebbe il ricorso al pronto soccorso solo per casi davvero urgenti. I dati raccolti mostrano come per i RTPI i casi di bassa complessità si presentino con frequenza relativa maggiore di quanto avvenga per gli altri cittadini residenti. Possiamo quindi anche per questa variabile ricorrere al rapporto quote fra RTPI e altri cittadini.

Per analizzare i flussi di accesso ai servizi di pronto soccorso e ai punti di primo intervento si è proceduto nel modo seguente:

- a) sono state unificate le due scale fornite dalla Regione (da 1 a 5, da A E) in un'unica scala da 1 a 5, avendo avuto informazione sulla perfetta corrispondenza fra tali scale (1=A, 2=B e così via);
- b) sono state suddivise le priorità in tre gruppi: casi di alta complessità (1-2), casi intermedi (3), casi di bassa complessità (4-5);



- c) è stata presa in considerazione l'incidenza relativa dei casi di alta complessità e dei casi di bassa complessità sull'insieme degli accessi al Pronto Soccorso e Primo Intervento dei due gruppi di popolazione, tralasciando i casi intermedi;
- d) è stato calcolato il rapporto fra la percentuale dei casi di ciascuna categoria di complessità riscontrata nel gruppo dei RTPI e lo stesso valore riscontrato nel resto della popolazione.

L'effettivo accesso ai servizi da parte di un paziente è condizionato da numerosi fattori, tanto più se il paziente vive in condizioni "speciali" per quanto riguarda l'alloggio, la disponibilità di mezzi di trasporto pubblici e privati, la padronanza della lingua, la capacità di espressione parlata e scritta, la "confidenza" che si possiede con il territorio, la facilità di relazione con gli altri cittadini, lo "stato d'animo" complessivo. A tutti questi fattori si aggiunge la conoscenza del SSN, delle sue modalità di offerta di servizi di diagnosi e cura e dei diritti dei pazienti, fattore che il progetto FARI 2 ha messo al centro della sua strategia, e che viene definito "alfabetizzazione sanitaria". A parità di tutti gli altri fattori che abbiamo citato – e di altri qui non enumerati, - possiamo considerare che quanto più gli accessi ai servizi da parte di RTPI si differenziano da quelli degli altri residenti per un peso maggiore dei casi meno urgenti, tanto più si suppone una non sufficiente "educazione sanitaria" dei RTPI. In tutte le ASL i valori del rapporto quote rilevati all'inizio del 2019 sono inferiori a 1 nei casi di Alta Complessità e maggiori di 1 nei casi di Bassa Complessità, confermando quanto già riferito dagli operatori sanitari in merito all'attitudine dei RTPI verso questo tipo di servizi: considerando che l'aumento dell'educazione sanitaria dei RTPI è una delle finalità del FARI 2, dovremmo attenderci un avvicinamento nei comportamenti fra i due gruppi di popolazione.

Possiamo, quindi, aspettarci un effetto positivo del progetto (nel senso di un avvicinamento dei rapporti al valore 1 nel corso degli anni presi in considerazione) attraverso il contatto delle ASL con i RTPI.

Naturalmente i dati sono condizionati dall'irrompere, all'inizio del 2020, della pandemia da Covid-19, la quale ha inciso fortemente nei comportamenti di entrambi i settori di popolazione considerati, con un forte aumento percentuale del ricorso a questi servizi per casi di bassa complessità, che tende a mantenersi in larga parte anche nell'anno successivo.

Sommando i dati relativi a tutte ASL coinvolte nel progetto FARI 2, emerge una generale convergenza verso il valore 1. Ciò è il frutto di andamenti simili fra i due gruppi di popolazione considerati, tanto nei casi di Alta quanto in quelli di Bassa Complessità, con una tendenza alla riduzione

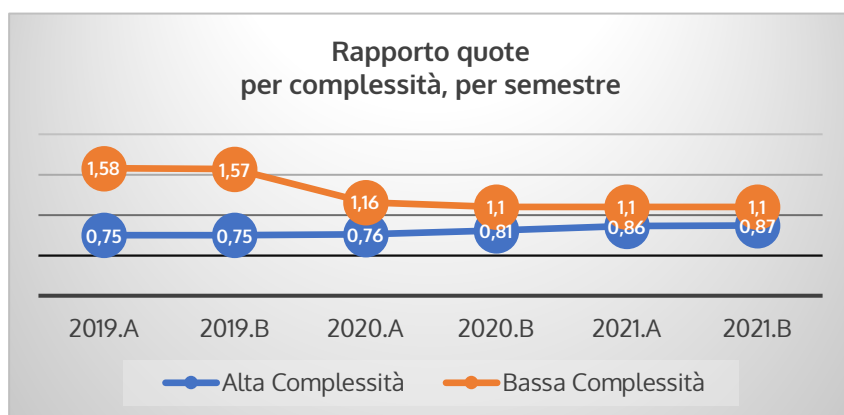
della forbice nelle quote di accesso: nel 2021 si registra per entrambi i gruppi un aumento del peso dei casi di Alta Complessità rispetto agli anni precedenti, dopo che nel 2020 vi era stato uno spostamento della complessità verso il basso (probabilmente a causa della pandemia da Covid-19); un restringimento della forbice si rileva anche per i casi di Bassa Complessità, dove tuttavia permane nel 2021 una parte del grande aumento percentuale determinatosi nel corso del 2020.

Ricordiamo che le due serie (casi di alta e di bassa complessità) non si muovono in modo perfettamente speculare, dal momento che tra di esse si colloca la serie dei "casi intermedi" il cui peso è complessivamente passato da circa un terzo a poco meno di due terzi dei casi (fra i RTPI dal 69% del primo semestre 2019 al 34% dell'ultimo semestre 2021, fra i NON-RTPI dal 64% al 36% nello stesso arco di tempo).

A livello aggregato delle ASL partecipanti al progetto FARI 2, fra il 2019 e il 2021 si è manifestato un avvicinamento dei comportamenti dei RTPI a quelli dei NON-RTPI: tale avvicinamento avviene in corrispondenza di una notevole crescita nei comportamenti "impropri" a partire dal primo semestre 2020 in entrambe le categorie per quanto riguarda il ricorso a questi servizi per casi di Bassa Complessità.

FARI 2 (AGGREGATO)							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Complessità	1) RTPI	23,76	22,76	16,04	15,69	20,18	17,27
	2) NON-RTPI	31,54	30,38	21,01	19,44	23,50	19,75
rapporto % (1)/(2) per semestri		0,75	0,75	0,76	0,81	0,86	0,87
rapporto % (1)/(2) per anni		0,75		0,79		0,87	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Complessità	1) RTPI	6,94	11,81	48,58	49,24	44,07	48,61
	2) NON-RTPI	4,38	7,51	41,73	44,91	39,95	44,01
rapporto % (1)/(2) per semestri		1,58	1,57	1,16	1,10	1,10	1,10
rapporto % (1)/(2) per anni		1,58		1,13		1,10	

Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati  
Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI



La ASL Roma 1 rispecchia il quadro complessivo descritto per l'insieme delle ASL partecipanti al progetto FARI 2 come emerge dal raffronto 2021-2019.

ASL ROMA 1							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Complessità	1) RTPI	23,53	21,50	15,41	17,68	18,48	18,33
	2) NON-RTPI	30,45	28,30	20,36	22,04	20,72	19,50
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,76</b>	<b>0,80</b>	<b>0,89</b>	<b>0,94</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>0,76</b>		<b>0,78</b>		<b>0,92</b>	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Complessità	1) RTPI	7,94	14,44	51,48	45,99	47,92	50,64
	2) NON-RTPI	6,68	11,23	43,42	41,84	45,61	47,31
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>1,19</b>	<b>1,29</b>	<b>1,19</b>	<b>1,10</b>	<b>1,05</b>	<b>1,07</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>1,24</b>		<b>1,14</b>		<b>1,06</b>	
Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI							

La ASL Roma 2 riproduce il quadro complessivo descritto per l'insieme delle ASL partecipanti al progetto. Tra il primo semestre 2019 e l'ultimo semestre 2021 si rileva un avvicinamento del comportamento dei RTPI a quello dei NON-RTPI con una leggera riduzione della quota di comportamenti "impropri": nel 2021 si registra infatti in entrambi i gruppi di popolazione un aumento dei casi di Alta Complessità e una riduzione di quelli di Bassa Intensità.

ASL ROMA 2							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	19,54	19,94	17,48	15,06	18,36	17,35
	2) NON-RTPI	27,23	27,06	23,38	18,16	23,98	21,21
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>0,72</b>	<b>0,74</b>	<b>0,75</b>	<b>0,83</b>	<b>0,77</b>	<b>0,82</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>0,73</b>		<b>0,79</b>		<b>0,79</b>	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	7,2	10,88	46,65	53,30	43,26	46,22
	2) NON-RTPI	4,25	4,23	39,55	49,81	37,91	40,14
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>1,69</b>	<b>2,57</b>	<b>1,18</b>	<b>1,07</b>	<b>1,14</b>	<b>1,15</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>2,13</b>		<b>1,12</b>		<b>1,15</b>	
Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI							

Nella ASL Roma 4 si è consolidata nel corso dei tre anni la tendenza verso una sostanziale identità nei comportamenti dei due gruppi di popolazione.

ASL ROMA 4							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	30,9	25,67	13,64	19,18	15,44	18,84
	2) NON-RTPI	32,60	30,31	18,39	17,62	18,95	17,18
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>0,95</b>	<b>0,85</b>	<b>0,74</b>	<b>1,09</b>	<b>0,81</b>	<b>1,10</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>0,90</b>		<b>0,92</b>		<b>0,96</b>	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	6,74	12,54	48,64	48,86	45,59	48,91
	2) NON-RTPI	6,29	11,57	45,39	47,80	46,25	48,45
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>1,07</b>	<b>1,08</b>	<b>1,07</b>	<b>1,02</b>	<b>0,99</b>	<b>1,01</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>1,08</b>		<b>1,05</b>		<b>1,00</b>	
Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI							

Nella ASL Roma 6 si registra un forte aumento del ricorso al pronto soccorso per casi di bassa complessità, che nel secondo semestre 2021 arrivano ad aggirarsi intorno al 50 per cento sia tra i RTPI sia tra i NON-RTPI, confermando in sostanza i dati dell'anno precedente. Questo aumento avviene in misura leggermente maggiore tra i NON-RTPI, determinando, sul triennio, una riduzione del rapporto tra le quote sia nei casi di alta complessità sia in quelli di bassa complessità.

ASL ROMA 6							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	29,71	29,12	16,19	11,65	23,08	16,03
	2) NON-RTPI	33,63	32,49	19,02	16,38	21,77	16,06
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>0,88</b>	<b>0,90</b>	<b>0,85</b>	<b>0,71</b>	<b>1,06</b>	<b>1,00</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>0,89</b>		<b>0,78</b>		<b>1,03</b>	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	4,76	9,88	46,96	51,22	45,21	53,12
	2) NON-RTPI	3,31	7,69	42,30	45,25	40,81	46,11
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>1,44</b>	<b>1,28</b>	<b>1,11</b>	<b>1,13</b>	<b>1,11</b>	<b>1,15</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>1,36</b>		<b>1,12</b>		<b>1,13</b>	
Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI							

Nella ASL Frosinone la forbice tra RTPI e NON-RTPI, pur mantenendosi molto aperta, è migliorata nel 2021 rispetto al 2019 per entrambi i livelli di complessità.

ASL FROSINONE							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	25,88	21,06	10,23	9,26	16,67	15,55
	2) NON-RTPI	35,57	33,50	18,42	20,55	24,82	21,11
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>0,73</b>	<b>0,63</b>	<b>0,56</b>	<b>0,45</b>	<b>0,67</b>	<b>0,74</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>0,68</b>		<b>0,50</b>		<b>0,70</b>	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	6,58	20,18	60,77	58,80	47,40	52,70
	2) NON-RTPI	3,53	9,40	49,72	45,60	38,60	40,85
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>1,86</b>	<b>2,15</b>	<b>1,22</b>	<b>1,29</b>	<b>1,23</b>	<b>1,29</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>1,99</b>		<b>1,26</b>		<b>1,26</b>	
Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI							

Nel corso del 2021 nella ASL Latina la divergenza nell'accesso al pronto soccorso per casi di Alta Complessità si è chiusa fino addirittura a capovolgersi, registrando un valore pari a 1,01 (dovuto soprattutto all'andamento nel primo semestre dell'anno) mantenendola sostanzialmente invariata. Nello stesso arco di tempo si registra un rapido avvicinamento nei comportamenti per quanto riguarda i casi di bassa complessità: il rapporto si mantiene molto alto, ma si è più che dimezzato rispetto al valore di 2,41 rilevato nel 2019.



ASL LATINA							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	30,25	29,62	16,37	15,15	30,16	15,68
	2) NON-RTPI	33,77	33,18	20,94	17,07	27,50	16,84
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>0,90</b>	<b>0,89</b>	<b>0,78</b>	<b>0,89</b>	<b>1,10</b>	<b>0,93</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>0,89</b>		<b>0,83</b>		<b>1,01</b>	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	6,86	7,48	42,84	46,58	38,55	48,83
	2) NON-RTPI	2,57	3,43	34,75	42,55	33,23	45,71
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>2,67</b>	<b>2,18</b>	<b>1,23</b>	<b>1,09</b>	<b>1,16</b>	<b>1,07</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>2,43</b>		<b>1,16</b>		<b>1,11</b>	
Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI							

La ASL Rieti ha più che recuperato, nel corso del 2021, il peggioramento nei casi di Alta Complessità manifestatosi nel 2020. Anche per i casi di Bassa Complessità si è assistito a una riduzione della forbice.

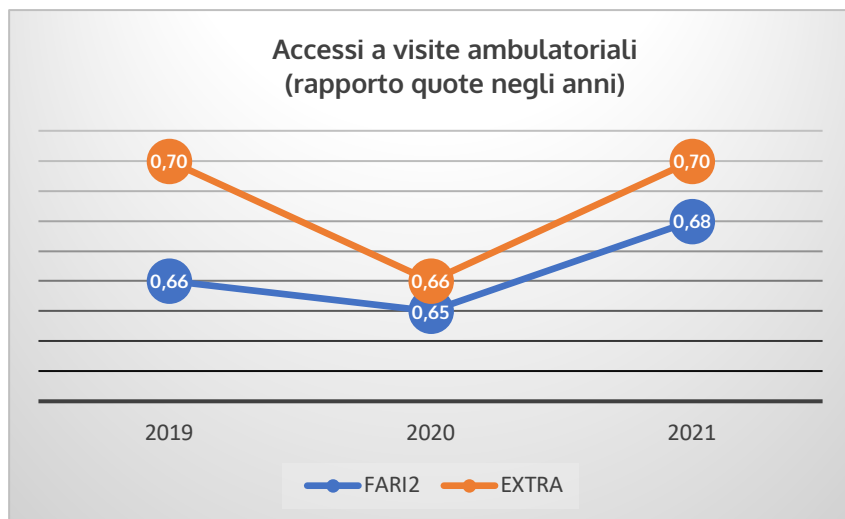
ASL RIETI							
CASI DI ALTA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	26,84	22,11	15,12	15,2	17,34	24,16
	2) NON-RTPI	38,82	36,87	28,97	29,95	23,71	31,08
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>0,69</b>	<b>0,60</b>	<b>0,52</b>	<b>0,51</b>	<b>0,73</b>	<b>0,78</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>0,64</b>		<b>0,51</b>		<b>0,75</b>	
CASI DI BASSA COMPLESSITÀ							
gruppo/semestre		2019.A	2019.B	2020.A	2020.B	2021.A	2021.B
% accessi Alta Com- plessità	1) RTPI	3,16	13,68	45,35	61,6	45,09	44,38
	2) NON-RTPI	2,16	10,26	43,60	40,17	37,36	39,37
rapporto % (1)/(2) per semestri		<b>1,46</b>	<b>1,33</b>	<b>1,04</b>	<b>1,53</b>	<b>1,21</b>	<b>1,13</b>
rapporto % (1)/(2) per anni		<b>1,40</b>		<b>1,29</b>		<b>1,17</b>	
Le percentuali sono riferite al totale degli accessi registrati Rapporto pari a 1 = comportamenti simili di RTPI e non-RTPI							

## 4.4 E se il progetto FARI 2 non ci fosse stato?

L'ipotesi che gli avvicinamenti registrati nell'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei RTPI e da parte del resto della popolazione siano un effetto del progetto FARI 2 può essere verificata confrontando l'andamento del rapporto-quote nelle ASL del progetto FARI 2 (che d'ora in avanti chiameremo ASL-FARI 2) con quello registrato nelle altre ASL laziali che non hanno preso parte al progetto (Roma 3, Roma 5 e Viterbo, che indicheremo con ASL-

EXTRA). Riportiamo qui di seguito l'andamento del rapporto-quote nei due gruppi di ASL per ciascuno dei servizi analizzati nel capitolo precedente<sup>16</sup>.

Per quanto riguarda gli accessi agli ambulatori, nelle ASL-FARI 2 si registra un avvicinamento fra il 2019 e il 2021, passando per un leggero peggioramento nel 2020. Nelle ASL-EXTRA tra il 2019 e il 2021 la situazione non è cambiata. Nel corso dei tre anni le ASL-EXTRA hanno sempre mantenuto un rapporto-quote al di sopra (e quindi migliore) di quello delle ASL-FARI 2, ma la distanza si restringe.



<i>AMBULATORI</i>	2019	2020	2021
FARI 2	0,66	0,65	0,68
EXTRA	0,70	0,66	0,70

<sup>16</sup> Nel considerare l'andamento degli accessi nelle ASL laziali che non hanno preso parte al progetto (Roma 3, Roma 5 e Viterbo) occorre tener conto del fatto che il Centro SaMiFo della ASL Roma 1 è una struttura sanitaria a valenza regionale e costituisce sin dalla sua fondazione un riferimento per tutte le ASL laziali in merito all'offerta di servizi per richiedenti e titolari di protezione internazionale, tale fatto ha permesso la diffusione di approcci e sensibilità fra tutte le ASL operanti nella Regione al di là della partecipazione a singoli progetti.

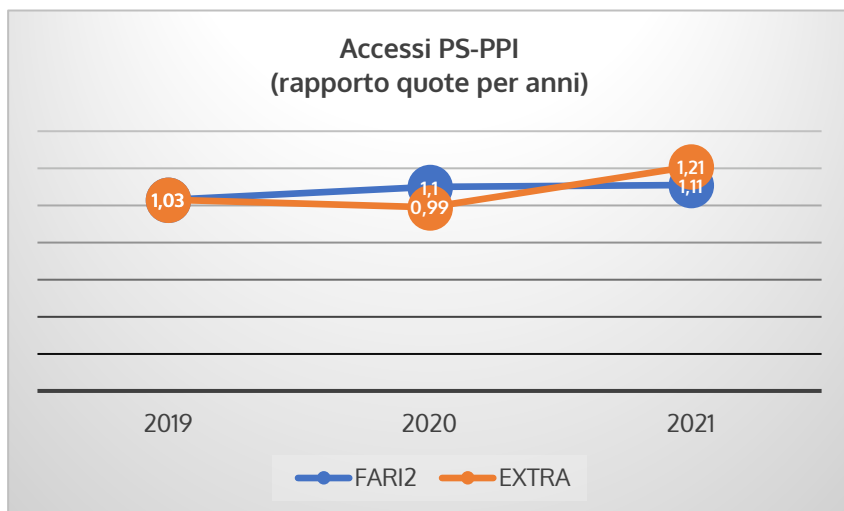
Nel caso dei ricoveri per disturbi fisici, le ASL-EXTRA presentano un più marcato miglioramento fra il 2019 e il 2021, partendo da un'identica situazione iniziale. Si rileva tuttavia come nelle ASL-FARI 2 la tendenza al miglioramento abbia percorso anche il 2020, quando invece nelle ASL-EXTRA si registrava un temporaneo peggioramento.



Molto forte è la differenza dell'andamento dei ricoveri per disturbi di natura psichica. Questo comparto dell'assistenza sanitaria è uno di quelli dove più è difficile portare a un avvicinamento del comportamento dei RTPI a quello che si registra nel resto della popolazione. Nel 2020 il rapporto-quote è arretrato in entrambi i gruppi di ASL e tale arretramento si è acuito l'anno successivo. Tuttavia questa tendenza non ha avuto la stessa profondità nelle ASL partecipanti al progetto e in quelle esterne: nelle prime (che partivano con un rapporto-quote pari a quasi tre volte quello delle ASL-EXTRA) ci si è assestati nel 2021 su un valore di poco inferiore a quello del 2019 (-8,8%), mentre nelle ASL-EXTRA il rapporto-quote nello stesso arco temporale si è ridotto di quasi due terzi (-61,5%); il rapporto-quote delle ASL-FARI 2 è arrivato nel 2021 a essere pari a sei volte quello registrato nelle ASL-EXTRA.

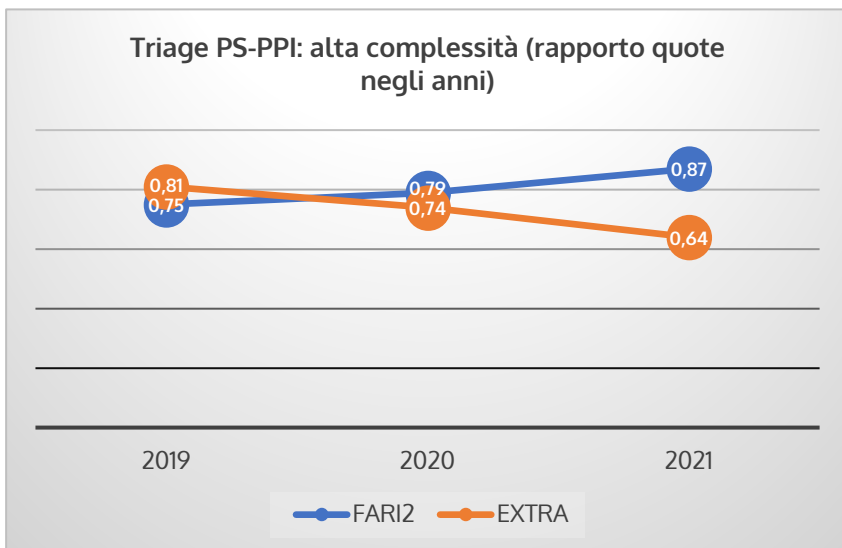


Come abbiamo spiegato nel precedente capitolo, il ricorso improprio ai servizi di pronto soccorso è comune a gran parte dei RTPI ed è un'attitudine non facile da correggere. Il raffronto fra ASL-FARI 2 e ASL-EXTRA mostra in entrambi i casi un aumento relativo del ricorso a questi servizi da parte dei RTPI rispetto al resto della popolazione. Si evidenzia tuttavia nelle ASL-FARI 2 una crescita più contenuta del divario fra i due gruppi di popolazione rispetto a quella rilevata nel 2021 nelle ASL-EXTRA rispetto al 2019.

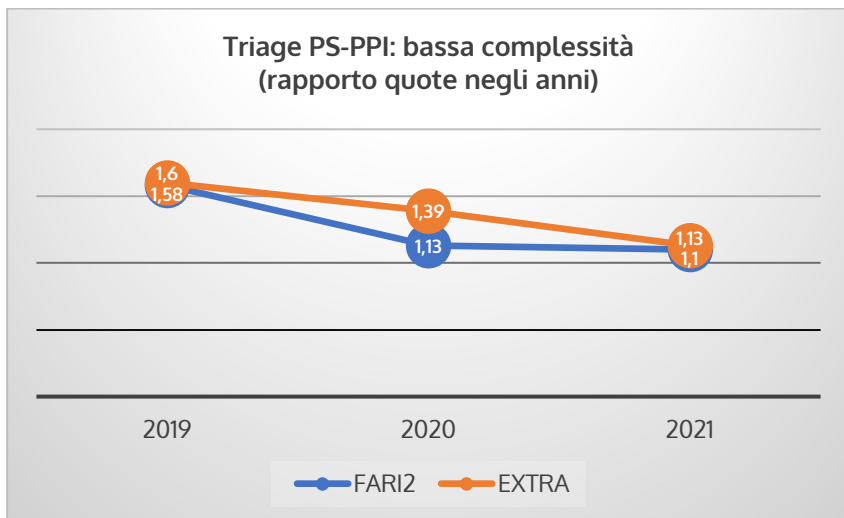


Il rapporto fra le quote di popolazione che ricorrono ai servizi di pronto soccorso e di primo intervento non ci dice tutto su queste prestazioni: conta

infatti anche l'effettiva urgenza del problema manifestato da ciascun paziente. Il confronto dei rapporti-quote delle ASL-FARI 2 e delle ASL-EXTRA evidenzia due andamenti molto diversi: nelle ASL-FARI 2 si registra negli anni forte avvicinamento del peso degli accessi per casi di alta complessità dei RTPI a quelli del resto della popolazione, mentre i comportamenti si divaricano nelle ASL-EXTRA.



I due gruppi di ASL mostrano invece andamenti simili nei casi di bassa complessità.



In conclusione, i dati mostrano una buona tendenza all'avvicinamento nei comportamenti delle due fasce di popolazione in tutto il territorio laziale, con un ritmo più marcato in quasi tutti i servizi gestiti dalle ASL che hanno preso parte al progetto FARI 2.





## 5. Conclusioni

---

Il capitolo 4 ha mostrato con chiarezza, dati alla mano, come il progetto abbia contribuito in modo decisivo alla progressiva adozione, da parte di richiedenti e titolari di protezione internazionale, di comportamenti che si avvicinano a quelli della popolazione autoctona. Del resto, gli operatori di tutte le ASL coinvolti nelle attività, concordano sul fatto che il progetto abbia contribuito in modo decisivo al miglioramento delle condizioni cliniche dei pazienti presi in carico, grazie ai sistemi di "interfacciamento" costruiti nell'arco di quarantadue mesi, in particolar modo la mediazione linguistico-culturale, l'orientamento ai servizi rivolto ai RTPI e le reti tra servizi di una stessa azienda e tra questi e soggetti esterni, sia pubblici che del privato sociale o convenzionato.

Vi è un ampio accordo fra gli operatori sul fatto che il progetto FARI 2 abbia avuto nelle diverse ASL un impatto dal punto di vista "culturale", in particolare nella percezione dei bisogni dei RTPI e dell'approccio da adottare verso questa tipologia di utenti.

Un metodo multidisciplinare e intersettoriale, con attenzione al genere e alla cultura, è fondamentale in una relazione di aiuto con il target considerato: da questo punto di vista, il progetto FARI 2 è stato un prezioso ausilio per RTPI, una sorta di "piattaforma" verso una piena integrazione nella realtà italiana. La conoscenza diretta dei rifugiati e lo scambio di esperienze fra gli operatori, riguardo l'assistenza verso questa fascia di popolazione, aiutano a mettere a punto servizi sempre più in grado di fornire risposte adeguate e complesse: anche per questo aspetto la collaborazione tra i diversi servizi presenti sul territorio ed il lavoro di rete fra istituzioni e società civile è stato molto utile. La costruzione di spazi di riabilitazione e di socializzazione per i pazienti ha spinto le ASL ad ampliare la rete degli attori coinvolti nei processi di cura, riabilitazione, inserimento lavorativo, integrazione e di estendere la natura dei servizi oltre gli aspetti più strettamente sanitari.

Particolarmente importante, dal punto di vista della crescita "culturale" del servizio sanitario è stata la scelta di coinvolgere anche personale già impiegato presso le ASL, aumentandone così la consapevolezza relativa ai bisogni di questa parte di utenza e creando le basi per mantenere nel tempo la qualità dei servizi. A sua volta, il reclutamento di professionisti

esterni alle ASL, assegnati a compiti da svolgere in stretta collaborazione con il personale dei servizi, ha permesso la presa in carico dei RTPI, a fronte della cronica carenza di personale dipendente. Si è inoltre favorito il “trasferimento” di competenze e sensibilità all’interno delle ASL, contribuendo ad accrescere la capacità di risposta ai problemi socio-sanitari dei RTPI e di individuazione delle strategie per affrontarli, spesso in parte diverse da quelle utilizzate per autoctoni anch’essi in condizioni di elevata vulnerabilità.

Questa nuova consapevolezza ha facilitato un maggiore accesso ai servizi sanitari dove gli utenti hanno trovato una capacità di approccio globale ai loro problemi che parte dalla conoscenza multilivello dei loro bisogni.

Anche le procedure di certificazione medico-legale sono risultate più spedite grazie a una maggiore comprensione reciproca, facilitata dalla presenza dei mediatori linguistico-culturali. Quando conformi agli standard internazionali, tali procedure costituiscono un valido supporto per il richiedente asilo e per l’organismo deputato a valutare la domanda della protezione stessa, sia nella fase amministrativa che nell’eventuale fase giudiziaria. In particolare, la certificazione medico legale può aiutare a valutare la congruenza tra la sintomatologia e altri riscontri obiettivamente e le narrazioni rese dal richiedente protezione in merito alle torture, ai maltrattamenti o ad altri traumi subiti. La certificazione può essere utile anche per accertare stati invalidanti gravi o malattie di lunga durata che determinano la necessità di accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative, indicandone la prognosi, al fine di dare indicazione sui possibili effetti di un eventuale rimpatrio sulla salute del richiedente.

La crescente presenza di utenti della sanità pubblica provenienti da contesti sociali e culturali molto diversi rende indispensabile l’intervento dei mediatori linguistico-culturali, il cui valore è stato dimostrato ampiamente dall’esperienza del progetto. Anche il personale sanitario formato “sul campo” attraverso progetti come il FARI 2 costituisce un patrimonio per le ASL. Parliamo di équipes multidisciplinari le cui professionalità sono già presenti all’interno dell’organico delle Aziende Sanitarie, con l’eccezione dei mediatori linguistico-culturali. Tali professioni sono inserite nelle *Linee Guida* per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, pubblicate in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 95 il 3 aprile 2017, in

attuazione dell'articolo 27 comma 1 bis del D.Lgs n. 18/2014. Gli operatori reclutati con i fondi progettuali hanno lavorato in un contesto di piena integrazione con il personale di ruolo ottenendo dai responsabili dei servizi il riconoscimento per la competenza e l'efficacia con cui hanno svolto le proprie attività.

Il progetto FARI 2 ha favorito, inoltre, la creazione o il consolidamento di unità operative dedicate all'assistenza dei migranti, all'interno degli atti aziendali. Ricordiamo in particolare il rafforzamento dell'unità operativa Centro SaMiFo e della unità operativa Salute Migranti della ASL Roma 1, della unità operativa Tutela degli Stranieri e Comunità Vulnerabili della ASL Roma 2, la creazione della unità operativa Popolazione Migrante e Mobilità Sanitaria del Dipartimento Tutela delle Fragilità della ASL di Latina, l'attivazione dei Servizi Socio Sanitari Integrati: Migranti, Medicina di Genere e Contrasto alla Povertà della ASL Frosinone e l'attivazione di percorsi dedicati per la promozione dell'equità e l'eliminazione delle diseguaglianze, inseriti nei piani per l'equità della salute. In tutte le ASL si sono creati percorsi intra e inter- aziendali per una adeguata risposta alle richieste di salute dei RTPI.

Il progetto non prevede il monitoraggio clinico dei percorsi di cura e i loro esiti, non rientrando questi nell'ambito delle sue finalità. Un indicatore significativo – sia pure indiretto – dell'impatto del progetto sulle condizioni di salute dei RTPI è fornito dal progressivo aumento degli accessi ai servizi e, nel caso del pronto soccorso e dei punti di primo intervento, da una maggiore concentrazione degli accessi nei casi critici.

Sempre nell'ambito delle attività progettuali, nel 2023 il CeSPI ha realizzato un'inchiesta che ha coinvolto oltre ottanta professionisti sanitari e sociali, mediatori e responsabili amministrativi delle ASL partecipanti al progetto. Dai risultati dell'inchiesta emerge che gli operatori che hanno collaborato all'attuazione del progetto FARI 2 condividono l'idea che molti dei cambiamenti introdotti attraverso il progetto possano rimanere nel tempo, in particolare per quanto riguarda la capacità dei servizi socio-sanitari di rispondere ai bisogni specifici di RTPI. Tra i miglioramenti con aspettative di maggiore stabilità si segnalano l'adeguamento dei servizi ai bisogni dei beneficiari e una maggiore capacità degli operatori di interagire con questi ultimi, le reti di collaborazione stabilite tra i servizi sanitari e tra questi e altri soggetti del territorio, i servizi di mediazione linguistico-culturale. Si tratta tuttavia di miglioramenti che non possono essere dati per acquisiti "una volta per tutte", ma che richiederanno da parte di decisori politici e

operatori un costante monitoraggio, oltre all’allocazione di sufficienti risorse per garantire la sostenibilità di quel che il progetto ha raggiunto e aggiunto, soprattutto per quanto riguarda l’inserimento in pianta stabile di personale sanitario e di mediatori linguistico-culturali. Un’altra raccomandazione espressa da numerosi operatori è l’allargamento della “platea” di beneficiari degli interventi: il progetto FARI 2 doveva limitarsi – a causa delle caratteristiche del fondo europeo FAMI/AMIF – ai soli RTPI, ma le metodologie e gli strumenti messi a punto attraverso il progetto dovranno in futuro estendersi a tutti i cittadini immigrati e alle fasce vulnerabili della popolazione presente nel nostro Paese.

# Appendice

---

## Dal verbale dell' *Operational control* svolto dal Ministero dell'Interno sul progetto FARI 2

Il 20 aprile 2023 è stato realizzato senza preavviso il controllo operativo del progetto FARI 2, ai sensi dell'art. 5 del Reg. UE 840/2015) del PROG-1797. La verifica – svolta nella modalità di un incontro virtuale con la direzione del progetto - è stata condotta dalla dott.ssa Maria Assunta Rosa, responsabile presso il Ministero dell'Interno del coordinamento FAMI.

Le attività di controllo hanno riguardato in particolare i seguenti aspetti:

- la coerenza delle attività svolte;
- il rispetto delle tempistiche di attuazione previste dal progetto;
- il raggiungimento degli indicatori di realizzazione e di risultato previsti e l'affidabilità della loro valorizzazione;
- il gruppo di lavoro coinvolto nelle attività progettuali;
- la comprensione da parte del beneficiario finale delle regole di ammissibilità delle spese.

La direzione del progetto ha riferito come il progetto abbia pienamente raggiunto e superato i valori previsti per tutti gli indicatori fatta eccezione per la formazione, la quale è stata spostata sul progetto ICARE. Attraverso i progetti FARI, FARI 2 e ICARE sono stati introdotti nel Lazio e nell'area territoriale della ASL Roma 1 importanti cambiamenti quali la stabilizzazione del personale, tra cui 2 mediatori linguistici e culturali, 1 psicologa e 1 assistente sociale, grazie alla legge Madia e quindi ai requisiti acquisiti durante questi anni. Sta per essere pubblicata la delibera per la stabilizzazione di 4 professionisti del gruppo minori FARI e FARI 2: la neuropsichiatra infantile, la psicologa dell'età evolutiva, la logopedista per la tecnica di neuropsicomotricità e l'ostetrica. Ciò renderà possibile l'erogazione di servizi più specifici. Il cambiamento più importante è stato la pubblicazione della delibera

per l'affidamento del servizio di mediazione linguistica e culturale all'ASL Roma 1 e l'avvio del servizio stesso.

È stato erogato un servizio di mediazione dedicato alla ASL Roma 1 che prevede 6.500 ore di mediazione fissa e continuativa, 2.000 ore di mediazione a chiamata, 1.000 ore di mediazione telefonica e 150 ore di mediazione urgente per il pronto soccorso. Nel padiglione ristrutturato grazie al precedente progetto FARI è stato offerto lo spazio per un progetto della regione Lazio di reti solidali per le donne ucraine e tante altre attività complementari. È stato firmato un protocollo di intesa con diversi enti ed istituzioni per la prevenzione e il contrasto delle mutilazioni dei genitali femminili.

Non si rilevano scostamenti e/o criticità nell'esecuzione delle attività rispetto al cronogramma approvato. Tuttavia, per far fronte agli ostacoli posti dalla pandemia, il progetto ha beneficiato di un aumento della dotazione e di due proroghe temporali non onerose che hanno permesso di raggiungere un buon livello di avanzamento delle attività.

Nonostante le attività di progetto siano alla fase finale, continua il lavoro di rete aziendale e interaziendale, soprattutto con personale strutturato per rispondere ai bisogni di salute dei RTPI, persiste il lavoro intersettoriale, multidisciplinare e di rete con tutti gli *stakeholder* presenti nel territorio. Continua il supporto amministrativo del personale delle ASL per la produzione degli atti necessari per le attività di progetto. Efficace l'assistenza tecnica in campo amministrativo del partner Programma Integra. Il capofila ha continuato le attività di individuazione ed emersione precoce, assistenza e riabilitazione, coadiuvata anche in questo trimestre dal partner Centro Astalli. Il lavoro di rete con le scuole e i centri di accoglienza per minori o famiglie ha favorito l'invio all'*équipe* multidisciplinare di minori con problematiche sanitarie.

In conclusione: il progetto ha rafforzato il modello di governance regionale nel settore della salute guardante i migranti forzati. Il giudizio finale è "ottimo".









Il progetto FARI 2 (Formare Assistere Riabilitare Inserire) è la continuazione di un percorso di riflessione e intervento sulla vulnerabilità psico-sanitaria dei richiedenti e titolari di protezione internazionale iniziato con il progetto FARI. La ASL Roma 1, capofila, ha contribuito al processo di rafforzamento delle competenze istituzionali e delle collaborazioni fra gli enti di tutela per offrire nuovi strumenti di azione.

Il progetto – a valenza regionale, cofinanziato dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione FAMI – ha sviluppato interventi di assistenza sanitaria, sociale e psicologica rivolti ai destinatari di progetto, favorendo il miglioramento nell'accesso ai servizi sanitari territoriali.

Il coinvolgimento del 70% delle ASL regionali ha permesso di sviluppare un modello di gestione, con procedure condivise e omogenee nei territori interessati, rafforzando o sperimentando interventi sanitari multidisciplinari e integrati anche per l'individuazione precoce e la presa in carico di pazienti affetti da disturbi fisici e psichici.

Sono state elaborate e realizzate l'analisi dell'esperienza di assistenza sanitaria dei rifugiati attraverso un audit civico e una verifica della performance dei servizi sanitari e di tutela della salute fisica e mentale presenti nel Lazio.

## PARTNER DEL PROGETTO

