

FOOTPRINTS

**Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali
di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica**

3

**APPROCCIO METODOLOGICO
DELL'INTERVENTO TERRITORIALE
E ATTIVITÀ DEI GRUPPI REGIONALI
PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE
POLITICHE PER LA SALUTE DELLA
POPOLAZIONE IMMIGRATA**

3

APPROCCIO METODOLOGICO DELL'INTERVENTO TERRITORIALE E ATTIVITÀ DEI GRUPPI REGIONALI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE POLITICHE PER LA SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

A cura del gruppo di lavoro FOOTPRINTS

Per il Ministero della Salute: Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Anna Di Nicola, Maria Pia Mancini, Giuseppe Piccirillo

Per la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: Maurizio Marceca, Manila Bonciani, Maria Laura Russo, Marianna Parisotto, Salvatore Geraci, Giulia De Ponte, Alessia Aprigliano, Rosalia Maria Da Rioli, Bruno Esposito, Jacopo Testa, Alice Natalello, Emma Pizzini, Micaela Basagni, Francesca Cacciatore, Simona La Placa, Guglielmo Pitzalis

Per l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane: Andrea Lenzi, Stefania Basili, Fabrizio Consorti, Daniele Gianfrilli, Giada Gonnelli, Felice Sperandeo, Emanuele Toscano, Marco Proietti

■ Indice

PREMESSA	7
I principi di riferimento dell'approccio metodologico a sostegno delle attività territoriali	8
Sussidiarietà	9
Lavoro di rete	10
Multidisciplinarietà	11
PRIMA PARTE	12
L'intervento territoriale e il supporto ai processi locali di implementazione delle politiche	
1. IL METODO DI INTERVENTO	12
a. L'approccio nella costruzione dell'intervento territoriale	12
b. L'analisi territoriale di partenza	14
c. La coerenza e l'intersezione tra il percorso formativo e le attività territoriali	16
d. Le convergenze tra il Progetto FOOTPRINTS e il Progetto ICARE	16
2. LA PROGETTAZIONE TERRITORIALE DEI GRUPPI FOOTPRINTS	18
a. Il ruolo centrale dei gruppi di referenti regionali FOOTPRINTS	18
b. Il contesto di partenza: presenza di politiche su salute e migrazione, sistemi di <i>governance</i> e attori istituzionali, organizzazioni del terzo settore	19
c. Le fasi della progettazione territoriale e le attività dei gruppi regionali FOOTPRINTS	22
3. FOCUS TERRITORIALI SULLA PROGETTAZIONE NEL CONTESTO DEL PROGETTO FOOTPRINTS	26
AREA NORD	26
a. Il contesto di partenza	26
b. I gruppi dei referenti regionali FOOTPRINTS	27

Composizione dei gruppi e relazione con l'istituzione regionale e il sistema di <i>governance</i>	27
Collaborazione tra gruppi FOOTPRINTS e GrIS e altri attori del territorio	30
c. Definizione delle priorità di lavoro e realizzazione della progettualità: opportunità e difficoltà incontrate	30
AREA CENTRO	31
a. Il contesto di partenza	31
b. I gruppi dei referenti regionali FOOTPRINTS	32
Composizione dei gruppi e relazione con l'istituzione regionale e il sistema di <i>governance</i>	32
Collaborazione tra gruppi FOOTPRINTS e GrIS e altri attori del territorio	34
c. Definizione delle priorità di lavoro e realizzazione della progettualità: opportunità e difficoltà incontrate	34
AREA SUD	36
a. Il contesto di partenza	36
b. I gruppi dei referenti regionali FOOTPRINTS	37
Composizione dei gruppi e relazione con l'istituzione regionale e il sistema di <i>governance</i>	37
Collaborazione tra gruppi FOOTPRINTS e GrIS e altri attori del territorio	37
c. Definizione delle priorità di lavoro e realizzazione della progettualità: opportunità e difficoltà incontrate	38
4. CONCLUSIONI APERTE: ALCUNI SPUNTI PER LE PROGETTUALITÀ FUTURE	40
a. Gruppo di lavoro interregionale sui sistemi di <i>governance</i> regionali per la salute dei migranti	41
b. Gruppo di lavoro interregionale sui sistemi di <i>governance</i> regionali per la salute dei migranti	42
c. Per (non) concludere	43
SECONDA PARTE	44
Alcune esperienze regionali: risultati, processi territoriali e costruzione di reti collaborative sostenute dal progetto FOOTPRINTS	
1. LIGURIA	44
L'avvio del processo per l'istituzione del tavolo regionale	

2. FRIULI VENEZIA GIULIA	46
Recepimento regionale della Legge n.47/2017- cosiddetta Zampa- e strutturazione di un percorso regionale per la determinazione dell'età dei Minori stranieri non accompagnati (MSNA)	
3. TOSCANA	48
Recepimento delle Linee guida nazionali e aggiornamento delle Linee guida regionali per la salute dei migranti	
4. SICILIA	50
Il rafforzamento della <i>governance</i> regionale	
5. CAMPANIA	52
La collaborazione con il GrIS	
ALLEGATI	
ALLEGATO 1 - Orientamenti alla progettazione nei contesti regionali	54
ALLEGATO 2 - Scheda sintetica sul modello di sistema di <i>governance</i> regionale	55
ALLEGATO 3 - Traccia di lavoro dei gruppi interregionali su <i>governance</i> e implementazione delle politiche per la salute dei migranti	56



■ Premessa

Il presente documento è uno dei prodotti del Progetto FOOTPRINTS “FORMAZIONE OPERATORI DI SANITÀ PUBBLICA PER LA DEFINIZIONE DI PIANI REGIONALI DI COORDINAMENTO PER LA SALUTE DEI MIGRANTI E LA REALIZZAZIONE DI COMUNITÀ DI PRATICA” di cui il Ministero della Salute è capofila, svolto in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCCLMM&C).

Il Progetto FOOTPRINTS, attivo da luglio 2018 a dicembre 2020 e finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020, è nato con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali, per giungere alla definizione di modalità operative uniformi sul territorio nazionale e per supportare il coordinamento regionale/provinciale nell'ambito della tematica 'salute e migrazione'. Per il raggiungimento di tale obiettivo, sono stati coinvolti 90 professionisti socio-sanitari individuati dalle Regioni/Province autonome, su invito del Ministero della Salute. Tali referenti regionali/provinciali del Progetto FOOTPRINTS hanno partecipato alle attività sviluppate secondo tre assi di lavoro: il percorso formativo di *capacity building* istituzionale; la costruzione di comunità di pratica volta al confronto tra referenti territoriali; il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e delle raccomandazioni nazionali, attraverso il rafforzamento dei sistemi di *governance* regionali/provinciali.

L'asse di lavoro volto a sostenere il supporto ai processi locali di implementazione della normativa, delle linee guida e raccomandazioni nazionali si è realizzato a livello nazionale attraverso la costruzione del Format nazionale di documento per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata; a livello locale attraverso la definizione di progettazioni territoriali da parte dei gruppi regionali/provinciali di referenti FOOTPRINTS, con il supporto dei facilitatori SIMM delle attività territoriali e in collaborazione con i GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute, le articolazioni territoriali della SIMM).

Il presente documento descrive alcuni punti chiave della costruzione del lavoro territoriale nel contesto del Progetto FOOTPRINTS: i principi teorici e pratici alla base dell'approccio adottato, la costruzione della progettazione territoriale e le fasi della realizzazione, la coerenza tra il percorso formativo di *capacity building* e il lavoro territoriale.

Le relazioni finali prodotte dai referenti FOOTPRINTS relative al lavoro di progettazione territoriale sono raccolte nel documento "Progettazione territoriale e attività svolte dalle singole Regioni e Province autonome nel contesto del Progetto FOOTPRINTS".

I principi di riferimento dell'approccio metodologico a supporto delle attività territoriali

Sin dalla sua istituzione, nel 1990, la SIMM ha sempre posto attenzione a costruire evidenze inerenti la medicina delle migrazioni attraverso una profonda conoscenza delle implicazioni che le politiche, gli interventi ed i servizi in ambito sanitario e non hanno per la salute delle popolazioni migranti. Si è quindi sempre confrontata in maniera intensa con la dimensione territoriale, intendendo quest'ultima come campo privilegiato non solo di osservazione, ma anche di azione per quel che riguarda la produzione e la regolazione di *policy* relative all'intreccio dei temi di salute e immigrazione.

La storia della SIMM, infatti, si intreccia alla fine degli anni '90 con il percorso conosciuto come "*devolution*", termine che sta a indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie dallo Stato alle Regioni. Nel 2001 la riforma del Titolo V della Costituzione amplia notevolmente i poteri delle Regioni rispetto alle competenze statali. La salute diventa materia di competenza regionale, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare quindi ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome).

A fare da sfondo a queste dinamiche è anche il ridelinearsi di un nuovo assetto di welfare, una prospettiva di welfare partecipato, con la trasformazione e un passaggio da un ruolo di comando e controllo della pubblica amministrazione, che implica anche la dominanza di un regime pubblico di erogazione di servizi e prestazioni, ad un ruolo di *enabling*, che intende valorizzare i potenziali sociali di azione e auto-organizzazione dei cittadini. Perde perciò terreno quel modello di lettura di azioni verticali e gerarchiche nel

cui ambito gli interessi generali vengono fissati e riconosciuti dall'autorità pubblica, e matura l'esigenza di trovare nuovi dispositivi in grado di consentire il confronto tra una varietà di attori e di visioni differenti per individuare finalità collettive e soluzioni condivise. Proprio come una declinazione del principio di sussidiarietà orizzontale, possiamo considerare tutta una serie di riforme che arrivano fino a quella del terzo settore e che ci permettono di riconfigurare, in una nuova ottica generativa di valore pubblico, le reti di welfare e la relativa *governance*.

Inoltre il forte radicamento nell'impianto teorico dei determinanti sociali e della promozione della salute permette di interpretare la relazione tra salute e migrazione come tutela dei diritti umani, estendendo l'ambito di azione in salute alle dimensioni sociale, economica e politica.

Rispetto a questo quadro e rispetto alle azioni territoriali portate avanti dal progetto FOOTPRINTS, si intendono evidenziare alcuni termini ricorrenti quali **sussidiarietà, lavoro di rete e approccio multidisciplinare** che si concretizzano come punti di riferimento sia rispetto ai principi guida, sia rispetto alle modalità di azione e al contempo anche come degli obiettivi da perseguire nelle stesse progettazioni territoriali supportate dal progetto FOOTPRINTS.

Sussidiarietà

Con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 all'art.118 è stato introdotto nel nostro ordinamento il principio di sussidiarietà che nel comma 1 dello stesso articolo è affiancato ai principi di "differenziazione ed adeguatezza". Al comma 4 viene precisato anche il principio di sussidiarietà orizzontale secondo il quale "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

Difatto, una volta individuato, in base al principio di sussidiarietà verticale, il livello istituzionale più appropriato per l'attribuzione di determinate responsabilità, il principio cessa di operare nella sua accezione "verticale" ed inizia ad operare nella sua accezione "orizzontale". La direzione del rapporto cambia perché si ha un convergere sullo stesso piano di soggetti pubblici e privati per l'assolvimento congiunto delle responsabilità attribuite a quei soggetti pubblici sulla base del principio di sussidiarietà verticale.

Inoltre, la devoluzione, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, finisce col produrre un ampliamento della variabilità interregionale

nei livelli di assistenza con una riduzione degli stessi, in luogo di percorsi virtuosi di prossimità e responsabilizzazione. Questo appare ancora più vero quando ci si occupa di immigrazione: l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Rimane tuttavia alle Regioni e Province Autonome un ruolo chiave di responsabilità dell'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari per tutta la popolazione presente sul proprio territorio di competenza, e quindi risulta strategica la componente progettuale di FOOTPRINTS volta a supportare le attività territoriali nell'ottica del rafforzamento dei sistemi di *governance*¹ locale, avvalendosi della collaborazione dei molteplici soggetti istituzionali e del terzo settore.

Lavoro di rete

Corollario, in un certo qual modo esemplificativo della posizione assunta in relazione alla lettura della sussidiarietà come opportunità per la partecipazione e il confronto tra le istituzioni ed il terzo settore cornici, è l'approccio di rete. Il lavoro di rete, visto come luogo dove i diversi attori partecipano condividendo le proprie competenze, esperienze e risorse, e in un certo qual modo si 'spogliano' del proprio ruolo, per presentarsi in una dimensione che riconosce le interazioni orizzontali, paritarie, dove quello che conta sono le motivazioni dei soggetti e non le posizioni rappresentate.

A tale scenario la SIMM ha risposto con la creazione di gruppi locali su base territoriale: i Gruppi Immigrazione e Salute, i GrIS. I GrIS sono realtà diverse, per storia, longevità, capacità di incidere sul contesto locale; tutti però sono accomunati dall'obiettivo di mettere in rete conoscenze, capacità, contatti per agire in modo efficace per la tutela della salute degli immigrati, promuovendo occasioni formative e informative, facendo pressione sui decisori politici, rilevando e segnalando anomalie o mancanze nell'applicazione della normativa.

Proprio grazie alla nascita e alle attività dei GrIS, la SIMM si configura sempre più come una "rete di reti", con una potenzialità unica di condivisione di saperi, pratiche, soluzioni, riflessioni.

Questo modo di essere e operare proprio della SIMM è stato anche l'ap-

1 per una considerazione più ampia e alcune definizioni operative dei sistemi di *governance* si rimanda all'allegato 2

proccio perseguito nel supportare le attività territoriali nell'ambito del progetto FOOTPRINTS.

Multidisciplinarietà

L'altro tassello fondamentale è la consapevolezza di una necessaria impostazione multidisciplinare e multiprofessionale, in termini di letture, di riferimenti alle pratiche e di coinvolgimento. Come sottolineato da un documento dell'OMS del 1987 dal titolo emblematico "*Learning together to work together for health*", l'approccio multiprofessionale è una strategia per migliorare la competenza degli operatori sanitari, in particolare la loro capacità di fornire assistenza sanitaria pertinente ai reali bisogni di salute. Di fatto, la dimensione della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità si lega a doppio filo sia con i temi al centro della riflessione sia sull'intreccio tra salute e migrazione – ancor di più – con le pratiche che li accompagnano.

A partire dai primi anni '90, la teoria dei determinanti sociali della salute, sottolinea con forza la multidimensionalità del concetto di salute, ponendo l'attenzione a tutte quelle variabili e dimensioni - a partire dai diritti civili e politici e dalle condizioni socio-economiche - che dovrebbero essere considerati fondamentali per la promozione e la tutela della salute. Si stabilisce, infatti, un impianto dove 'la salute' non si esaurisce nella sua dimensione biologica ma, viene considerata come un diritto umano fondamentale e si estende anche alla dimensione sociale, economica e politica. In questa riflessione, la questione dell'integrazione socio-sanitaria è particolarmente centrale. Il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, e il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di elaborare risposte unitarie all'interno di scenari integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti su di uno specifico territorio.

L'approccio metodologico che ha indirizzato il lavoro di supporto della SIMM alle attività territoriali si è quindi fortemente ispirato ai principi della sussidiarietà, del lavoro di rete e dell'approccio multidisciplinare che ritroviamo appunto come valori di riferimento sia in ambito di scrittura e progettazione, sia nella fase di svolgimento delle attività territoriali, ma anche come finalità perseguite nell'ambito dei medesimi processi messi in atto in questa componente progettuale di FOOTPRINTS.

Prima Parte

L'intervento territoriale e il supporto ai processi locali di implementazione delle politiche

L'asse di lavoro per il supporto ai processi locali di implementazione della normativa, delle linee guida e raccomandazioni nazionali, coordinato dalla SIMM, si è realizzato su più piani: a livello nazionale, attraverso la costruzione del Format nazionale di documento per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali/provinciali sulla salute della popolazione immigrata; a livello locale attraverso la definizione di progettazioni territoriali da parte dei gruppi regionali/provinciali di referenti FOOTPRINTS da realizzare nel corso del Progetto in collaborazione coi GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute, le articolazioni territoriali della SIMM).

■ 1. Il metodo di intervento

A. L'approccio nella costruzione dell'intervento territoriale

La fase di progettazione territoriale ha avuto inizio a febbraio 2019, in corrispondenza della prima formazione residenziale, e fin dalle sue prime fasi è stata concepita come un processo di costruzione dell'intervento basata sul confronto tra gruppi di referenti FOOTPRINTS e i GrIS. La SIMM ha infatti adottato un approccio centrato sul confronto e la collaborazione tra rappresentanti delle istituzioni locali e delle realtà del terzo settore attive sui territori, in un'ottica di sussidiarietà verticale, secondo la quale è fondamentale l'alleanza tra il settore pubblico istituzionale (che deve svolgere il proprio ruolo di *governance* a garanzia dell'universalità del diritto alla salute) e la società civile impegnata per la tutela della salute della popolazione immigrata, che rappresenta un osservatorio privilegiato sulla realizzazione del diritto

alla salute e una risorsa sul territorio.

Al fine di sostenere questo filone di attività, la SIMM ha previsto di introdurre le figure dei Facilitatori delle attività territoriali, figure professionali deputate a supportare i gruppi di referenti FOOTPRINTS nel loro processo di definizione ed implementazione delle progettazioni regionali e sollecitare l'interlocazione tra questi e i GrIS in tutte le fasi del progetto. Sono stati identificati cinque professionisti di area sociale e sanitaria, con esperienza maturata nell'ambito salute e migrazione e nella facilitazione del lavoro in gruppo, distribuiti sul territorio nazionale nella seguente modalità:

- Nord: un facilitatore per Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia; una facilitatrice per PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia;
- Centro: una facilitatrice per Toscana, Lazio, Abruzzo, Sardegna, supporto del Coordinamento SIMM per Emilia-Romagna, Marche, Umbria
- Sud: un facilitatore per Campania, Basilicata, Puglia; una facilitatrice per Calabria e Sicilia.

I facilitatori delle attività territoriali hanno accompagnato i processi territoriali a partire dalla prima formazione residenziale, in particolare nel momento di lavoro dei gruppi regionali/provinciali di referenti FOOTPRINTS dedicato alla definizione della progettazione territoriale, che i gruppi avrebbero realizzato nel corso del Progetto.

Le esperienze già esistenti in ambito salute e migrazione, in termini di processi di *policy*, hanno quindi assunto un ruolo centrale nella progettazione territoriale; per questo motivo l'avvio del lavoro territoriale è stato preceduto da un'analisi delle criticità e delle risorse presenti nei territori, sui temi del diritto alla salute e dell'accesso alle cure per la popolazione immigrata. L'analisi territoriale ha voluto ampliare il monitoraggio sull'applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 2012 condotto dalla SIMM, attraverso lo sviluppo di un'indagine qualitativa svolta con i GrIS. L'obiettivo dell'indagine è stato integrare il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato Regioni, costruito sull'analisi degli atti formali emanati dalle Regioni e dalle Province autonome, attraverso la raccolta e la documentazione delle criticità presenti a livello locale, sulla base delle esperienze dirette delle persone impegnate in tale ambito; questo per costruire una valutazione integrata della reale implementazione della normativa a livello locale, con lo scopo di documentare con l'esperienza la presenza di barriere di accesso alle cure e la reale fruizione dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata.

B. L'analisi territoriale di partenza

L'analisi qualitativa è stata svolta nel corso di numerosi incontri, attraverso la combinazione di 11 interviste collettive e focus group (GrIS Lazio, Lombardia, Marche, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Toscana, PA Trento, Emilia-Romagna, Liguria), un'intervista in profondità (con soci di riferimento della Sicilia), 4 questionari a domande aperte (GrIS e soci di riferimento di Veneto, Sardegna, Puglia e Provincia autonoma di Bolzano).

L'analisi ha indagato prevalentemente le principali difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e aspetti critici rispetto all'implementazione dell'Accordo Stato Regioni del 2012; l'assistenza socio-sanitaria rivolta ai richiedenti protezione internazionale e il livello di implementazione delle recenti indicazioni nazionali; l'articolazione dei sistemi di *governance* regionali/provinciali per la salute dei migranti e i principali aspetti di criticità.

A partire dagli elementi emersi dall'analisi, sono state predisposte delle schede di sintesi regionali/provinciali con la presentazione dei principali aspetti di criticità per ogni territorio. Sommariamente, i principali aspetti di criticità emersi dall'analisi si possono riassumere nei punti seguenti.

- Viene confermata, attraverso la documentazione diretta di operatori sociali e sanitari, volontari, professionisti, singole persone impegnate nel campo della salute dei migranti, l'esistenza di una notevole disomogeneità dell'applicazione della normativa: oltre a quanto già documentato attraverso il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Stato Regioni, che ricostruisce un quadro nazionale altamente disomogeneo, l'indagine qualitativa porta lo sguardo all'interno delle Regioni e rileva la presenza di difformità tra le diverse Aziende sanitarie dello stesso territorio regionale, sia rispetto a procedure aziendali adottate sia rispetto al consolidamento di prassi in assenza di atti formali, che portano in ultima analisi a diseguali esiti dei percorsi di accesso alle cure. Inoltre, l'indagine documenta che, in modo diffuso su tutto il territorio nazionale, anche all'interno degli stessi servizi vengono adottate prassi differenti da operatore a operatore, prevalentemente a causa di un'interpretazione discrezionale delle norme, in assenza di procedure operative di univoca interpretazione e di percorsi formativi a supporto del personale sociale e sanitario; questo avviene prevalentemente nei territori in cui i sistemi di *governance* della salute della popolazione immigrata sono più deboli, e dove mancano quindi uffici competenti e figure di riferimento;
- L'indagine documenta la presenza di importanti discrepanze tra il recepimento

mento formale e la reale applicazione della normativa per la salute della popolazione immigrata: anche nelle Regioni/Province autonome in cui vengono recepite le indicazioni nazionali con l'emanazione di atti formali, l'assenza della loro traduzione in procedure operative a livello Aziendale limita l'applicabilità degli stessi, con il risultato di un diritto alla salute tutelato sulla carta ma non esigibile all'atto pratico. Questo aspetto trova difficilmente vie d'uscita, in particolare nelle situazioni in cui non è definito se la competenza di procedure specifiche sia in carico alle Regioni o alle Aziende;

- Emerge come aspetto critico centrale in diversi contesti regionali/provinciali, la debolezza dei sistemi di *governance* della salute della popolazione immigrata: in molti contesti non vi è un'articolazione definita degli attori e degli ambiti di competenza in salute e migrazione, e questi aspetti vengono per lo più affidati a singoli professionisti impegnati nell'ambito, che generalmente hanno possibilità limitate di incidere in maniera sistematica nell'organizzazione dei servizi e nella programmazione socio-sanitaria. In generale, in assenza di organi di governo formali impegnati per la tutela della salute della popolazione immigrata, articolati in modo tale da essere una risorsa per gli operatori all'interno dei servizi, le criticità riscontrate non trovano spazi di emersione e le risposte che vengono adottate per far fronte a eventuali barriere d'accesso rimangono spesso legate a iniziative personali ed estemporanee, incapaci di entrare nell'organizzazione dei servizi o di aprire spazi di cambiamento all'interno dei servizi. Infine, l'arretramento del settore pubblico nel garantire il diritto alla salute degli immigrati e la conseguente necessità d'intervento da parte del privato sociale, rappresenta un ulteriore elemento di criticità nella *governance* della salute, che moltiplica gli attori in campo, subisce la contrazione delle risorse economiche e dà avvio a percorsi meno tutelanti e inclusivi.

Le singole schede regionali/provinciali e l'analisi complessiva degli aspetti trasversali riscontrati a livello locale sono riportati nel documento "Report sull'analisi territoriale delle criticità e delle risorse" pubblicato sulla piattaforma di Progetto, disponibile sul sito www.simmweb.it.

L'analisi sulle criticità e risorse sull'applicazione della normativa e sui sistemi di *governance* regionali/provinciali è stata inoltre completata con un questionario rivolto ai referenti FOOTPRINTS, svolto prima dell'avvio del percorso formativo (i risultati sono pubblicati sulla piattaforma di Progetto, e sul sito www.simmweb.it).

I risultati dell'analisi territoriale sono stati presentati nel corso della prima

formazione residenziale, affinché questi potessero essere materiale di lavoro per i gruppi dei referenti regionali/provinciali FOOTPRINTS nella definizione della progettazione territoriale. L'analisi del contesto di provenienza è stata dunque il punto di partenza per il lavoro territoriale, assieme all'identificazione delle azioni e degli ambiti prioritari di azione e gli strumenti necessari e gli attori da coinvolgere per la realizzazione del lavoro progettato.

C. La coerenza e l'intersezione tra il percorso formativo e le attività territoriali

La strategia di lavoro adottata dalla SIMM nel corso del Progetto ha concepito la realizzazione degli interventi territoriali e il percorso formativo come due filoni di attività strettamente interconnessi e parte dello stesso processo di *capacity building*. In questo senso, nel corso della prima e della seconda formazione residenziale, sono state dedicate sessioni di lavoro alla progettazione territoriale per la definizione e realizzazione degli interventi a livello locale sull'implementazione della normativa e il rafforzamento dei sistemi di *governance*; a loro volta, progettazione territoriale, implementazione e rafforzamento della *governance* sono stati aspetti centrali affrontati in tutte le fasi del percorso formativo, dalla formazione pre-residenziale, alla prima formazione residenziale, alla formazione a distanza, e infine nel corso della seconda formazione residenziale. I facilitatori delle attività territoriali hanno partecipato a tutte le fasi della progettazione svolte nel corso delle formazioni residenziali, svolgendo un ruolo di facilitazione anche nel percorso formativo e hanno accompagnato il processo in tutte le sue fasi sostenendo la continuità e l'intersezione tra i due filoni di attività.

D. Le convergenze tra il Progetto FOOTPRINTS e il Progetto ICARE

Il progetto ICARE (*Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency*) è nato nel 2018 ed è coordinato dalla Regione Emilia Romagna in partenariato con le regioni Lazio, Sicilia e Toscana, acquisendo valenza nazionale attraverso il coinvolgimento del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno.

L'obiettivo generale del progetto ICARE consiste nel realizzare percorsi integrati multiprofessionali e interdisciplinari, che coinvolgendo i diversi servizi socio-sanitari siano al tempo stesso specificamente dedicati e culturalmente orientati al fine di migliorare l'accesso alle cure alla popolazione

target del progetto e garantiscano risposte adeguate ai loro bisogni di salute. Particolare attenzione è riservata ai percorsi assistenziali dedicati alle donne e ai minori stranieri non accompagnati. Il progetto ICARE mira a sperimentare e successivamente portare a sistema un modello di assistenza e cura nei servizi territoriali delle regioni coinvolte; l'esperienza nella costruzione e condivisione di un modello di presa in carico socio-assistenziale potrà essere successivamente trasferita ad altre regioni come elemento di crescita di sistema e di sostenibilità a lungo termine.

Nel progetto ICARE sono inoltre previste azioni trasversali complementari alle attività di altri progetti FAMI precedenti e/o in corso. Infatti, per meglio valorizzare le attuali progettualità in corso, sono state sviluppate e intensificate sinergie e collaborazioni con altri progetti FAMI a livello nazionale (FOOTPRINTS, SAVE, FARI 2, SILVER). In modo particolare, grazie alla convergenza con il progetto FOOTPRINTS si è potuto realizzare la formazione nazionale sulle Linee Guida, in collaborazione con il Ministero della Sanità, UNHCR e SIMM. Infine il materiale formativo presente nella piattaforma del progetto FOOTPRINTS è stato messo a disposizione dei referenti ICARE per una sua ulteriore diffusione tramite le attività formative che vengono organizzate negli ambiti regionali e territoriali di riferimento. Alcuni degli operatori dei SSR sono coinvolti come referenti in entrambi i progetti ICARE e FOOTPRINTS. Il progetto ICARE è tuttora in corso e fra le sue attività ha inevitabilmente aggiunto azioni legate all'attuale pandemia da COVID-19.

■ 2. La progettazione territoriale dei gruppi FOOTPRINTS

A. Il ruolo centrale dei gruppi di referenti regionali FOOTPRINTS

Nell'intero processo volto alla definizione e alla realizzazione delle progettazioni territoriali del Progetto FOOTPRINTS, il ruolo dei gruppi di referenti regionali è stato centrale e dirimente. I referenti regionali, in quanto destinatari diretti del Progetto, sono stati gli attori fondamentali di tutto il percorso e auspicabilmente coloro che avranno la possibilità di dare continuità a livello locale a quanto avviato nel corso del Progetto.

La numerosità dei gruppi regionali/provinciali è stata indicata dal coordinamento di Progetto in base alla presenza della popolazione straniera residente e dei richiedenti protezione internazionale e all'articolazione geografica del territorio. In seguito, il Ministero della Salute ha invitato ogni Assessorato regionale a comporre il proprio gruppo FOOTPRINTS, identificando professionisti appartenenti sia alle Aziende Sanitarie Locali che all'istituzione regionale. Nella richiesta del Ministero della Salute, i gruppi nel loro insieme dovevano includere le seguenti caratteristiche: competenza/esperienza nell'ambito della salute della popolazione immigrata; incisività a livello delle politiche sanitarie locali e dell'organizzazione dei servizi; disponibilità di tempo e motivazione.

Tutte le Regioni e Province autonome hanno aderito designando i referenti FOOTPRINTS per il proprio territorio, anche se numerosità e caratteristiche indicate dal Ministero non sono state rispettate in tutti i casi. Questo aspetto ha inciso notevolmente sulla definizione degli obiettivi per ogni territorio e sul raggiungimento dei risultati attesi. Vi sono infatti degli aspetti strettamente connessi alle caratteristiche dei gruppi regionali che hanno influito sull'effettiva realizzazione delle progettazioni territoriali, in particolare la composizione dei gruppi e le dinamiche interne ai gruppi, aspetti che a loro volta hanno condizionato l'assunzione del mandato da parte dei referenti regionali. Alcune Regioni hanno infatti costruito i gruppi FOOTPRINTS

valorizzando le professionalità, gli uffici competenti e le strutture di *governance* (laddove presenti) già esistenti, cogliendo quindi l'occasione che il Progetto ha offerto per rafforzare, ampliare o meglio strutturare il sistema di *governance* regionale. Più complesso è stato il percorso per i gruppi in cui non erano già presenti degli organi o dei professionisti con responsabilità formale nell'ambito di salute e migrazione, oppure nei gruppi in cui, pur essendovi dei professionisti coinvolti e motivati appartenenti alle Aziende Sanitarie, questi non appartenevano all'assetto regionale. In questi casi è stato più complesso e difficile trovare una necessaria interlocuzione con il livello politico-istituzionale di livello regionale. Va inoltre sottolineato che il Progetto FOOTPRINTS ha esplicitamente lavorato in tutte le sue fasi con l'obiettivo di potenziare il lavoro in gruppo multiprofessionale e multidisciplinare, stimolando lo sviluppo di competenze volte al confronto, alla collaborazione e al coordinamento tra i diversi attori coinvolti: nonostante questi aspetti rientrino tra gli obiettivi formativi del percorso di *capacity building*, in alcuni contesti la dinamica collaborativa ha avuto maggiori difficoltà a realizzarsi in maniera proficua.

B. Il contesto di partenza: presenza di politiche su salute e migrazione, sistemi di governance e attori istituzionali, organizzazioni del terzo settore

Il contesto di azione è senza dubbio l'elemento esterno ai gruppi che più ha condizionato la realizzazione della progettazione territoriale, questo sia in termini di posizionamento politico-istituzionale delle Giunte regionali rispetto al tema della migrazione, sia in termini di pregressa attività svolta e di precedenti politiche regionali in tale ambito, con la conseguente presenza o mancanza di un quadro normativo regionale, figure o strutture competenti, procedure consolidate e strumenti operativi già adottati nei contesti di riferimento.

Rispetto alla normativa vigente per la salute della popolazione immigrata, il principale riferimento legislativo rimane l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 con il documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome". Come emerge dal monitoraggio sul recepimento e sull'applicazione di tale Accordo, svolto dalla SIMM e dai GrIS attraverso l'analisi degli atti formali (note, circolari, delibere) prodotte dalle Regioni, la normativa vigente non è uniformemente applicata su tutto il territorio nazionale, nonostante sia cogente sul piano delle norme esistenti: attualmente sono 14 le Regioni/PA che hanno recepito con atti formali l'Ac-

cordo Stato-Regioni (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Sicilia, Abruzzo, Molise, Toscana, Marche, Piemonte e PA Trento), mentre altre Regioni che non hanno recepito formalmente l'Accordo, hanno tuttavia approvato degli atti formali che regolamentano alcuni aspetti chiave quale, per esempio l'iscrizione del minore straniero al pediatra di libera scelta/al SSR a prescindere dallo stato giuridico in cui si trova. Com'è noto e com'è stato evidenziato nel corso dell'analisi territoriale svolta nella prima fase del Progetto FOOTPRINTS, l'esistenza di atti formali di recepimento non significa la reale applicazione della normativa, o comunque non garantisce la sua corretta applicazione in modo omogeneo nei servizi del territorio.

Per quanto riguarda le indicazioni nazionali prodotte a partire dal 2016 in seguito all'aumento dei flussi in ingresso della popolazione richiedente protezione internazionale (Linee guida sui controlli sanitari nel percorso di accoglienza, Linee guida per il riconoscimento, la presa in carico e la riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, Protocollo per l'accertamento della minore età per gli stranieri non accompagnati), anche in questo caso le indicazioni non sono state recepite uniformemente sul territorio nazionale: in alcuni contesti regionali sono stati prodotti dei documenti volti alla loro implementazione, in altri contesti sono stati avviati dei tavoli di lavoro per l'elaborazione di documenti operativi, in altri ancora sono presenti progettualità specifiche che riguardano alcuni aspetti relativi alla presa in carico sociale e sanitaria e che fanno riferimento alle linee guida nazionali. All'avvio del Progetto FOOTPRINTS, tutte le Regioni avevano emanato circolari per la definizione della presa in carico sanitaria dei richiedenti protezione internazionale, ma non tutte avevano definito delle vere e proprie modalità operative, dotandosi di protocolli di coordinamento tra le amministrazioni e i soggetti del privato sociale coinvolti nella gestione dell'accoglienza. Erano infatti Sicilia, Marche, Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Lazio le Regioni che avevano prodotto i documenti più articolati e con espliciti riferimenti alle indicazioni nazionali. Va segnalata in questo contesto la Deliberazione 590 del 16 ottobre 2018 della Regione Lazio, che ha approvato il documento concernente "Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale", con il quale vengono recepiti i tre documenti programmatici nazionali e vengono forniti alle ASL e agli operatori dei centri d'accoglienza strumenti per una corretta e uniforme presa in carico dei richiedenti protezione internazionale.

L'altro aspetto relativo al contesto di partenza che ha fortemente inciso sulla definizione e realizzazione delle progettazioni territoriali dei gruppi

regionali FOOTPRINTS è l'esistenza o meno di un sistema di *governance* regionale per la salute della popolazione immigrata e la sua articolazione territoriale. Facendo riferimento alla situazione descritta all'avvio del Progetto², sono poche le Regioni dotate di veri e propri organi di governo e di coordinamento a livello regionale (Lazio, Toscana, Marche, Friuli Venezia Giulia) mentre, come accennato precedentemente, in alcuni contesti la competenza viene formalmente affidata a uffici e tavoli di lavoro. Sono diversi i contesti locali in cui non sono istituiti degli organi di governo formali, anche se sono presenti singoli professionisti impegnati nell'ambito di salute e migrazione, con capacità limitate di incidere in maniera sistematica nell'organizzazione dei servizi e nella programmazione socio-sanitaria. Questo aspetto influenza in modo netto la capacità dei servizi di rispondere sistematicamente ai bisogni di salute, dando luogo ad azioni frammentate ed estemporanee in assenza di figure e strutture dedicate e di un'articolazione definita di ruoli e responsabilità/mandati tra gli attori istituzionali.

Un altro elemento che influenza la dinamicità delle politiche per la salute dei migranti sui territori è la presenza di organizzazioni del terzo settore attive sul tema. L'esperienza concreta e quotidiana delle organizzazioni del terzo settore impegnate per la salute dei migranti permette di costruire chiavi di lettura fondamentali per interpretare i bisogni di salute del territorio e per organizzare risposte all'altezza di tale complessità. In questo senso, l'interazione del privato sociale con le istituzioni pubbliche può portare elementi di analisi e di stimolo nella costruzione o nella trasformazione all'interno dei servizi pubblici verso una maggiore tutela del diritto alla salute e dell'equità. In alcuni contesti regionali la collaborazione, già esistente o avviata grazie al progetto FOOTPRINTS, dei gruppi di referenti regionali con i GrIS ha costituito un valore aggiunto nel processo di identificazione delle priorità su cui intervenire. Inoltre le azioni di informazione e di *advocacy* all'interno dei processi locali, sostenute dalla società civile organizzata, hanno un ruolo fondamentale sullo scenario sociale e politico territoriale in un'ottica di sensibilizzazione, attraverso campagne e azioni volte alla giustizia sociale e alla tutela dei diritti della popolazione immigrata.

Va infatti evidenziato che il clima politico nel quale il Progetto FOOTPRINTS ha avviato le attività territoriali è stato ostacolante su tutto il territorio nazionale, con sfumature e implicazioni diverse a seconda dei

2 Si fa riferimento al periodo di avvio del Progetto in quanto diversi gruppi regionali hanno perseguito nel corso delle attività l'obiettivo di rafforzare o istituire formalmente i sistemi di *governance* regionali.

territori. Le attività sono state avviate poco dopo la conversione in legge (L. 132/2018) del decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113, che introduceva numerose criticità e ambiguità nelle politiche migratorie con ricadute anche sul diritto alla salute e l'accesso alle cure. Nel corso dell'analisi territoriale di partenza svolta con i GrIS infatti veniva registrata una preoccupazione diffusa su tutto il territorio nazionale rispetto alla crescente discriminazione rivolta alle persone di origine straniera, agita anche all'interno dei servizi sanitari regionali e da operatori del settore pubblico. È noto infatti che gli atti discriminatori rappresentano barriere d'accesso informali ai servizi di salute, limitando la fruizione dei servizi, e che i processi sociali discriminatori agiscono come determinanti negativi della salute, amplificando le disuguaglianze.

Infine, la sensibilità e il posizionamento politico-istituzionale delle Giunte regionali rispetto al tema dell'immigrazione hanno un impatto sia sulla definizione delle politiche locali, dell'allocazione delle risorse e dell'organizzazione dei servizi, e sia sulla costruzione di significati a livello sociale, e tali aspetti hanno in parte favorito o al contrario ostacolato la realizzazione di progettualità definite dai referenti in tale ambito, particolarmente sensibile sul piano politico.

Rispetto al piano politico regionale e alla sua influenza sulle progettualità in corso, va inoltre evidenziato il fatto che tra il 2019 e il 2020, 13 Regioni sono andate incontro ad elezioni, e questo aspetto in diversi territori ha comportato un rallentamento o in parte una sospensione dell'interlocuzione con l'istituzione regionale, e di conseguenza dei processi locali avviati nel contesto del Progetto.

C. Le fasi della progettazione territoriale e le attività dei gruppi regionali FOOTPRINTS

Le attività da svolgersi nei contesti regionali/provinciali sono state avviate nel corso della prima formazione residenziale. In tale occasione i gruppi di referenti individuati dalle Regioni/PA hanno dato avvio al lavoro in gruppo, definendo una prima progettualità da realizzare nel corso del Progetto FOOTPRINTS. Il modulo dedicato della formazione residenziale e il mandato per il lavoro dei gruppi regionali sono stati predisposti dal coordinamento del Progetto in stretta collaborazione con i docenti della sessione, esperti di programmazione sanitaria in ambito di salute e migrazione.

La sessione di lavoro è stata aperta con la restituzione dell'analisi sulle criticità e sulle risorse presenti nei contesti regionali, costruita attraverso l'integrazione di diversi strumenti quali il monitoraggio dell'applicazione della

normativa nei contesti regionali, l'analisi qualitativa proveniente dai GrIS e i la prospettiva dei referenti regionali FOOTPRINTS raccolta e analizzata in fase pre-residenziale. Il mandato del lavoro per i gruppi regionali ha previsto quindi l'elaborazione di una traccia di lavoro finalizzata a rafforzare il coordinamento degli interventi e delle politiche per la salute della popolazione immigrata nella propria Regione/PA, articolandosi su tre piani³:

- **Il contesto di partenza e l'autovalutazione del gruppo:** i gruppi regionali sono stati inviati ad analizzare i focus regionali predisposti dal team di progetto, integrandoli con gli elementi di propria competenza, svolgendo un'analisi sullo stato dell'arte rispetto all'applicazione dei riferimenti normativi e alla loro reale implementazione nel contesto territoriale. I gruppi sono stati inoltre invitati a svolgere un'autovalutazione rispetto alla capacità del gruppo stesso di incidere rispetto agli obiettivi del progetto, alla luce della sua composizione e del contesto di riferimento.
- **Gli attori coinvolti/da coinvolgere e gli strumenti di coordinamento:** rispetto al contesto, i gruppi hanno riflettuto su quali attori (istituzionali e del terzo settore) devono essere coinvolti nel processo di rafforzamento del coordinamento regionale, partendo dall'analisi degli attori già esistenti e l'eventuale articolazione già in essere sul proprio territorio. Il lavoro è proseguito con la definizione delle possibili strategie e modalità operative per il rafforzamento del coordinamento tra gli attori, attraverso l'identificazione dei livelli organizzativi necessari a tale scopo.
- **Le priorità su cui focalizzare l'intervento:** i gruppi regionali sono stati infine invitati a definire gli aspetti più rilevanti emersi dal confronto interno, su cui si è ritenuto fosse prioritario intervenire, alla luce dell'analisi del contesto, degli attori coinvolti/da coinvolgere e della capacità di incidere dei gruppi stessi nel territorio di riferimento.

Alle sessioni di lavoro per la definizione delle progettazioni territoriali hanno partecipato i facilitatori SIMM per le attività territoriali, che hanno quindi accompagnato i gruppi di referenti regionali sin dalle prime fasi del lavoro. Nel corso delle attività di Progetto, i facilitatori SIMM hanno supportato i gruppi regionali FOOTPRINTS nell'avanzamento del lavoro territoriale, sostenendo, in particolare nelle fasi iniziali, l'incontro e la collaborazione tra i gruppi di referenti e i GrIS territoriali, laddove presenti, al fine di integrare la prospettiva di figure istituzionali con mandato regionale e coinvolte nel percorso di *capaci-*

3 La traccia completa di lavoro è consultabile in Allegato 1.

ty building, con quella degli operatori impegnati sul territorio per la salute dei migranti e già in rete attraverso i GrIS.

Il piano di lavoro inserito nelle progettazioni territoriali è stato in seguito rivisto e aggiornato dai gruppi di referenti regionali in occasione dell'incontro nazionale FOOTPRINTS svoltosi nel contesto del V Workshop InterGrIS della SIMM (Napoli, maggio 2019)⁴, al quale hanno partecipato i rappresentanti di 16 gruppi regionali. L'incontro nazionale è stato concepito come parte di un più ampio lavoro svolto nel corso dell'InterGrIS, dal titolo "Strumenti di monitoraggio e implementazione delle politiche" e ha avuto come obiettivo principale la costruzione di un confronto pubblico tra i referenti delle Regioni/PA e i GrIS per il rafforzamento dei sistemi di governance regionali e per la costruzione di modalità operative condivise e coordinate a sostegno dell'implementazione delle politiche per la salute dei migranti. I principali risultati del gruppo di lavoro sono stati inclusi nel Format nazionale di documento per l'elaborazione dei piani di coordinamento regionale. Tale sessione di lavoro ha prodotto: l'impostazione della struttura stessa del Format di documento; la scheda sintetica sui sistemi di governance regionali⁵, utilizzata come supporto delle progettazioni territoriali e inserita nel Format di documento; i punti principali relativi agli strumenti di implementazione inseriti nel Format di documento.

La revisione definitiva della progettazione territoriale da realizzarsi nell'anno successivo di Progetto si è svolta nel corso della seconda formazione residenziale (settembre 2019): con il supporto di strumenti didattici e di materiali precedentemente prodotti dal Progetto (come la scheda sintetica sul modello di *governance* regionale e la struttura del Format di documento), i gruppi di referenti regionali sono stati invitati ad analizzare il lavoro di gruppo svolto all'interno del Progetto fino a quel momento, a situare temporalmente le azioni passate e le azioni pianificate per le fasi successive, definendo ruoli e responsabilità all'interno del gruppo di lavoro per le azioni programmate.

Le progettazioni territoriali vengono descritte sommariamente nella sezione successiva del testo, mentre per il dettaglio dei processi territoriali innescati si rimanda alla raccolta dei documenti conclusivi sulle progettazioni dei gruppi regionali FOOTPRINTS (nel volume "Progettazione territoriale e attività svolte dalle singole Regioni e Province autonome nel contesto del Progetto FOOTPRINTS). In linea generale, gli ambiti prioritari di lavoro definiti dai gruppi regionali nelle progettazioni territoriali sono i seguenti:

4 L'InterGrIS è il workshop nazionale dei GrIS che si svolge con cadenza biennale.

5 La scheda sintetica sul modello dei sistemi di *governance* regionali è consultabile in Allegato 2.

- Mappatura dei servizi esistenti sul territorio rivolti alla popolazione immigrata, offerti dal settore pubblico e dal privato sociale: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Basilicata, Puglia
- Indagine all'interno dei servizi sanitari sulle criticità relative all'accesso alle cure: Liguria, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia
- Rafforzamento della rete dei servizi territoriali: Liguria, Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, PA Trento, PA Bolzano, Marche, Campania, Puglia
- Istituzione e rafforzamento degli organismi di *governance* regionale e costruzione di tavoli inter-istituzionali: Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Umbria, Abruzzo, Sardegna, Campania, Calabria, Basilicata, Puglia, Sicilia
- Aggiornamento e ampliamento della normativa regionale: Liguria, Piemonte, Toscana, Campania, Sardegna
- Recepimento delle LLGG nazionali per la salute dei migranti e implementazione nei servizi del territorio: PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Lazio, Campania
- Implementazione di percorsi formativi: Liguria, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Lazio.

Nella realizzazione delle progettazioni territoriali definite dalle Regioni/Province autonome nel 2019 e da concretizzarsi nel 2020, ha influito l'impatto dell'emergenza sanitaria e sociale da COVID19: molti dei referenti regionali/provinciali sono stati - e continuano a essere - impegnati in modo preponderante nella gestione dell'emergenza sanitaria sui propri territori. Le priorità e le risorse di tempo e di impegno da parte di molti professionisti sono state spostate sulla gestione dell'emergenza, limitando lo spazio d'intervento nell'ambito della programmazione sanitaria. Come già evidenziato, va considerato inoltre che 13 Regioni sono andate incontro ad elezioni, e questo aspetto ha comportato un rallentamento o una sospensione dell'interlocazione con l'istituzione regionale, e di conseguenza dei processi locali avviati nel contesto del Progetto. In questo contesto, nel corso del 2020 solo i gruppi più consolidati, i cui referenti sono già inseriti nell'assetto regionale/provinciale, hanno potuto proseguire con le progettualità definite, mentre il lavoro territoriale è stato sospeso dai gruppi di referenti caratterizzati da un minor spirito di affiatamento e motivazione, dai gruppi con una percezione più debole del mandato loro affidato dalla Regione/PA, dai gruppi che non sono riusciti ad avere un'interlocazione costruttiva presso il loro Assessorato.

■ 3. Focus territoriali sulla progettazione nel contesto del progetto FOOTPRINTS

AREA NORD

A. Il contesto di partenza

Tra le regioni dell'area Nord-Ovest, il Piemonte rappresenta un esempio virtuoso poiché fin dal 1996 sono stati creati i Centri di Informazione Salute Immigrati (I.S.I.) presso le Aziende Sanitarie Locali, con lo scopo di coordinare l'organizzazione dei servizi sanitari rivolti agli stranieri non in regola. Inoltre vi è stato un recepimento formale dell'Accordo Stato-Regioni del 2012 e protocollo d'intesa tra Regione Piemonte e Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e della Valle d'Aosta, concernente il riconoscimento multidisciplinare dell'età per i minori stranieri non accompagnati. In Liguria, l'Accordo Stato-Regioni del 2012 è l'unico documento recepito formalmente. In Lombardia, seppur presenti alcuni atti di allineamento rispetto all'Accordo e alle Linee guida nazionali, nessun documento è stato recepito; inoltre la Regione non ha adottato il codice ENI per le prestazioni volte ai cittadini comunitari non iscritti al SSR.

A livello regionale i Referenti del Piemonte dispongono di una struttura diffusa su tutto il territorio, ben identificata e normata, ovvero i centri I.S.I.. Queste strutture sono coordinate da un tavolo regionale predisposto, come per la rete dei Consultori. In Valle D'Aosta e in Lombardia non esistono sistemi dedicati alla popolazione straniera, rimandando unicamente a problematiche di salute pubblica e alle relative strutture (come rispetto alla prevenzione della diffusione di malattie infettive). In Liguria sembra non esistere un organo centrale che abbia il mandato di coordinare la tutela della salute della popolazione straniera e gli operatori si muovono in assenza di una regia complessiva, con una conseguente disomogeneità marcata sul territorio.

Il terzo settore in Lombardia sopperisce alle mancanze strutturali dei servizi territoriali e centrali. Le realtà diffuse sul territorio in parte aderiscono

al Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS), cercando un dialogo tra istituzioni e territorio, talvolta difficile dal punto di vista istituzionale. Al contrario in Liguria tra GrIS e istituzioni regionali vi è un buon rapporto che permette la facilitazione territoriale delle realtà del terzo settore. In Piemonte il dialogo è assicurato tramite i Centri I.S.I. che spesso riescono a farsi carico dei problemi delle associazioni presenti a livello territoriale.

Nell'area Nord Est si riscontra una discreta variabilità dei contesti regionali e in particolare delle politiche relative alla salute della popolazione straniera. Delle due Regioni/Province Autonome che hanno formalmente recepito l'Accordo Stato-Regioni del 2012, il Friuli Venezia Giulia (FVG) dimostra una maggiore attenzione alle criticità della sua applicazione rispetto alla Provincia Autonoma di Trento (PA Trento) che comunque non presenta un sistema di *governance* specifico per la salute della popolazione straniera. Nella Provincia Autonoma di Bolzano (PA Bolzano) e in Veneto l'Accordo non è stato recepito e, nonostante alcuni atti di allineamento, le indicazioni regionali risultano ancora insufficienti e producono pratiche territoriali alquanto disomogenee.

Mentre in FVG esistono sistemi di *governance* relativamente articolati, con organi regionali (come il Tavolo regionale per la salute dei migranti e il Tavolo Istituzionale regionale sulla protezione internazionale) chiaramente identificati nell'ambito del coordinamento delle questioni relative alla salute della popolazione straniera, in Veneto le politiche relative all'immigrazione sono riferibili a due Direzioni Regionali che con funzioni diverse si occupano di immigrazione, ed è presente un Osservatorio regionale sull'immigrazione regionale. I meccanismi di dialogo con gli attori territoriali del terzo settore sono presenti in entrambe le regioni, anche se con forza maggiore in FVG.

Nella PA di Trento, ma soprattutto in quella di Bolzano, non vi è una struttura centrale con un mandato definito in materia e gli operatori si muovono in assenza di una regia complessiva. Per quanto riguarda la PA di Trento uno dei referenti FOOTPRINTS ha comunque ricevuto mandato per la costituzione di un Tavolo regionale per la salute dei migranti.

B. I gruppi dei referenti regionali FOOTPRINTS

Composizione dei gruppi e relazione con l'istituzione regionale e il sistema di *governance*

Il Piemonte è caratterizzato da un gruppo eterogeneo, ad estrazione diversificata che attraverso i propri incarichi lavorativi rappresenta praticamente tutto il territorio regionale. Molti di loro hanno acquisito molta esperienza

nel campo della salute della popolazione migrante, sia da un punto di vista clinico che amministrativo. L'unica carenza del gruppo è caratterizzata dal non avere al proprio interno un esponente regionale: per tale motivo, dopo numerose sollecitazioni, è stata nominata una settima persona afferente al gruppo e detenente un ruolo regionale. Alcuni referenti si trovano all'interno dei tavoli di coordinamento dei Centri I.S.I. e dei consultori e pertanto riescono ad avere un'ottima e ampia visione territoriale. I referenti hanno collaborato in maniera proficua, ottenendo però un supporto parziale dalla figura di riferimento regionale.

In Lombardia il gruppo FOOTPRINTS (4 professionisti anziché 6 come richiesto da Progetto) è un gruppo di persone che ha già collaborato in precedenza. I referenti identificati possiedono tutti una notevole esperienza riguardo alla salute della popolazione immigrata, sia da un punto di vista clinico che sociale e legale. Il grande limite è la territorialità, limitata alla Città metropolitana di Milano, tranne per un esponente che detiene una delega a livello regionale per le popolazioni vulnerabili. Tutti i componenti svolgono ruoli importanti all'interno delle Strutture di appartenenza, con un grande impegno su molti fronti e di conseguenza meno disponibilità di tempo. Loro intenzione è sempre stata quella di coinvolgere attivamente anche il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione, con un conseguente ritardo nelle tempistiche sul programma pianificato per il 2020.

Per quanto riguarda la Liguria, il gruppo è multiprofessionale, con un solo medico e altri professionisti con ruoli che coprono più o meno tutti gli aspetti clinici e sociali che possono riguardare la popolazione migrante. Da un punto di vista geografico, rappresentano quasi tutta la regione, con il Dirigente Medico che lavora nella zona caratterizzata dalla presenza della popolazione migrante transitante al confine italo-francese. Pur non conoscendosi in precedenza, hanno collaborato in modo ottimale da subito, creando un ottimo spirito di gruppo. Mancando un referente con incarico regionale, fin dai primi mesi si sono organizzati e sono riusciti a nominarne uno che ha collaborato per quasi tutto il progetto. Il gruppo ha focalizzato subito gli obiettivi e ha capito come raggiungerli, basandosi su un'ottima conoscenza del sistema regionale e territoriale. Grazie alla collaborazione con alcuni esponenti regionali e sanitari sono riusciti a portare a termine alcuni obiettivi e sono riusciti a identificare e far nominare anche referenti delle ASL non rappresentate tra loro, in modo da uniformare la rappresentanza del territorio. Il rapporto con il GrIS è andato in crescendo, riuscendo a sottoscrivere un programma di intenti, basandosi su interessi comuni, specificando bene i relativi ruoli dei due gruppi.

In Valle d'Aosta, l'unica persona individuata dalla Regione per il progetto, si occupa prevalentemente di mediazione linguistica-interculturale. Dopo la prima formazione residenziale è stata inclusa nel gruppo Piemonte nello scambio di informazioni, condividendo alcuni organismi amministrativi comuni e la vicinanza al fine di eventualmente fornirle un supporto. La parte sanitaria della Regione non ha identificato una figura di supporto, nonostante il sollecito. Inoltre la Regione ha passato un momento politico di transizione con un commissariamento, che sicuramente non ha aiutato.

La composizione dei gruppi di referenti nel Nord Est è varia: in FVG e in Veneto il gruppo è costituito da professionisti competenti e motivati a estrazione diversificata, che attraverso i propri incarichi lavorativi sono abbastanza rappresentativi del territorio regionale. In entrambi i casi esiste una componente regionale. Mentre questa in FVG viene supportata dalla forza istituzionale degli altri componenti (come della Coordinatrice del Tavolo Regionale Salute Migranti), in Veneto il gruppo FOOTPRINTS ha sentito maggiormente la mancanza di un riferimento regionale con competenza nel settore, a fronte dell'impegno di tutti i partecipanti.

Per quanto riguarda la PA Trento, nonostante la sostituzione prima di uno e poi di entrambi i referenti, il Gruppo FOOTPRINTS ha dimostrato una buona motivazione nell'ambito del Progetto, prima grazie al referente responsabile dell'Osservatorio per la salute della Provincia autonoma di Trento, poi con le figure di riferimento che lo hanno sostituito.

Rispetto al gruppo della PA Bolzano, entrambi i referenti si occupano di questioni relative all'immigrazione e negli ultimi mesi hanno ottenuto la proficua strutturazione di un canale di confronto e scambio con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Bolzano.

La composizione dei gruppi regionali appena descritta ha ovviamente influenzato la qualità della loro relazione con l'istituzione regionale e il sistema di *governance* della salute della popolazione straniera. Solo dopo la nomina dei due referenti regionali esterni in Liguria e Piemonte, è stato possibile un dialogo con le istituzioni. In Lombardia, sebbene più volte stimolata in tal senso, la Regione non ha acconsentito a un incontro ufficiale, ma solo tramite il Referente con delega regionale alle fragilità. Nelle Regioni/PPAA i cui Gruppi FOOTPRINTS includono uno o più interlocutori regionali, la relazione si è sviluppata in modo più efficace (come in FVG) anche se non sempre senza difficoltà. Il contatto con le Istituzioni della Regione Veneto, nonostante negli ultimi mesi la componente del Gruppo FOOTPRINTS che lavora in Regione sia stata rinforzata, non ha portato a effettivi risultati.

Collaborazione tra gruppi FOOTPRINTS e GrIS e altri attori del territorio

In Valle D'Aosta non è presente un GrIS; durante il progetto è stato effettuato un tentativo di creazione di un gruppo di lavoro al fine di dare un supporto alla referente, ma non vi è stato alcun esito. Vi è stato anche il tentativo di coinvolgere altre realtà del terzo settore, senza però riuscirci. Il GrIS piemontese è una realtà consolidata, ma il suo apporto al progetto è avvenuto prevalentemente tramite una sola figura di riferimento. In Liguria si è assistito a un coinvolgimento attivo della portavoce in prima persona e di tutto il GrIS, con una comunanza di intenti e una suddivisione dei compiti a seconda delle rispettive competenze. Il GrIS Lombardia è riuscito a dialogare parzialmente con i referenti, trovando però delle difficoltà nella programmazione degli incontri.

In FVG c'è stato un buon livello di coinvolgimento del GrIS locale nei lavori del gruppo dei referenti FOOTPRINTS; anche se più debole il coinvolgimento è stato presente anche in Veneto dove la coordinatrice del GrIS locale è tra i referenti FOOTPRINTS. Mentre il GrIS della PA di Trento, già strutturato da anni in ambito provinciale, ha messo la sua esperienza e la sua presenza sul territorio a disposizione dei referenti FOOTPRINTS, ottenendo buoni risultati su singole iniziative, il rapporto del neonato (anche sulla spinta del Progetto FOOTPRINTS) GrIS Bolzano con i referenti è stato più complesso e a tutt'oggi non risulta esitare in una proficua collaborazione.

C. Definizione delle priorità di lavoro e realizzazione della progettualità: opportunità e difficoltà incontrate

Le differenti peculiarità, composizioni dei gruppi e i contesti territoriali hanno comportato variegata modalità di lavoro.

In Regioni come Valle D'Aosta è stata necessaria innanzitutto un'analisi del territorio prima di una vera programmazione. Al contrario, in Piemonte, ove il sistema di *governance* è già noto e sviluppato, è stato necessario pianificare la creazione di tavoli trasversali di coordinamento. In Liguria i referenti hanno trovato l'appoggio regionale, tale per cui l'intento è stato quello di creare un tavolo regionale dalla durata superiore a quella del progetto. In Lombardia la programmazione è stata effettuata senza un vero e proprio appoggio regionale, nonostante i tentativi di coinvolgimento. Di conseguenza, la referente della Valle D'Aosta si è focalizzata su una mappatura dei servizi presenti sul territorio. In Piemonte si è riusciti a introdurre una proposta di creazione di tavolo regionale interdipartimentale, comprendente tutti gli interlocutori in materia di tutela della salute degli stranieri. In

Liguria è stata avviata la medesima procedura, comprendendo tutte le ASL del territorio regionale, oltre che un maggior coinvolgimento per la stesura del Documento di coordinamento regionale sulla base del Format nazionale elaborato nel Progetto. La Lombardia, pesantemente colpita dall'epidemia di SARS-CoV-2, è riuscita solo attraverso due referenti a mantenere il collegamento con il Progetto, mostrando comunque l'interesse a proseguire il percorso delineato.

Mentre in FVG le priorità identificate dal gruppo dei referenti sono di fatto coincise con processi già avviati dal livello regionale, in Veneto il progetto FOOTPRINTS ha cercato di favorire la programmazione di nuove progettualità.

Nella PA Bolzano la programmazione è stata dettata dai bisogni emergenti (con alcune risposte date dal gruppo stesso), come per i percorsi ed i rinnovi di iscrizione al SSP, l'interlocuzione con la Procura dei minori, a fronte comunque di uno scarso interesse delle istituzioni a un rinnovamento degli assetti esistenti nell'area della salute della popolazione straniera.

Nella PA Trento il mandato di Istituzione del Tavolo Salute e Immigrazione rappresenta un passo importante, nella speranza che possa essere realizzato in futuro nonostante la sostituzione del referente incaricato e l'imminente termine del Progetto.

Complessivamente la regione con un sistema di *governance* della salute dei migranti già strutturato (FVG), pur non senza difficoltà, ha partecipato più attivamente al progetto FOOTPRINTS e ha registrato risultati tangibili.

AREA CENTRO

A. Il contesto di partenza

Nell'area Centro si riscontra una notevole variabilità dei contesti regionali e in particolare delle politiche relative alla salute della popolazione straniera. Ad esempio, Lazio, Toscana, Marche, Abruzzo e Molise hanno formalmente recepito l'Accordo Stato-Regioni del 2012: mentre le criticità della sua applicazione ricevono l'attenzione dei responsabili a livello regionale in Toscana, Lazio e Marche, non sembra invece che in Abruzzo e Molise venga posto particolare interesse da parte del livello regionale alla disomogenea applicazione di tale normativa. In Emilia Romagna e Sardegna l'Accordo non è stato recepito, ma vi sono atti di allineamento; tuttavia le indicazioni regionali risultano non adeguate ad evitare la presenza di pratiche territoriali disomogenee.

In Toscana, Lazio e Marche esistono sistemi di *governance* relativamente articolati, con organi regionali chiaramente identificati come responsabili del coordinamento delle questioni relative alla salute della popolazione straniera (pur se il coordinamento con altri organi regionali ha margini di miglioramento), rappresentanza del livello delle Aziende sanitarie e meccanismi di dialogo stabili con la sanità territoriale (Toscana, Marche) e con gli attori territoriali del terzo settore (Lazio).

In Emilia Romagna, la competenza per i temi di salute e migrazione è di pertinenza dell'Assessorato politiche per la salute e in particolare del Servizio Assistenza Territoriale, ma non vi è in vero e proprio sistema di *governance* regionale, nonostante la presenza di figure e uffici con competenza specifica e atti formali che definiscono la relazione con gli enti del terzo settore impegnati nell'ambito.

In Abruzzo, Molise e Umbria sembra non esistere a livello regionale un organo che abbia mandato di coordinare la materia in questione, e gli operatori si muovono in assenza di una regia complessiva. In Sardegna infine i tentativi di stabilizzare un sistema di *governance* della materia si sono probabilmente scontrati con il continuo riordino degli assetti delle ATS (Azienda per la Tutela della Salute) regionali, che hanno permesso una concentrazione prevalente di iniziative nel cagliaritano, lasciando il resto del territorio di fatto privo di *governance*.

B. I gruppi dei referenti regionali FOOTPRINTS

Composizione dei gruppi e relazione con l'istituzione regionale e il sistema di *governance*

La composizione dei gruppi di referenti regionali è molto variabile nella zona Centro: in Lazio e Toscana il gruppo dei referenti è stato attentamente pensato per includere al proprio interno gli interlocutori istituzionali chiave (per il Lazio, la Direzione Regionale Sanità e Integrazione Sociosanitaria, nelle sue due articolazioni rilevanti, ovvero Area Promozione della salute e Area Rete integrata del territorio; per la Toscana, il funzionario regionale incaricato del tema ed i referenti del Centro Salute Globale); in queste due regioni si è avuto cura di includere nel gruppo anche operatori in diretto contatto con il territorio e con le sue reti (in Toscana, ad esempio, i referenti delle tre Aziende sanitarie per l'area migrazione). Anche il gruppo della Regione Marche è composto da professionisti inseriti nell'assetto regionale, con due figure afferenti all'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute (OdS) dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) e una figura nell'Azienda Sanitaria

Unica Regionale (ASUR), più un professionista sanitario del territorio. Inoltre l'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute (OdS) ha assunto un ruolo di supervisione del gruppo di lavoro.

La composizione del gruppo dell'Emilia Romagna ha una forte rappresentatività in termini di esperienza e professionalità in forma operativa, con referenti impegnati nell'ambito di salute dei territori ovest e centro della Regione (mancano rappresentanti della Romagna), più una professionista con incarico nell'area della Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna. Non vi è tuttavia il coinvolgimento del Servizio Assistenza Territoriale.

Nel caso di Sardegna, Abruzzo e Molise, i gruppi non hanno al proprio interno un rappresentante dell'istituzione regionale: questo ha determinato grosse difficoltà per i referenti (ad esempio in Abruzzo) che non hanno di fatto mai individuato il proprio interlocutore istituzionale; o che – per ragioni varie – non hanno attivato il dialogo con gli interlocutori regionali (Sardegna). In queste ultime tre regioni, peraltro, i componenti dei gruppi hanno ruoli professionali di vario tipo, non sempre direttamente attinenti con l'area migrazione; talvolta essi sono portatori di grande esperienza clinica ma non hanno una consolidata familiarità con una visione sistemica della materia, in particolare a livello di *governance* regionale.

La Regione Umbria ha individuato un solo referente (a fronte di quattro richieste), impegnato nell'ambito della mediazione linguistico-interculturale in Azienda sanitaria, che non ha ottenuto un supporto tramite l'individuazione di altri referenti né un dialogo proficuo con l'istituzione regionale.

In Emilia Romagna, Toscana e Lazio, alcuni referenti FOOTPRINTS sono anche coinvolti nel Progetto I.C.A.R.E. (Integration and Community Care for Asylum Refugees in Emergency), elemento che ha certamente favorito la sinergia presente negli obiettivi e i filoni di attività dei due progetti.

La composizione dei gruppi regionali (di cui sopra) ha spesso determinato l'esistenza stessa e la qualità della loro relazione con l'istituzione regionale e il sistema di *governance* sulla salute della popolazione straniera: nelle regioni i cui gruppi regionali includono uno o più interlocutori regionali, la relazione si è sviluppata in modo non privo di frizioni, ma spesso proficuo: con il gruppo di referenti FOOTPRINTS, cioè, che ha funzionato da stimolo per il lavoro regionale (Toscana), o che comunque ha accompagnato azioni da precedentemente programmate dal livello regionale (Lazio, Marche). In alcuni casi hanno gravato sui lavori di questi gruppi la preesistente sovrapposizione di competenze o semplicemente la mancanza di meccanismi di coordinamento fluido all'interno

del livello regionale stesso, su cui il progetto ha potuto incidere solo marginalmente.

Nei casi in cui il gruppo non abbia incluso un membro fortemente collegato all'istituzione regionale, la relazione con questa non si è sviluppata; questo in alcuni casi nonostante i ripetuti tentativi dei referenti (Abruzzo, Umbria), in altri per la difficoltà dei referenti di costruire tale interlocuzione (Emilia Romagna, Sardegna, Molise), talvolta non pienamente sostenuta da una forte motivazione.

Collaborazione tra gruppi FOOTPRINTS e GrIS e altri attori del territorio

In Lazio e Toscana c'è stato un livello – pur non intenso - di coinvolgimento dei relativi GrIS nei lavori del gruppo dei referenti FOOTPRINTS: in Lazio tramite i già esistenti canali di rappresentanza del GrIS presso il Gruppo di lavoro per la Promozione e la tutela della salute degli immigrati della Regione Lazio, all'interno del quale ha due delegati (il GrIS stesso ha optato per non creare nuovi canali di interlocuzione con la Regione, in aggiunta a quelli esistenti); in Toscana tramite la partecipazione propositiva del GrIS ad alcune riunioni del gruppo dei referenti, e la partecipazione di alcuni referenti FOOTPRINTS alle attività del GrIS.

In Emilia Romagna hanno avuto luogo diversi momenti di confronto tra gruppo FOOTPRINTS e GrIS, il gruppo di referenti è stato invitato dal GrIS a partecipare ad alcune attività (come il Monitoraggio dei percorsi di assistenza per richiedenti e titolari di protezione internazionale in Emilia Romagna, ricerca svolta in seno alla rete GrIS, a cura di un gruppo di lavoro di specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Bologna) con esiti parziali. Nelle Marche, la collaborazione tra referenti FOOTPRINTS e GrIS formalmente si è limitata ad alcune attività puntuali.

In Sardegna alcuni referenti GrIS si sono invece messi a disposizione del gruppo dei referenti nel corso di una riunione allargata, senza tuttavia trovare la disponibilità ad attivare meccanismi consultivi o di collaborazione specifici.

In Abruzzo e Molise non esistevano GrIS all'inizio del progetto, ma i contatti avviati con la SIMM grazie al progetto hanno consentito di avviare un primo nucleo del GrIS Abruzzo.

C. Definizione delle priorità di lavoro e realizzazione della progettualità: opportunità e difficoltà incontrate

La definizione delle priorità di lavoro ha seguito logiche differenti nelle diverse regioni: mentre in Lazio e Marche le priorità identificate dal gruppo dei referenti sono di fatto coincise con processi già avviati dal livello regio-

nale - proposte aggiuntive non hanno di fatto trovato spazio -, in Toscana il Progetto FOOTPRINTS ha spinto la programmazione esistente oltre i limiti che si era precedentemente data, introducendovi il riconoscimento regionale delle LLGG nazionali per i richiedenti protezione internazionale.

In Abruzzo, in assenza di un interlocutore regionale, la programmazione è stata dettata dal gruppo stesso, ma è rimasta incompleta a causa proprio della mancanza di un referente istituzionale. Il processo è stato simile per l'Emilia Romagna, in cui i referenti hanno individuato diversi obiettivi sulla *governance* regionale, che non si sono realizzati in assenza di una stretta collaborazione con il Servizio Assistenza Territoriale.

In Sardegna e Molise, infine, i referenti non hanno di fatto perseguito le priorità da essi stessi identificate, evidenziando probabilmente una scarsa motivazione delle strutture di appartenenza a un rinnovamento degli assetti nell'area della salute della popolazione straniera.

Per tutti i contesti territoriali, l'emergenza sanitaria da COVID-19 ha comportato un rallentamento se non una sospensione dei processi avviati.

Complessivamente le realtà regionali con una *governance* della salute dei migranti già strutturata hanno partecipato più attivamente al progetto e hanno registrato risultati tangibili, grazie alla più attenta selezione dei referenti regionali FOOTPRINTS e alla mobilitazione da parte di questi ultimi di processi, contatti, competenze e analisi già esistenti. In queste regioni sono state talvolta presenti dinamiche a tratti conflittuali all'interno del gruppo e all'interno dell'amministrazione regionale stessa, spesso riconducibili alla natura trasversale della materia trattata, che hanno reso talvolta complesso il confronto e richiederebbero meccanismi di coordinamento complessi e multilivello.

In altri contesti regionali la mancanza di un interlocutore (che in alcuni casi coincide con una non piena messa a fuoco di una propria visione sul tema della salute dei migranti da parte dei vertici regionali) è stato un ostacolo invalicabile per i referenti regionali e loro facilitatori. La possibilità di stimolare l'interesse da parte dei vertici regionali in questione attraverso un'azione continua e coordinata del Ministero della Salute e dei referenti FOOTPRINTS per tutta la durata del progetto è stata un'azione realizzabile solo in alcuni contesti. All'interno di queste Regioni, quindi, non è stato possibile strutturare un sistema di *governance* della salute dei migranti, pur se rimangono comunque sul territorio i preziosi "semi" lasciati dal progetto FOOTPRINTS, come il Format di documento, le competenze sviluppate nel corso della formazione e le reti di professionisti costruite nel contesto del Progetto.

AREA SUD

A. Il contesto di partenza

In tutte le regioni dell' Area Sud ci sono atti formali di recepimento dell' Accordo Stato-Regioni, seppure con disomogeneità nell'applicazione anche all'interno dello stesso contesto regionale. In alcune regioni (Campania e Puglia) l'interazione dei SSR con il territorio, anche tramite altre progettualità già attive, ha portato alla creazione sulla carta di buone pratiche, che tuttavia si scontrano con una oggettiva difficoltà di applicazione. In Calabria e in Sicilia, nonostante vadano segnalate anche in questi due contesti buone prassi (come ad esempio l'adozione del Protocollo per la determinazione dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati in Sicilia), la questione degli sbarchi via mare ha monopolizzato il tema migranti e salute con un approccio più emergenziale; per la Regione Basilicata va segnalato che, nonostante il recepimento dell'Accordo Stato-Regioni, il basso numero di migranti presenti sul territorio regionale (ad eccezione dei periodi di maggior afflusso di lavoratori stagionali in campo agricolo) fa sì che sia più complesso costruire un approccio sistemico al tema.

Per le Regioni del Sud si rileva una mancanza di strutture permanenti sul tema migranti e salute che si sostanzia in un'assenza di un sistema di *governance* definito. Non mancano momenti di confronto e tavoli che coinvolgono vari settori (ASL, Prefettura, Questura, ...) limitati, però, alla risoluzione di questioni specifiche. Va tuttavia segnalata, per quanto riguarda la Regione Puglia, la presenza dell'Agenzia Strategica Regionale per la Salute e il Sociale (AreSS), struttura tecnica a supporto della Regione con potere di delibera, che ha competenza in materia di salute e servizi sociali sia per la popolazione italiana che per la popolazione migrante.

Il terzo settore nelle regioni del Sud è molto presente, spesso anche a supporto delle carenze strutturali talvolta esistenti nei servizi territoriali. In Campania e in Sicilia la presenza di Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS) facilitano in alcuni casi il dialogo tra istituzioni e territorio, coinvolgendo anche realtà non afferenti direttamente ai GrIS. In Puglia, anche se attualmente non è formalmente attivo un GrIS, le anime che lo costituivano sono molto attive sul territorio e sono spesso coinvolte in progettualità con collaborazioni via via più strutturate. In Calabria è presente un GrIS con alle spalle già diversi anni di attività e una buona diffusione sul territorio regionale, con rappresentanti quasi per ogni provincia. Da segnalare in Basilicata la presenza dell'Osservatorio Migranti Basilicata, attivo da anni e riconosciuto come interlocutore delle istituzioni locali.

Va segnalato che in diversi contesti, nonostante i gruppi avessero al loro interno rappresentanti dell'istituzione regionale, non hanno avvertito di essere in possesso di un mandato sufficientemente riconosciuto. Un'eccezione è rappresentata dalla Puglia che, avendo al suo interno due membri di ARESS, hanno lavorato con l'obiettivo di istituire una cabina di regia per sviluppare un sistema di *governance* regionale. Fa eccezione anche il gruppo della Sicilia che, in seguito all'inserimento nel gruppo di referenti del responsabile del Dipartimento Programmazione territoriale e assistenza socio-sanitaria Assessorato alla Salute, ha acquisito una nuova consapevolezza di poter incidere sulle politiche regionali per l'assistenza sanitaria ai migranti, ponendosi come obiettivo l'istituzione di un tavolo regionale col coinvolgimento del terzo settore.

In generale, la mancanza di un mandato forte da parte del livello politico-istituzionale, unito a contesti spesso complessi e privi di un già definito sistema di *governance* in materia di migrazione e salute, non ha permesso di sviluppare in queste realtà regionali azioni significative nell'ambito del Progetto.

B. I gruppi dei referenti regionali FOOTPRINTS

Composizione dei gruppi e relazione con l'istituzione regionale e il sistema di *governance*

La scelta dei Referenti in alcuni territori ha rappresentato una criticità di Progetto: da un lato alcuni gruppi hanno racchiuso in sé diverse professionalità permettendo un approccio multidisciplinare al Progetto; d'altra parte però in alcuni gruppi sono presenti figure che, seppur molto preparate sotto il profilo clinico e/o amministrativo, hanno un'esperienza limitata nell'ambito delle politiche sanitarie in materia di immigrazione.

Collaborazione tra gruppi FOOTPRINTS e GrIS e altri attori del territorio

Nelle Regioni dell'Area Sud, tranne che per la Basilicata e negli ultimi anni anche per la Puglia, i GrIS sono realtà presenti e, in alcuni casi, storicamente consolidati. In questi contesti, ciascun gruppo si trova in una fase diversa della propria evoluzione: dal gruppo consolidato e in piena progettualità, a gruppi che si stanno rifondando o rinnovando.

Proprio in virtù della varietà della situazione di ciascun GrIS in queste Regioni, anche il rapporto con il Progetto FOOTPRINTS e i suoi referenti si è differenziato, orientandosi soprattutto in due direzioni: quella di un

contributo del GrIS per sostenere la progettualità elaborata dai referenti FOOTPRINTS oppure quella di GrIS che, grazie all'occasione del Progetto, hanno trovato un supporto al loro processo di rivitalizzazione.

In generale nei casi in cui il Progetto, tentando di stimolare la collaborazione tra referenti regionali e GrIS, ha trovato situazioni di conflitto pregresse, ha rappresentato un contributo a stimolare dialogo e collaborazione per superare le distanze, mentre dove queste difficoltà non sono emerse ed era già presente un clima di stima reciproca, il Progetto ha rafforzato ulteriormente la collaborazione portando a frutti significativi.

Per quanto riguarda gli altri attori del territorio, nelle Regioni del Sud molte reti erano già presenti grazie alla rete del GrIS o ad altre progettualità precedenti, tanto che alcuni gruppi di referenti, fin dalle prime fasi del Progetto, hanno iniziato a lavorare a partire dal coinvolgimento degli attori del territorio già conosciuti e con i quali si era sperimentata una collaborazione. Laddove questo riferimento non si è attivato da subito, si è iniziato a pensarli come interlocutori imprescindibili per la fase finale, soprattutto dove ci si orienta a stilare un documento regionale di coordinamento di salute pubblica riguardante la popolazione migrante.

C. Definizione delle priorità di lavoro e realizzazione della progettualità: opportunità e difficoltà incontrate

Il Progetto FOOTPRINTS ha stimolato molto i referenti regionali a passare da una operatività concreta e puntuale mirata a risolvere problemi anche emergenziali a una riflessione più ampia per andare a tratteggiare un sistema di *governance* regionale per le politiche di salute pubblica rivolte alla popolazione migrante. Le priorità di lavoro, pertanto, si sono rifocalizzate lungo il percorso, anche se non in tutti i casi si è arrivati a porre come obiettivo la strutturazione di un sistema di *governance* regionale.

Lungo il percorso alcuni gruppi regionali, in alcuni casi insieme al GrIS, hanno affrontato alcuni nodi problematici per la garantire la tutela del diritto alla salute per la popolazione migrante (per esempio, aspetti riguardanti l'accesso alle cure per le persone con codice ENI o la tutela dei minori stranieri), altri hanno favorito l'attuazione del Protocollo per l'accertamento multidisciplinare dell'età in alcune aziende sanitarie, o ancora promosso iniziative formative in collaborazione con altre organizzazioni già attive sul territorio, dando anche seguito ad attività intraprese già prima dell'avvio del Progetto FOOTPRINTS.

In qualche caso, proprio l'applicazione di Linee guida e indicazioni na-

zionali a livello regionale, la revisione e l'implementazione di un modello di *governance* regionale sono divenute prioritarie.

Nella quasi totalità delle regioni, laddove presente, il GrIS è stato una risorsa ed uno stimolo importante per l'identificazione e la realizzazione della progettualità. Le difficoltà hanno riguardato, in molti casi, il tipo di profilo dei referenti regionali o le loro pregresse collaborazioni o conflittualità, internamente ed esternamente al gruppo. Mentre il secondo aspetto riguarda la realtà territoriale in sé, il primo è un elemento sul quale il Progetto può vigilare maggiormente.

Fra i processi avviati, quelli con maggiore probabilità di continuare e lasciare il segno anche a progetto concluso, sono quelli di ampio respiro, che toccano l'implementazione di un modello di *governance* regionale o di monitoraggio del recepimento dell'accordo Stato/Regioni e delle Linee guida nazionali. Va infine evidenziata l'esperienza della Puglia, che ha approvato con Deliberazione del Direttore Generale n.280/2020 il "Documento regionale per il coordinamento di politiche e interventi di salute pubblica per la popolazione immigrata", elaborato sulla base del Format di documento del Progetto FOOTPRINTS.

■ 4. Conclusioni aperte: alcuni spunti per le progettualità future

Il Progetto FOOTPRINTS ha rappresentato in molti contesti territoriali un'occasione per costruire o rafforzare una rete di professionisti impegnati nell'ambito della salute dei migranti, e ha consentito di lavorare con la finalità di mettere a sistema azioni e progettualità talvolta frammentarie e presenti sui territori, siano esse sostenute dal servizio pubblico o da realtà del privato sociale. Parallelamente, l'asse di lavoro per il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali ha messo in evidenza la necessità di ampliare ambiti di lavoro e potenziare gli interventi e il coordinamento nazionale su degli aspetti specifici.

Si è ritenuto rilevante concludere tale asse di lavoro con la restituzione pubblica delle riflessioni derivanti dal confronto interregionale su due temi trasversali alle progettazioni territoriali, che sono il rafforzamento dei sistemi di *governance* e l'implementazione e il monitoraggio delle politiche per la salute dei migranti. Questo anche alla luce delle difficoltà incontrate dai gruppi regionali FOOTPRINTS nel corso dell'anno 2020, prevalentemente riferibili alle conseguenze della diffusione dell'epidemia da SARS-CoV2, che inevitabilmente ha portato al rallentamento o alla sospensione delle progettualità delineate dai referenti FOOTPRINTS, nonostante in alcuni casi il grande impegno e la motivazione posti dai referenti per la loro realizzazione.

Nel mese di novembre 2020 sono stati organizzati due gruppi di lavoro tematici interregionali (costruiti sulla base delle attività sostenute dai gruppi regionali), che hanno avuto il mandato di mettere a fuoco gli aspetti provenienti dall'esperienza svolta nel Progetto e che possono rappresentare degli elementi utili alla costruzione di progettualità future sul piano nazionale⁶. Le riflessioni emerse da tali gruppi di lavoro sono state presentate nel corso del Convegno finale del Progetto FOOTPRINTS del 2 dicembre 2020 e hanno rappresentato spunti utili alla Tavola rotonda conclusiva del Convegno, che

6 La traccia di lavoro completa dei gruppi interregionali è consultabile in Allegato 3.

ha invitato i partecipanti a confrontarsi sulle prospettive future, a partire dalla valorizzazione delle competenze, degli strumenti costruiti e delle esperienze avviate nel contesto del Progetto.

A. Gruppo di lavoro interregionale sui sistemi di governance regionali per la salute dei migranti

Al gruppo di lavoro dedicato hanno partecipato i rappresentanti dei gruppi regionali di Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Abruzzo e Puglia. La traccia di lavoro per il confronto interregionale ha portato i referenti regionali a condividere con i colleghi di altri territori gli obiettivi e i risultati raggiunti dal proprio gruppo per il rafforzamento del sistema di *governance* e le criticità incontrate, volendo evidenziare principalmente i processi innescenti dal Progetto FOOTPRINTS.

I referenti regionali sono stati quindi invitati a confrontarsi su quali potrebbero essere, in prospettiva di progettualità future, gli strumenti a supporto delle Regioni per il rafforzamento dei sistemi regionali di *governance*.

In sintesi, dal confronto emerge la necessità di definire chi sono gli attori del territorio, con che mandato operano, quali sono le forme di interlocuzione e gli organi di coordinamento tra gli attori esistenti; di conseguenza diventa **fondamentale rafforzare o istituire una cabina di regia regionale con mandato chiaro**, che sia composta da un **team di esperti con competenze tecniche, strutturati nel sistema dei servizi pubblici** e che possano quindi garantire la continuità delle azioni intraprese, al di là dei limiti temporali di progettualità specifiche. È quindi auspicabile che sia sostenuta, da parte del Ministero della Salute, la costituzione di tavoli istituzionali regionali stabili con strutture a cascata che vadano dal livello regionale alle aziende del territorio (con professionisti ASL incardinati in ruoli chiave, afferenti ai dipartimenti delle cure primarie, della sanità pubblica, amministrativi, più altre istituzioni locali e rappresentanti del terzo settore). A questo va collegato lo sviluppo di un **sistema di monitoraggio** che faccia capo alle Aziende sanitarie, che possa essere un punto di riferimento per gli operatori che lavorano all'interno dei servizi e che possa rispondere al livello regionale. Rispetto alla strutturazione di tali organi di coordinamento, è stato sottolineato come il tema delle risorse umane sia fondamentale, e che vi è la necessità di **definire figure dedicate e competenti inserite nel sistema dei servizi**. A questo proposito, nell'ottica di dare continuità a quanto avviato con il Progetto FOOTPRINTS, viene ritenuto opportuno fare tesoro delle competenze e delle reti di professionisti costruite nel contesto del Progetto, valorizzando quindi i processi avviati, anche e soprattutto laddove non sono giunti a conclusione (come la formalizzazione

di tavoli regionali). Un altro aspetto emerso dal confronto è quanto sia necessario rafforzare l'ambito della mediazione linguistico-interculturale in modo omogeneo sul territorio nazionale, attraverso la definizione del profilo professionale in ambito sanitario, il riconoscimento del titolo professionale e l'inserimento della mediazione a pieno titolo nel sistema pubblico dei servizi.

Uno strumento riconosciuto come valido e utile sul piano operativo per il rafforzamento dei sistemi di *governance* è il Format di documento per l'elaborazione di piani di coordinamento regionali sulla salute della popolazione immigrata, documento programmatico da adottare sul piano locale, di cui alcuni aspetti meritano un approfondimento e la definizione di maggiori indicazioni operative (come la definizione di indicatori per l'elaborazione del profilo di salute, degli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dell'implementazione dei piani di coordinamento). È dunque auspicabile che vi siano progettualità future nazionali volte all'adozione e all'implementazione del modello di documento di coordinamento regionale elaborato nel corso del Progetto FOOTPRINTS.

B. Gruppo di lavoro interregionale sull'implementazione e il monitoraggio delle politiche per la salute dei migranti

Il gruppo tematico interregionale ha visto la partecipazione dei referenti di Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, PA Trento, Toscana, Marche, Lazio, Campania. Analogamente al percorso svolto dal gruppo precedentemente descritto, la traccia di lavoro per il confronto interregionale ha voluto evidenziare gli obiettivi e i risultati raggiunti dai gruppi regionali sull'implementazione e il monitoraggio delle politiche e le criticità incontrate nella realizzazione dei processi territoriali. Anche in questa occasione, la riflessione si è poi spostata su quali potrebbero essere, in prospettiva di progettualità future, gli strumenti a supporto delle Regioni in questo ambito.

Il confronto tra i referenti regionali ha riportato al centro il tema della *governance*, evidenziando quanto sia necessario **rafforzare i sistemi di governance a livello di tutte le Regioni/PA, attraverso l'istituzione di una cabina di regia stabile**, che includa diversi attori sul territorio (Assessorati, Prefetture, Comuni, associazioni). Per la realizzazione di tali strutture regionali servono indicazioni ministeriali chiare, che diano mandato agli Assessorati secondo linee di indirizzo comuni, definite a livello nazionale. Il rafforzamento dei sistemi di *governance* è emerso come imprescindibile per la definizione delle politiche sul territorio, sulle quali vanno attivate delle azioni di monitoraggio, secondo indicazioni e strumenti definiti a livello centrale. È dunque fonda-

mentale **sviluppare una metodologia di analisi condivisa tra le Regioni e il Ministero della Salute** sulla raccolta dei dati sanitari, la costruzione degli indicatori, nella prospettiva della **costruzione sia del profilo di salute che del sistema di monitoraggio**. È emerso come sia necessario rendere più omogenei e confrontabili i flussi di dati sanitari, l'analisi e il loro utilizzo per la definizione delle politiche, con strumenti condivisi a livello nazionale, la cui definizione può partire da esperienze validate sui territori. Su questo ambito, serve un tavolo stabile di confronto interregionale per la definizione di sistemi di monitoraggio e valutazione che facilitino il confronto interregionale.

Il **Format nazionale di documento per l'elaborazione dei piani di coordinamento regionali** è uno **strumento valido** a questo scopo e per questo è importante dare continuità e operatività al documento, ampliandone alcune sezioni attraverso la definizione di schede operative e indicazioni metodologiche condivise sul piano nazionale, al fine di supportare la sua implementazione a livello regionale.

Anche in questo gruppo di lavoro è emerso come centrale il tema delle risorse umane ed economiche: le strutture di *governance*, gli uffici competenti, le progettualità hanno bisogno di essere sostenuti da personale competente e dedicato, strutturato nel sistema pubblico dei servizi. A questo proposito, è stato proposto in questa occasione il coinvolgimento del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali per la definizione della qualifica professionale dei mediatori linguistico-interculturali e la loro integrazione a pieno titolo nei servizi pubblici.

C. Per (non) concludere

La conclusione del Progetto FOOTPRINTS non porta a chiudere i temi portanti del Progetto, ma al contrario pone l'esigenza di aprire ambiti di lavoro e potenziare gli interventi su aspetti specifici messi in evidenza nel corso delle attività, come la costruzione del profilo di salute, il rafforzamento dei sistemi di *governance*, l'implementazione delle politiche e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio. Molte delle considerazioni emerse nel corso del Progetto, tanto dai referenti regionali FOOTPRINTS quanto dai GrIS, sottolineano dunque l'esigenza di ulteriori linee d'azione nazionali che possano dare continuità a quanto avviato con il Progetto, sviluppando strumenti operativi agilmente applicabili nei contesti locali e rafforzando l'implementazione delle politiche per la tutela della salute dei migranti, e dunque per la salute di tutti. Considerando il lavoro svolto nel progetto FOOTPRINTS e i risultati raggiunti, anche in termini di processi avviati e rafforzati nei singoli contesti, un proseguimento dell'azione di supporto delle progettazioni territoriali è auspicabile, assicurando un sempre maggior protagonismo delle realtà regionali nell'implementazione delle azioni stesse in collaborazione con il livello nazionale.

Seconda Parte

Alcune esperienze regionali: risultati, processi territoriali e costruzione di reti collaborative sostenute dal progetto FOOTPRINTS

■ 1. Liguria:

L'avvio del processo per l'istituzione del tavolo regionale

Il gruppo di Referenti della Liguria, seppur non avendo al proprio interno un esponente regionale, è riuscito subito a creare un team coeso e produttivo. Sono partiti dalla stesura di una mappatura della normativa regionale vigente e subito dopo il workshop InterGrIS di maggio 2019 hanno richiesto di inserire con un ruolo operativo una figura di riferimento regionale al fine di poter avere più incisività con le istituzioni. Sono riusciti così a produrre e sottoscrivere a livello regionale un documento riguardante l'iscrizione anagrafica dei migranti minori e delle donne in stato di gravidanza: in novembre 2019 è stata emanata la nota di A.Li.Sa a tutte le Direzioni Generali delle ASL e ai Presidi ospedalieri. In questo modo hanno avuto visibilità e credibilità presso le istituzioni e sul territorio. Il rapporto con il GrIS Liguria è andato in crescendo, riuscendo a sottoscrivere un programma di intenti, basandosi su interessi comuni, specificando bene i relativi ruoli e compiti dei due gruppi. Successivamente, al fine di colmare una lacuna di rappresentanza territoriale, è stata formalizzata la richiesta di partecipazione di due nominativi delle ASL non ancora rappresentate nel gruppo. Infine è stata formulata la nota per la richiesta ad A.Li.Sa di istituire il tavolo regionale "Migrazione e Salute". La richiesta del tavolo regionale è stata supportata dal GrIS locale, in modo da rendere ancor più istituzionalizzati i Referenti FOOTPRINTS e soprattutto non concluderne

il lavoro alla fine del progetto, ma potendo così continuare i lavori anche dopo dicembre 2020.

Il gruppo ha focalizzato subito gli obiettivi e ha capito come raggiungerli, basandosi su un'ottima conoscenza del sistema regionale e territoriale. Nonostante non occupassero ruoli dirigenziali nelle proprie aziende o in regione, grazie alla collaborazione con alcuni esponenti regionali e sanitari sono riusciti a portare a termine alcuni obiettivi e sono riusciti a trovare e nominare anche Referenti delle ASL non rappresentate tra loro, in modo da uniformare il territorio. Sono stati aiutati da un sistema di *governance* facilitato come quello ligure, dove gli stessi Dirigenti occupano ruoli diversi a livello locale e regionale, senza dispersioni. Sono stati d'aiuto il supporto del GrIS locale, particolarmente motivato e attento e la collaborazione del facilitatore FOOTPRINTS.

■ 2. Friuli Venezia Giulia:

Recepimento regionale della Legge n.47/2017- cosiddetta Zampa- e strutturazione di un percorso regionale per la determinazione dell'età dei Minori non accompagnati (MNA)

Fin dall'avvio delle attività territoriali, i referenti regionali FOOTPRINTS si sono dati, tra gli altri, l'obiettivo della programmazione e successiva approvazione/deliberazione da parte della Giunta Regionale di un percorso regionale relativo alla determinazione dell'età dei MNA.

Sul tema aveva lavorato a lungo il Tavolo Interregionale Immigrati e Servizi Sanitari della Commissione Salute della stessa Conferenza Stato Regioni (CSR), in collaborazione con le Istituzioni, le Società Scientifiche e le organizzazioni coinvolte sul tema, che aveva prodotto il Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati approvato in CSR nel marzo 2016, accompagnato dal DPCM n. 234/16. A partire dal protocollo del 2016, in questi anni diverse buone prassi sono state attivate nei territori, tra cui il FVG, tentando di superare la logica operativa settoriale, indicando viceversa, una operatività cooperativa intersettoriale e interdisciplinare tra gli attori coinvolti. Il presupposto era infatti la volontà di accogliere e rispondere ai bisogni complessi della persona con un approccio olistico ed integrato tra le diverse professioni, avendo particolare premura nell'individuare i luoghi e i dispositivi - come la mediazione culturale - affinché tale processo fosse un passaggio all'interno di un percorso di riconoscimento di diritti. A questo impianto si affianca nel 2017 la legge 47- cosiddetta Zampa - che dispone la determinazione dell'età di un presunto minore solo quando ci sia fondato dubbio su quanto dichiarato (art.19-bis) e dopo l'esecuzione delle altre possibili pratiche d'identificazione e quindi in extrema ratio.

Anche su indicazione regionale di un percorso di implementazione della Legge Zampa, a febbraio 2019 è stato costituito nell'ambito del Tavolo regionale per la salute dei migranti, uno specifico Gruppo di lavoro formato da

professionisti indicati dalle singole Aziende Sanitarie regionali e rappresentanti del GrIS-FVG, nonché dalla coordinatrice del Tavolo stesso. Alcuni di questi erano, tra l'altro, referenti FOOTPRINTS per la regione FVG.

È stata quindi eseguita una rilevazione sia dei percorsi già esistenti in FVG sia della casistica degli ultimi due anni relativa alla procedura di determinazione dell'età in MNA. Quindi si è proceduto alla stesura di una prima bozza che è stata discussa e accettata dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie della Regione. Successivamente la bozza del Documento è stata presentata e, previa confronto e modifiche condivise, ha ottenuto parere favorevole del Garante regionale dei diritti della persona, della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minori, del legale della Direzione centrale salute.

Il Documento (DGR n. 2190) "Procedura per l'accertamento multidisciplinare dell'età dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) presso le strutture del SSR della regione Friuli Venezia Giulia" è stato Deliberato dalla Giunta Regionale in data 20.12.2019. A gennaio è stata programmata una riunione del Gruppo di lavoro per individuazione e attivazione delle equipe aziendale dedicate. A causa della pandemia da Covid19 il programma è stato sospeso.

A luglio 2020 è stato raggiunto l'accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome con l'approvazione del nuovo Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori non accompagnati. Tale documento è stato inviato alle singole Regioni/PPAA e sarà valutato dal Gruppo di lavoro suddetto per confronto ed eventuale emendamento al documento regionale FVG, con successiva attivazione delle equipe aziendali.

Complessivamente il lavoro dei referenti FOOTPRINTS è stato produttivo, potendosi avvalere di un sistema di *governance* regionale, di competenze e riferimenti istituzionali forti tra i referenti FOOTPRINTS e del supporto del Gris FVG.

■ 3. Toscana:

Recepimento delle Linee guida nazionali e aggiornamento delle Linee guida regionali per la salute dei migranti

Fin dall'avvio delle attività territoriali, i referenti regionali FOOTPRINTS si sono dati due obiettivi:

- Aggiornare e precisare le linee guida regionali del 2014, applicative dell'Accordo Stato - Regioni del 2012 sull'assistenza sanitaria agli stranieri;
- Recepire, da parte di Regione Toscana, le LLGG nazionali relative a: 1) Linea guida 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; 2) Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela nei centri di accoglienza; 3) determinazione dell'età per i minori stranieri non accompagnati (MSNA)

Rispetto al primo obiettivo, si è proceduto come segue:

- si è riunito un tavolo di lavoro composto da personale amministrativo, che ha rilevato persistenti problemi di accesso ai servizi per la popolazione migrante.
- il Centro Salute Globale (CSG) della Regione Toscana, con il supporto del tavolo di cui sopra - avendone preventivamente informato l'Assessore e la Direzione Generale diritti di cittadinanza e coesione sociale - ha predisposto e diffuso un questionario relativo alle difficoltà riscontrate nell'accesso ai servizi socio-sanitari toscani da parte della popolazione migrante. Il questionario è stato distribuito a 30-50 operatori per ciascuna ASL, con scadenza 30 giugno 2019.
- i risultati ottenuti dal questionario hanno evidenziato alcune lacune implementative delle Linee guida regionali del 2014 sull'assistenza sanitaria agli stranieri. Sulla base di tali risultati, è stata formulata una Delibera di Giunta in cui sono stati fatti confluire tutti gli aggiornamenti necessari, frutto anche di consultazioni con soggetti esterni. No-

nonostante l'arresto di tutte le attività imposto dall'emergenza COVID-19, la Delibera è stata successivamente approvata il 27 luglio 2020.

Rispetto al secondo obiettivo, si è proceduto come segue:

- A luglio 2019 una riunione congiunta dei referenti FOOTPRINTS e del coordinamento del GrIS Toscana ha confermato la rilevanza di questo obiettivo, mettendo in evidenza anche la disponibilità ad una collaborazione operativa.
- Si sono successivamente resi necessari passaggi di definizione dei ruoli rispettivamente del Centro Salute Globale e di Regione Toscana; di coinvolgimento del Servizio Cure primarie e del Servizio Prevenzione di Regione Toscana; e infine del Direttore della direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale.
- Nonostante l'arresto di tutte le attività imposto dall'emergenza COVID-19, una Delibera di Giunta ha infine recepito le LLGG nazionali in questione il 27 luglio 2020. Anche le LLGG sull'accertamento dell'età dei minori non accompagnati, inizialmente escluse dal recepimento regionale in quanto non ancora approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, sono invece state incluse nella delibera dopo la loro approvazione in Conferenza Stato Regioni a luglio 2020.
- La Delibera di recepimento demanda indicazioni operative, modelli organizzativi e azioni a gruppi di lavoro che verranno creati ad hoc sotto il coordinamento del CSG, ricordando che "i contenuti dei documenti sopra riportati costituiscono requisiti suscettibili di potenziamento a livello regionale, a garanzia di maggior tutela dei soggetti in questione".

I referenti FOOTPRINTS si sono inoltre attivati per portare all'attenzione dell'Assessore di riferimento la necessità di implementare in Toscana il Format di documento di coordinamento regionale prodotto dal progetto FOOTPRINTS.

Complessivamente il lavoro dei referenti FOOTPRINTS è stato produttivo, potendosi avvalere di un sistema di *governance* regionale, di competenze e riferimenti istituzionali forti tra i referenti FOOTPRINTS, della spinta del GrIS Toscana e di una dinamica collaborativa con la facilitatrice FOOTPRINTS.

■ 4. Sicilia:

Il rafforzamento della *governance* regionale

La Sicilia, a partire dal 2013, ha vissuto intensamente il fenomeno migratorio in relazione alla grande quantità di arrivi di profughi attraverso il Mediterraneo, in particolare dalla Libia, e al relativo sviluppo delle realtà di accoglienza sul territorio.

Pertanto anche il tema della salute dei migranti è stato molto assorbito dall'assistenza agli sbarchi e dagli interventi emergenziali, mentre documenti di programmazione dei servizi sanitari alla popolazione migrante, come le Linee guida del 2012, sono rimasti in secondo piano.

Infatti il primo documento regionale su cui i referenti del progetto FOOTPRINTS hanno chiamato l'attenzione è stato il Piano di contingenza regionale.

Inoltre l'esperienza più diretta con i migranti, per la maggioranza dei referenti, era proprio l'assistenza agli sbarchi o nei centri di accoglienza, pertanto non è stato immediato riuscire a porsi in una prospettiva di salute della popolazione migrante che guardasse soprattutto alla popolazione residente.

Tuttavia, fin dai primi passi, accanto al Piano di contingenza regionale, sono state rivalutate le Linee guida che la Regione ha emanato nel 2012 e che ancora non hanno trovato la loro attuazione piena in tutte le ASP del territorio, oltre ad una serie di tematiche riguardanti l'assistenza sanitaria a persone con codice ENI, la tutela dei minori accompagnati.

Proprio dalla seconda formazione, al momento di definire il proprio piano di lavoro, il gruppo ha individuato come centrale, fra i diversi obiettivi fino a quel punto espressi, la creazione di un tavolo di coordinamento regionale (individuando figure provenienti dalle province non rappresentate nel gruppo dei referenti) che potesse, in primo luogo, rivedere le Linee guida del 2012 alla luce di quanto è stato attuato nelle ASP di tutta la regione e, alla luce del mutato contesto, giungere a proporre alla Regione un nuovo documento d'indirizzo per le politiche di salute dei migranti. Al cambio di pro-

spettiva ha contribuito significativamente il passaggio di staffetta all'interno del gruppo dei referenti fra il responsabile del Dipartimento Pianificazione Strategica Assessorato della Salute e quello del Dipartimento Programmazione territoriale e assistenza socio-sanitaria Assessorato alla Salute.

Nel momento in cui al gruppo è stato chiesto di provare a ragionare sul format di documento in relazione al proprio territorio, ne è emersa la chiara volontà di servirsene proprio come guida nella riflessione e approfondimento che il Tavolo di coordinamento sarebbe chiamato a fare.

Sono stati identificati i passi da compiere per procedere concretamente nella declinazione del format di documento a livello locale:

- identificare i rappresentanti delle diverse province, che è un aspetto su cui il GrIS (che è stato coinvolto più direttamente quando il lavoro ha iniziato a definirsi meglio) è stato invitato a dare il suo contributo, proprio per avviare un processo capace di coinvolgere il territorio, piuttosto che procedere con nomine istituzionali col rischio che il lavoro sia inteso in termini meramente formali;
- per ogni ambito di intervento indicato dal format, partire dallo stato attuale delle cose per definire la giusta strategia da applicare per il raggiungimento dei relativi obiettivi. Alla fine, per ciascun ambito, attraverso un decreto, un atto, un protocollo d'intesa, una convenzione o qualcos'altro, si definirà, punto per punto, ambito per ambito, quello che si dovrà fare;
- una volta identificati gli obiettivi, coinvolgere attori esterni al tavolo, che risultino significativi in base agli ambiti ed agli obiettivi oggetto del lavoro.

Sebbene il documento regionale che il gruppo ha definito di elaborare non possa essere realizzato entro la conclusione del Progetto, questo ha favorito l'avvio del processo e l'impostazione del lavoro che potrà procedere successivamente verso il raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

■ 5. Campania: La collaborazione con il GrIS

La Regione Campania ha attivato un gruppo di referenti con elevate competenze in materia di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera. Punto fondamentale è stata la disponibilità al confronto con le realtà territoriali che è una loro caratteristica già prima del progetto FOOTPRINTS. La presenza di un GrIS molto attivo in Regione dal 2016 ha fatto sì che si siano potuti organizzare incontri tra la parte istituzionale, rappresentata dai referenti FOOTPRINTS, e il territorio. Il GrIS Campania, infatti, oltre ad accogliere personale del SSR contiene anche esponenti del privato sociale come mediatori, operatori e avvocati.

Gli incontri tra i referenti FOOTPRINTS e il GrIS Campania hanno gettato le basi per una futura collaborazione.

Nel corso degli incontri i temi di discussione principale sono stati due:

- l'aggiornamento delle LLGG per il recepimento della normativa nazionale in materia di accesso alle cure per la popolazione migrante, con particolare attenzione alla condizione dei MSNA, dei minori stranieri figli di persone senza permesso di soggiorno o sprovvisti di qualsiasi tipo di documento di riconoscimento, minori stranieri figli di titolari di tesserino ENI;
- le certificazioni medico legali richieste dalla Questura per il rilascio del nuovo permesso per cure mediche previsto dal D.L. 113/2018

Per quanto riguarda il primo tema, i referenti FOOTPRINTS hanno lavorato insieme ai membri del GrIS Campania sulle criticità legate all'applicazione delle Linee guida e sulle possibili soluzioni. Tema particolarmente sentito è stato quello di garantire la possibilità a ogni minore straniero presente sul territorio regionale, indipendente dal suo status giuridico, di accedere al Pediatra di Libera Scelta (PLS). Al momento questo non è previsto per i minori ENI e per i figli di persone prive di permesso di soggiorno, creando un pregiudizio notevole nei loro confronti. Sul tema è stato anche interpellato il

Ministero della Salute in diverse occasioni. Allo stato attuale il gruppo è in attesa di indicazioni ufficiali in merito.

Sul tema delle certificazioni medico legali richieste, nel corso di un incontro tra GrIS e referenti si è adottato un modello già richiesto in passato dall'Ufficio Immigrazione della Questura di Napoli. Tale modello è stato anche inviato all'Ordine dei Medici della Campania, ma l'opinione comune del gruppo di referenti FOOTPRINTS e dei rappresentanti del GrIS Campania è stata che i medici interpellati in merito non possono fornire indicazioni in merito alla condizione nei paesi di provenienza dei migranti in materia di accesso alle cure, ma possono soltanto fornire un parere riguardo alla condizione clinica del richiedente. Tale linea di condotta è stata accettata da tutte le componenti che hanno partecipato all'incontro dando prova di una fattiva e reale collaborazione tra istituzione e territorio.

La valutazione generale che può essere fatta in merito agli incontri è che questi siano stati produttivi e che potrebbero esserlo ancora di più, in particolar modo riguardo la questione dei PLS per i minori stranieri, qualora venga rafforzato il sistema di *governance* regionale in materia di salute della popolazione straniera e qualora vengano fornite indicazioni procedurali precise e puntuali da parte delle istituzioni competenti in materia (Ministero della Salute, Agenzia delle Entrate).

■ Allegati

ALLEGATO 1 - Orientamenti alla progettazione nei contesti regionali

Mandato del lavoro in gruppo regionale (prima formazione residenziale)

Predisporre una traccia di lavoro per redigere il documento finale o comunque rafforzare nella propria Regione/PA il coordinamento degli interventi/politiche per la salute della popolazione migrante (scandendo le tappe fino alla seconda residenziale di settembre e fino alla fine del progetto), contenente:

- **Analisi del contesto e autovalutazione (punti di forza e debolezza)**
 - Rivedere insieme schede e focus regionali e discutere sulla fotografia che ne emerge: come si colloca la propria regione rispetto all'obiettivo finale di implementare la normativa, le LLG e le raccomandazioni nazionali? Quali sono i punti di forza e debolezza della *governance* regionale per la salute dei migranti?
Per le regioni che hanno già prodotto documenti/atti su questi aspetti, in che modo è possibile supportare l'effettiva implementazione dei documenti?
 - Svolgere un'autovalutazione rispetto al gruppo e alla sua capacità di incidere rispetto agli obiettivi del progetto: quale campo d'azione ha il gruppo rispetto al coordinamento degli interventi/politiche regionali sulla salute dei migranti?
- **Attori coinvolti e strumenti di coordinamento**
 - Quali attori (istituzionali e del terzo settore) devono essere coinvolti nel processo di rafforzamento del coordinamento a livello regionale degli interventi/politiche per la salute della popolazione migrante? Come coinvolgere i tavoli di lavoro sul tema salute e migrazione già esistenti? Ci sono altri livelli organizzativi che possono essere promossi?

- Quali sono gli strumenti a disposizione del gruppo di lavoro (facendo riferimento a quanto emerso su *governance*, buone pratiche e gruppi di lavoro/reti) per il raggiungimento degli obiettivi? Quali aspetti devono essere maggiormente approfonditi nel contesto regionale per rafforzare il coordinamento degli interventi e delle politiche per la salute della popolazione immigrata?
 - In che modo, rispetto alla situazione specifica del proprio contesto regionale, il progetto può essere uno strumento per rafforzare la *governance* regionale sui temi della salute dei migranti?
- **Priorità su cui lavorare**
 - Definire gli aspetti più rilevanti emersi dall'analisi del contesto su cui è importante concentrare l'attenzione (eventuali elementi critici nell'implementazione dell'Accordo, delle linee guida e raccomandazioni nazionali, oppure sullo stesso sistema di *governance*), in modo da condividere degli obiettivi misurati su proprio contesto regionale da considerare come oggetti prioritari di lavoro.

ALLEGATO 2 - Scheda sintetica sul modello di sistema di *governance* regionale

Nel corso delle attività del Progetto FOOTPRINTS sono emerse le considerazioni e le indicazioni operative utili al rafforzamento dei sistemi di *governance*, di seguito riportate in sintesi.

Tavolo di lavoro istituzionale regionale/provinciale

È di fondamentale importanza l'istituzione (e il rafforzamento, laddove presente) di un **tavolo di lavoro istituzionale regionale/provinciale per la programmazione e il coordinamento** degli interventi: questo organo dovrebbe poter assicurare un rapporto stabile e continuativo tra la Direzione regionale/provinciale, le Aziende locali, i rappresentanti dei diversi settori (sociale e sanitario) e le realtà territoriali impegnate nell'ambito della salute dei migranti.

È raccomandata la presenza di una **figura di riferimento del tavolo istituzionale** (referente della Regione/Provincia autonoma) che coordini le azioni, auspicabilmente un Dirigente della Direzione regionale/provinciale del settore dell'Assistenza Territoriale o della Salute Pubblica, con il mandato di promuovere e coordinare le politiche e gli interventi sulla salute dei migranti, coinvolgendo attivamente i rappresentanti degli altri settori, a partire da quello sociale.

Tale figura di riferimento auspicabilmente deve poter contare su una **base operativa con forti competenze tecniche**, costituita da un gruppo di professionisti sociali e sanitari della Direzione regionale/provinciale e delle Aziende locali, che abbia la competenza di formulare analisi e proposte operative per le politiche pubbliche.

Gruppi di lavoro all'interno delle Aziende Sanitarie Locali

All'interno delle Aziende Sanitarie Locali, la definizione del team di professionisti che hanno la competenza e il mandato operativo nell'ambito della salute della popolazione immigrata assume un ruolo fondamentale. Per tale ragione è indicata la costituzione di un **gruppo di lavoro multidisciplinare** interno alle singole Aziende Sanitarie Locali, costituito da professionisti dell'ambito delle cure primarie, della sanità pubblica e della prevenzione, della salute mentale, dell'area sociale, dell'area amministrativa, dei servizi di mediazione interculturale. Il gruppo di lavoro deve poter rappresentare i principali ambiti di analisi dei bisogni di salute e di definizione degli interventi per la salute dei migranti nel territorio di competenza.

È altresì indicata l'identificazione di una **figura di coordinamento del gruppo di lavoro**, possibilmente all'interno dello staff del Direttore Sanitario, la cui missione include: la compartecipazione alla definizione delle strategie, degli orientamenti generali, della pianificazione strategica dei servizi dell'Azienda; il coordinamento e l'integrazione funzionale tra i presidi sanitari; la definizione di soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione tra gli obiettivi aziendali. Tale figura di coordinamento dovrebbe fungere da collegamento con il Tavolo di lavoro regionale/provinciale per la propria Azienda Sanitaria Locale.

ALLEGATO 3 - Traccia di lavoro dei gruppi interregionali su governance e implementazione delle politiche per la salute dei migranti

Gruppi di lavoro interregionali in preparazione alla sessione del Convegno finale FOOTPRINTS "Governance e implementazione delle politiche per la salute dei migranti: esperienze dei gruppi regionali FOOTPRINTS e spunti di riflessione per il futuro"

Gruppo 1. Sistemi di governance regionali/provinciali per la salute dei migranti

Regioni convocate: Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia-Romagna, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia.

Obiettivo: far emergere alcune dinamiche innescate da FOOTPRINTS con l'obiettivo di costruire/rafforzare un sistema di *governance* che faccia la differenza nel governo e nell'implementazione delle politiche regionali sulla salute della popolazione immigrata. Riflettere sulle esperienze in chiave di processi 'virtuosi' e portare lo sguardo sulla sostenibilità e sui passaggi utili per un futuro rafforzamento del sistema.

Traccia di lavoro:

- Quali sono stati gli obiettivi identificati e i risultati raggiunti per il rafforzamento del sistema di *governance* delle politiche nel vostro territorio, nel contesto del Progetto FOOTPRINTS?
- Quali sono state le difficoltà/criticità incontrate nella loro realizzazione? Come sono state/potrebbero essere superate?
- In prospettiva di progettualità future, quali potrebbero essere gli strumenti a supporto delle Regioni per il rafforzamento dei sistemi regionali di *governance*?

Gruppo 2. Implementazione e monitoraggio delle politiche per la salute dei migranti

Regioni convocate: Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, PA Trento, Lombardia, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Calabria, Sardegna.

Obiettivo: far emergere alcuni elementi dei processi innescati da FOOTPRINTS con l'obiettivo di rafforzare un sistema di implementazione e monitoraggio che faccia la differenza nel governo delle politiche regionali sulla salute della popolazione immigrata. Riflettere sulle esperienze in chiave di processi 'virtuosi' e portare lo sguardo sulla sostenibilità e sui passaggi utili per un futuro rafforzamento del sistema.

Traccia di lavoro:

- Quali sono stati gli obiettivi identificati e i risultati raggiunti nel processo per l'implementazione delle politiche e nel relativo monitoraggio nel vostro contesto territoriale, nel contesto del Progetto FOOTPRINTS?
- Quali sono state le difficoltà/criticità incontrate nella sua realizzazione? Come sono state/potrebbero essere superate?
- In prospettiva di progettualità future, quali potrebbero essere gli strumenti a supporto delle Regioni per l'implementazione delle politiche e il monitoraggio?



FOOTPRINTS

Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica

Stampato dicembre 2020