



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



RAPPORTO FINALE

FARI - Formare Assistere Riabilitare Inserire

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 - 2020



Partner di progetto



Ai rifugiati che ci donano la possibilità di essere persone migliori

Pubblicato dalla UOSD Centro SAMIFO della ASL Roma 1

“Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1 per l’assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale”

A cura di Giancarlo Santone

Dirigente Medico ASL Roma 1

Direttore UOSD Centro SaMiFo

Comitato di Redazione:

Rossella Carnevali, Dario Conato, Emilio Vercillo

Quarto di copertina:

Jacob Lawrence, Migration Series, No. 3. MoMA, New York

I diritti di diffusione sono regolati dalla normativa vigente

© 2018 - ASL ROMA1

Progetto FARI - Formare Assistere Riabilitare Inserire

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020 - Obiettivo
Specifico 1. Asilo – Obiettivo Nazionale 1. Accoglienza/Asilo - lett. c)
Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza

CUP J81E16001030005

Annualità di riferimento: 2016 / 2018

Codice del Progetto: PROG-172

Capofila: Azienda Sanitaria Locale Roma 1

Coordinatore del progetto: Giancarlo Santone

Con il contributo di:

Federico Russo, Filippo Gnolfo, Rossella Carnevali, Angela Biscotti
D'Agostino, Valentina Mazzocato, Luciana D'Agostino, Maria
Guerra, Silvia Capretti, Maria Lurdes Landeo, Lucia Simonelli, Angela
Giganti, Lucio Fabbri, Carmela Matarazzo, Teresa Cocucci, Maria
Pia Scipioni, Giulia Fiaschetti, Maria Marcheselli, Elisabetta
Confaloni, Pietro del Grosso, Mirella Peracchi, Marina Bracco,
Assunta Mammarella, Raffaella Iacoucci, Ornella Corrado, Donatella
Parisi, Martino Volpatti, Emanuela Limiti, Giorgia Rocca, Valentina
Fabbri, Rosanna Scarpati, Dario Conato, Andrea Gaddini, Lorenzo
Chialastri, Alessandra Milicia, Gian Maria Elmi, Nicola Lais.

INDICE

Premessa

Introduzione

Valutazione finale del progetto

Analisi di Efficacia

Allegato 1. Le attività delle Unità Mobili

Allegato 2. Le attività dell'équipe Salute Mentale

Allegato 3. Le attività sui minori non comunitari

Allegato 4. Le attività formative

Allegato 5. Le attività dell'Associazione Centro Astalli

Allegato 6. Le attività della Cooperativa Roma Solidarietà

Allegato 7. Le attività di Mediazione Linguistica Culturale

Allegato 8. Sintesi dell'attestazione legale

Allegato 9. Sintesi della verifica amministrativo-contabile

Premessa

Il nostro Servizio Sanitario, nato con l'obiettivo di garantire l'assistenza sanitaria e il diritto alla salute a ciascun individuo, deve essere in grado di rispondere anche a bisogni emergenti ed assicurare equità delle cure, riducendo eventuali disuguaglianze. Ad oggi le maggiori difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari riguardano le persone svantaggiate, che mantengono tassi di mortalità e morbilità più alti e, tra queste, spiccano i migranti.

L'impegno nella tutela della salute dei migranti della nostra Azienda parte da lontano, con l'istituzione nel 2007 dell'unità operativa interdistrettuale "Assistenza Immigrati" e l'alta professionalità in "Psichiatria transculturale e delle migrazioni", a conclusione del percorso iniziato già molti anni prima, nel 1993, con l'Agenzia immigrati, dal gruppo di lavoro "Immigrazione e Salute" (1996), con lo "Spazio accoglienza immigrati" (1999), il "Coordinamento Salute Migranti" (2006) e proseguito negli ultimi anni con il più recente "Piano interaziendale Salute Migranti"(2015).

Il Centro di Salute per Migranti Forzati - SaMiFo - struttura

sanitaria a valenza regionale della ASL Roma I nasce all'interno di questo quadro grazie alla collaborazione con l'*Associazione Centro Astalli*, l'*Italian Gesuit Refugees Service*, e la partecipazione della medicina generale, con l'obiettivo di rivolgersi in particolare ai richiedenti asilo e ai titolari di protezione.

Il SaMiFo è un esempio di *evidence based healthcare*, dove l'integrazione delle esperienze cliniche e delle migliori evidenze scientifiche ha permesso di sviluppare un modello di sanità pubblica innovativo e sostenibile, basato sull'analisi partecipata dei bisogni di salute.

Il progetto FARI, che il Centro SaMiFo ha promosso e portato avanti con la ASL Roma I capofila di progetto, è il frutto della collaborazione di diverse realtà che da anni operano nel settore dell'accoglienza della popolazione straniera vulnerabile e specialmente richiedenti asilo e rifugiati, selezionate mediante procedura pubblica di partenariato, e in particolare:

- CRS/Caritas di Roma, da 30 anni impegnata in diverse aree di competenza, tra cui l'Area Immigrati e l'Area Sanitaria, nel dare un aiuto mirato alle persone più fragili;

- Programma Integra, cooperativa sociale il cui scopo è attivare e sostenere i processi di autonomia sostenibili e duraturi;
- Centro Studi di Politica Internazionale, associazione fondata nel 1985, che realizza studi e ricerche *policy-oriented*, specializzata in attività di ricerca, consulenza, formazione e divulgazione;
- Associazione Centro Astalli, dal 1981 impegnata in numerose attività che hanno l'obiettivo di accompagnare i richiedenti asilo nel loro percorso di integrazione.

Le risorse comunitarie e nazionali hanno rappresentato una importante opportunità per potenziare le attività e incrementare l'offerta di servizi. Infatti, il progetto FARI ha permesso di rafforzare ed estendere i servizi già offerti dal Centro SaMiFo nel quadro del pluriennale impegno nell'accoglienza e nell'assistenza dei migranti forzati e si è innestato nell'esperienza sviluppata dalla ASL Roma I legata alla gestione dell'emergenza e dell'assistenza dei migranti.

A conclusione del progetto, e successivamente alla sua

validazione da parte del Ministero dell'Interno, la ASL Roma I si impegna a portare avanti la collaborazione con le istituzioni competenti e gli enti di tutela per la messa a punto e l'avviamento di un sistema pubblico regionale e nazionale per la presa in carico di richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria. La ASL Roma I ha inoltre valorizzato il Centro SaMiFo all'interno della propria organizzazione aziendale, rafforzando quindi il proprio impegno nella tutela della salute fisica e mentale, anche grave, dei migranti forzati e continuando ad assicurare le risorse per dare continuità alle azioni previste nel progetto.

Per questo sono particolarmente grato al dott. Giancarlo Santone, responsabile del Centro SaMiFo, che ha svolto un ruolo fondamentale di attivatore e guida del progetto, e a tutti gli operatori e volontari che a vario titolo, e con grande spirito di servizio pubblico e accoglienza, hanno portato avanti e realizzato le attività del progetto FARI e condotto a questa preziosa pubblicazione.

Angelo Tanese

Direttore Generale ASL Roma I

Introduzione

Il centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) è nato il 31 marzo del 2006 dalla formale collaborazione tra la ex ASL Roma A (oggi ASL Roma I) e l'Associazione Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service (Del. N.260/2006, n.1001/2010, n.45254/2015), con l'obiettivo di tutelare la salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e nazionale. La popolazione assistita è composta prevalentemente da migranti forzati maggiorenni. Una particolare attenzione è rivolta alla cura delle vittime di guerra, di tortura e di violenza intenzionale (per persecuzione politica, etnica, religiosa, di genere, matrimoni forzati, ecc.), di abusi sessuali e di mutilazioni genitali femminili (MGF).

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

sociale” (Det Reg N° G09086 del 22.7.2015). Tale Determinazione Regionale è un riconoscimento all’impegno e alle attività svolte, ma anche alla portata innovativa della efficiente integrazione tra le risorse e le competenze del privato sociale, quelle del servizio pubblico e quelle della medicina generale.

Nel 2016 il Centro SAMIFO viene istituzionalizzato nel nuovo modello organizzativo aziendale della ASL Roma I come Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale – UOSD - afferente al Distretto I. Con Deliberazione N° 763 del 26/07/2017 viene conferito, a seguito di avviso pubblico, l’incarico di direttore della UOSD Centro SAMIFO al Dr. Giancarlo Santone.

Dal 1° luglio 2007 al 31 dicembre 2018 sono stati iscritti al Servizio Sanitario Regionale e presi in carico dall’equipe multidisciplinare del Centro SAMIFO oltre 12.000 fra richiedenti e titolari di protezione; sono state effettuate circa 60.000 visite di medicina generale e 40.000 specialistiche. Le prestazioni effettuate dagli operatori del front office sono difficilmente quantizzabili ma hanno certamente superato le 140.000. Trattasi di prestazioni complesse e finalizzate ad

incrementare le condizioni di benessere dei richiedenti e titolari di protezione con programmi di accoglienza della domanda, orientamento sulle attività del SAMIFO e dei servizi territoriali e azioni di alfabetizzazione sanitaria finalizzate alla conoscenza dei propri diritti e doveri in ambito sanitario e sociale.

La popolazione assistita in questi anni è composta prevalentemente da uomini (circa l'80%) proveniente principalmente dal continente africano; al secondo posto si trova la popolazione afgana. Negli ultimi 2 anni assistiamo, però, ad un aumento significativo del genere femminile che rispettivamente si attesta al 29% nel 2016 e al 30 % nel 2017.

Sono circa 300 le vittime di trattamenti disumani e degradanti, compresa la tortura, seguite ogni anno dal centro SAMIFO.

Sul piano dell'offerta, l'accoglienza integrata assicurata dal Centro SAMIFO ha garantito la fruibilità e quindi l'equità di accesso ai servizi sanitari della ASL, facilitando l'uso appropriato di tali servizi e favorendo l'individuazione precoce delle condizioni di maggior vulnerabilità. Inoltre, l'approccio *culture and gender oriented* ha permesso di superare i pregiudizi diffusi sulle persone affette da patologie, anche mentali,

garantendo un sistema di servizi di accoglienza e presa in carico non neutro rispetto alle tematiche di genere.

L'esperienza di questi anni si configura come una buona pratica di servizio pubblico che tutela la salute dei migranti, arginando le disuguaglianze nell'accesso ai servizi di assistenza.

Come si ricordava nel documento della Linea di Base predisposto dal CeSPI nel dicembre 2016, il D.L. 21/2/14 n. 18 stabilisce nell'art. 27 comma I che "I titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria hanno diritto al medesimo trattamento riconosciuto al cittadino italiano in materia di assistenza sociale e sanitaria" e nel comma Ibis stabilisce che il Ministero della Salute adotti linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza, trattamento e riabilitazione.

Le linee principali di attività del progetto FARI si inscrivono in larga misura nella *mission* storica del centro SAMIFO e si configurano come suo potenziamento. Altre, in particolare con riferimento all'utenza dei minori non accompagnati e alle Unità Mobili, rappresentano invece nuove campi e strumenti di attività.

La durata inizialmente prevista del progetto FARI era di 18 mesi. La successiva estensione a 27 mesi (applicata dal Ministero dell'Interno a tutti i progetti finanziati con il bando) non ha determinato slittamenti nelle attività, bensì, in più di un'occasione, ciò ha permesso un innalzamento dei risultati quantitativi rispetto alle previsioni iniziali.

Obietto generale e obiettivi specifici

<p>Obiettivo generale - Fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale di richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI), anche minori attraverso modelli sanitari innovativi e integrati.</p>	
<p>Obiettivo specifico 1 Garantire l'individuazione precoce e la presa in carico di RTPI affetti da disturbi psicosanitari.</p>	<p>Obiettivo specifico 2 Tutelare la salute dei minori stranieri non comunitari, con équipe dedicata.</p>
<p>Obiettivo specifico 3 Formare gli operatori per aumentare le capacità relazionali, diagnostiche e terapeutiche e ridurre il rischio di stress lavorativo.</p>	<p>Obiettivo specifico 4 Analizzare l'efficacia delle attività, il rapporto costi/benefici e le ricadute sull'integrazione sociale dei RTPI.</p>

Risultati attesi

Risultati attesi 1 e 2- Creazione di équipes, anche mobili, per l'individuazione di RTPI con vulnerabilità psicosanitarie.
Risultato atteso 3 - Presa in carico dei destinatari individuati dal centro SAMIFO o da altri servizi sanitari.
Risultati attesi 4 e 6 - Inserimento socio-lavorativo di RTPI, anche affetti da disturbi mentali, in percorsi di riabilitazione sociale e acquisizione di specifiche competenze con erogazione di indennità per training on the job.
Risultato atteso 5 - Inserimento dei destinatari affetti da disturbi mentali gravi nella rete dei servizi dei DSM.
Risultato atteso 7 – Realizzazione di un documentario e divulgazione delle attività di progetto.
Risultato atteso 8 - Valutazione specialistica, presa in carico e follow up di minori stranieri, anche non accompagnati.
Risultato atteso 9 - Perfezionamento protocollo Scuola/Municipi/Asl/Famiglie.
Risultato atteso 10 – Corsi di formazione per operatori di progetto, ASL, enti locali, enti di tutela.
Risultato atteso 11 – Costruzione della rete.
Risultati attesi 12, 13 e 14 – Realizzazione della peer review, dell'analisi dell'efficacia del modello FARI, delle attività di monitoraggio e di valutazione intermedia e finale.

I destinatari diretti del progetto FARI sono stati richiedenti e titolari di protezione internazionale che presentavano una o più delle seguenti caratteristiche:

- Persona che ha subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale
- Persona affetta da gravi malattie o da disturbi mentali
- Anziano/a
- Minore
- Vittima di Tratta
- Donna in stato di gravidanza
- Genitore solo con figlio minore a carico
- Analfabeta
- Disabile.

Il progetto si prefiggeva di individuare 800 persone richiedenti o titolari di protezione internazionale (RTPI) in condizioni di grave vulnerabilità fisica o psichica, di cui 560 sarebbero state prese in carico dai servizi del SAMIFO o da altre strutture

specialistiche. In realtà le persone raggiunte sono state 1069, 886 prese in carico, inclusi i 90 minori non comunitari.

Essendo finanziato dal Fondo Asilo, Integrazione e Migrazione (FAMI), strumento europeo gestito dal Ministero dell'Interno, il progetto FARI ne ha dovuto seguire le regole, concentrandosi quindi esclusivamente sui Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale. Ai titolari di protezione umanitaria è stato comunque garantito, dal personale del SAMIFO e delle Unità della ASL Roma I non coinvolto nelle attività di progetto, il supporto necessario per la tutela dei diritti sanitari quali l'iscrizione al SSN, la scelta o revoca del medico di base, le prenotazioni di accertamenti e visite, l'orientamento verso i servizi sanitari del territorio, l'invio e l'accompagnamento per la valutazione e, ove necessario, per la presa in carico, presso i servizi pubblici più appropriati.

Giancarlo Santone

Responsabile del progetto FARI

Valutazione finale del progetto

In termini generali, una valutazione finale ha lo scopo di verificare se il progetto abbia dato luogo ai risultati attesi e quindi agli obiettivi specifici, prendendo come riferimento gli indicatori di risultato predisposti in fase di formulazione del progetto.

Gli indicatori di risultato sono costruiti per misurare l'effettivo impatto del progetto in termini di effetti duraturi, successivi alla sua chiusura.

L'esito del progetto viene valutato rispetto a cinque criteri di qualità:

1. **pertinenza:** coerenza con le priorità individuate, rispondenza ai bisogni dei destinatari dell'intervento
2. **efficienza:** la capacità di utilizzare in modo appropriato e produttivo le risorse finanziarie assegnate al progetto
3. **efficacia:** la capacità del progetto di conseguire i risultati attesi

4. **impatto:** la capacità del progetto di ottenere i cambiamenti di fondo rappresentati dagli obiettivi specifici
5. **sostenibilità:** la possibilità di mantenere nel tempo le innovazioni introdotte con il progetto.

Il primo passo di questa valutazione finale prende dunque in esame gli indicatori di risultato riportati nel documento progettuale, mettendo a confronto i valori attesi degli indicatori di risultato contenuti nel documento progettuale con i valori effettivamente raggiunti al termine del progetto.

Successivamente saranno esaminati gli “indicatori di realizzazione”, che mostrano l’andamento delle molteplici attività del progetto. Al termine dell’analisi potremo quindi dare una valutazione complessiva del progetto, sulla base dei criteri di qualità sopra indicati.

Gli indicatori di risultato

Gli indicatori di risultato sono riportati nella seguente tabella.

INDICATORE	Valore atteso	Valore rilevato a fine progetto	Rapporto differenza reale/valore atteso
ASL che hanno usufruito delle attività delle Unità Mobili	3	4	+133,33%
Operatori formati nel tema della vulnerabilità post-traumatica	500	1.259	+251,8%
Giudizio degli di almeno 8/10 sulla qualità della formazione ricevuta	80%	77,4	-3,3%
Percezione degli operatori sul grado di miglioramento dei servizi delle ASL grazie al progetto	8	7,5	-6,25%
Pazienti con grave patologia psichiatrica dimessi migliorati/totale pazienti presi in carico	50%	63,8%	+127,6%
Numero minori in follow up/Numero totale minori assistiti	40%	77,8%	+194,5%

Per quasi tutti gli indicatori si rileva il superamento delle mete prefissate nel documento progettuale, con risultati che in alcuni casi si avvicinano al triplo del valore atteso. Gli unici casi in cui si registra una contenuta flessione rispetto ai valori attesi riguardano indicatori “di percezione”, relativi al miglioramento dei servizi e alla qualità della formazione. Abbiamo approfondito questi dati con gli operatori del progetto, giungendo alle conclusioni esposte in questo documento.

L'aumento da 3 a 4 del numero di **Aziende sanitarie locali che usufruiscono delle attività delle Unità Mobili di supporto** conferma e rafforza il ruolo del Centro SAMIFO come struttura di riferimento per una parte rilevante del sistema sanitario regionale del Lazio, in particolare nel vasto territorio della Città Metropolitana di Roma Capitale (ASL Roma 1, ASL Roma 2, ASL Roma 4 e ASL Roma 6).

L'attività di **formazione sulle tematiche della vulnerabilità post-traumatica e del grave disagio psico-sanitario** si è svolta attraverso più edizioni di tre diversi tipi di corso: un corso su **Vulnerabilità post traumatica e disagio psico-sanitario grave**, finalizzato a gettare le basi della conoscenza della situazione di salute dei RTPI,

integrandole con la conoscenza delle principali norme amministrative e del diritto alla salute (1.123 partecipanti); un corso su **Gestione dello stress lavoro-correlato con metodo *Mindfulness***, volto alla prevenzione dei disagi e disturbi accusati dagli operatori sanitari e del sociale che si dedicano alla tutela di richiedenti e rifugiati (63 partecipanti); e infine un corso su **Accoglienza e cura dei pazienti richiedenti asilo e rifugiati**, per medici di medicina generale in formazione (1° e 2° anno) volto a fornire le conoscenze di contesto e cliniche necessarie per l'assistenza in ambulatorio (73 partecipanti). La partecipazione totale è stata di 1.259 professionisti e operatori del settore, quasi il triplo dei 500 inizialmente previsti, con una netta prevalenza di donne.

Agli operatori coinvolti è stato chiesto di esprimere un **giudizio sulla qualità del percorso formativo cui hanno preso parte**. Coloro che hanno dato un giudizio di almeno 8/10 sulla qualità sono circa il 78 per cento, un po' al di sotto dell'80 per cento indicato come risultato atteso. Mentre i corsi su Gestione dello Stress e su Accoglienza e Cura hanno avuto giudizio molto al di sopra della meta prevista: i partecipanti al corso su Vulnerabilità e Disagio che hanno espresso un giudizio elevato $\geq 8/10$ sono stati l'87,64

per cento. È tuttavia interessante notare che il gradimento tende a crescere a partire dalla seconda metà dei corsi, sino a raggiungere l'83,5% nei corsi dell'ultimo trimestre 2018. Vi è una quasi perfetta correlazione inversa fra la numerosità degli allievi e la percentuale dei giudizi positivi. Probabilmente la scelta iniziale di investire su aule piuttosto affollate ha sacrificato l'interattività tra formatori e discenti, che è invece aumentata nei trimestri successivi quando il numero di partecipanti si è ridotto.

Oltre i dati quantitativi evidenziati dai due indicatori considerati è possibile prendere in considerazione alcuni aspetti che permettono di valutare appieno l'impatto di questa componente. È da segnalare l'interesse manifestato dalle aziende sanitarie aderenti al progetto a realizzare i corsi presso le proprie sedi, la richiesta di edizioni supplementari e la collaborazione fornita dal personale delle unità di formazione aziendali per la realizzazione dei corsi. Effettivamente l'interesse suscitato è stato molto alto, in particolare per quel che concerne il corso su Vulnerabilità e Disagio. Analogo interesse hanno mostrato vari soggetti del "privato sociale", come testimoniato dal fatto che gli operatori provenienti da questo settore hanno costituito il

26% dei partecipanti. Tutto ciò mostra la capacità del progetto FARI di intercettare diffusi fabbisogni formativi. Ci si attende ora che l'esperienza formativa realizzata abbia una significativa ricaduta sui destinatari finali (richiedenti e titolari di protezione) attraverso l'offerta di un sistema regionale capace di rispondere in modo coerente e competente alle condizioni di vulnerabilità dei migranti forzati.

Per misurare il miglioramento dei servizi psico-sanitari rivolti ai destinatari diretti, il documento progettuale aveva messo a punto un indicatore basato sulla percezione degli operatori direttamente coinvolti nel progetto FARI. Al termine del progetto è stato chiesto a 17 operatori pienamente impegnati nella attività di esprimere la propria percezione del **grado di miglioramento dei servizi psico-sanitari** dando in particolare un giudizio sul miglioramento di alcuni aspetti chiave:

- la qualità dell'accoglimento
- la presa in carico dei destinatari
- la tempistica nella risposta dei servizi
- il coinvolgimento dei medici di medicina generale
- il collegamento tra centri di accoglienza e servizi sanitari

- efficacia dell'intervento sanitario.

Prendendo come riferimento la media delle risposte, i due aspetti in cui gli operatori sanitari rilevano il miglioramento più significativo sono la **qualità dell'accoglimento** e **l'efficacia dell'intervento sanitario**: per entrambi si rileva un giudizio tra “buono” e “alto”, che corrisponde a un valore di 8,4 su base dieci. Per i due aspetti si presenta anche lo stesso coefficiente di variazione (0,13): è un valore piuttosto basso che dà conto dell'uniformità dei giudizi da parte di coloro che hanno risposto al questionario. Anche il **miglioramento nella presa in carico dei beneficiari e il coinvolgimento dei medici di medicina generale** presentano identica distribuzione di giudizi: nel complesso sono considerati positivamente (voto medio 7,5, un “buono” pieno). Entrambi gli aspetti presentano un coefficiente di variazione più alto rispetto a quanto descritto in precedenza (0,20), prodotto di una certa dispersione dei giudizi intorno al valore medio. Rispetto al **collegamento fra centri di accoglienza e sistema sanitario**, i giudizi si dividono equamente fra coloro che ravvisano un miglioramento appena sufficiente e coloro che ritengono che vi siano stati progressi buoni o alti. Il valore medio in questo caso è 7,2, con un coefficiente di variazione

pari a 0,19. L'aspetto per il quale il miglioramento è considerato più modesto è quello della **tempistica nella risposta dei servizi**: il valore medio dei giudizi è appena sufficiente (6), ma scende al di sotto della sufficienza (5,8) se la media aritmetica viene calcolata senza tener conto del giudizio più alto e di quello più basso allo scopo di ridurre l'incidenza di singoli giudizi "tendenziosi" verso l'alto o verso il basso (in questo caso uno solo degli intervistati ha assegnato il valore più alto).

In conclusione, secondo gli operatori impegnati "sul terreno" **il progetto è riuscito a migliorare in modo significativo le fasi dell'entrata nel sistema di salute (accogliamento) e dell'efficacia della prestazione sanitaria**. Questi due aspetti del percorso del paziente necessitano di due condizioni, anch'esse migliorate dall'azione progettuale: la presa in carico dei beneficiari (a seguito dell'accoglienza) e il coinvolgimento dei medici di medicina generale, titolari del percorso di cura, degli accertamenti e dell'invio a strutture di 2° livello. Secondo molti operatori è possibile migliorare il collegamento e il dialogo fra centri di accoglienza e sistema sanitario, che sembrano essere ancora disomogenei. Infine, **c'è ancora molto da fare per quanto riguarda i tempi di**

risposta dei servizi, che mantengono, rispetto agli specifici bisogni delle comunità migranti, criticità che le prossime iniziative promosse dalla ASL Roma I e dal SAMIFO dovranno affrontare.

Per quanto riguarda i pazienti con grave patologia psichiatrica dimessi o migliorati si pensava di raggiungere a fine progetto un valore **pari al 50%** dei casi trattati; al 31 dicembre 2018 **si è raggiunto il 63,8% (197 dimissioni su 302 casi seguiti)**, dato che corrisponde a una realizzazione pari al 127,6% di quanto previsto. L'équipe multidisciplinare del progetto FARI ha garantito l'individuazione precoce, la presa in carico e, laddove necessario, l'inserimento nella rete dei servizi, anche residenziali, del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma I dei destinatari affetti da grave patologia psichiatrica. Si è trattato complessivamente di 46 pazienti di cui 33 uomini e 13 donne. L'équipe - con funzione di "cerniera" fra il SAMIFO e il DSM - si è dedicata all'individuazione e conoscenza della popolazione target, segnalata all'interno della UOSD centro SAMIFO, attraverso colloqui di valutazione psicologici e sociali e incontri di gruppo. L'attività clinica effettuata dalla psichiatra e dalla psicologa si è svolta in collaborazione con i medici di medicina generale, gli specialisti e gli operatori della UOSD

centro SAMIFO, gli operatori dei centri di accoglienza e delle strutture territoriali. Ove necessario i colloqui di valutazione, sostegno e psicoterapia sono stati effettuati in presenza dei mediatori linguistico-culturali di riferimento previsti dal progetto.

L'utenza è stata valutata e segnalata dal servizio di psichiatria della UOSD centro SAMIFO al Centro di Salute Mentale di competenza territoriale. Generalmente l'utente è stato preso in carico da entrambi i servizi attraverso un progetto socioterapeutico riabilitativo condiviso. Circa la metà degli utenti ha preso parte a percorsi di acquisizione professionale, che in molti casi si sono trasformati in tirocini retribuiti: si è trattato di un'esperienza molto positiva per coloro che vi hanno preso parte, benché sia da segnalare una comunicazione non sempre sufficientemente fluida fra équipe interdisciplinare ed enti ospitanti, che in taluni casi non ha permesso all'équipe di intervenire in momenti di criticità.

Un dato importante per la valutazione dell'efficacia del progetto FARI è il numero di minori ai quali sono state garantite dalla équipe le Prestazioni Ambulatoriali Complesse - PAC - un campo del tutto nuovo per il SAMIFO. Da sottolineare che i bambini segnalati per un disturbo del

linguaggio o di apprendimento rappresentano quasi il 50% del totale e che le segnalazioni nel 90% dei casi provengono dagli insegnanti per un evidente ritardo nell'acquisizione di alcune abilità scolastiche. L'analisi dei dati ha evidenziato come queste difficoltà siano legate alle problematiche linguistiche e culturali e non a disturbi specifici, ipotizzando che entrambe le diagnosi (disturbo del linguaggio e disturbo dell'apprendimento) in realtà siano sovrastimate rispetto alla loro effettiva incidenza tra i minori esaminati. Le valutazioni iniziali sono seguite da *follow-up*, come previsto nel documento progettuale, dove si sottolinea che una parte dei minori entrati nel percorso di cura possono "rimanere in *follow-up* ambulatoriale, senza essere inviati all'Unità Operativa Territoriale": quest'ultima entrerà in gioco solo per prendersi carico dei minori la cui condizione clinica (disabilità o psicopatologia definita) richieda un intervento di maggiore complessità. Il documento progettuale considerava che la percentuale di minori assistiti con PAC che avrebbero usufruito di *follow-up* ambulatoriale sarebbe stata pari al 40 per cento dei minori raggiunti e valutati. In realtà i minori in *follow-up* sono stati il 77 per cento del totale, quasi il doppio di quanto previsto: 70 minori, contro una previsione di 36.

In realtà gli indicatori di risultato presenti nel documento progettuale danno conto solo di una parte delle innovazioni introdotte attraverso le azioni del progetto: per questo motivo faremo qui riferimento in primo luogo agli indicatori di realizzazione, richiamando - laddove presente - il collegamento di questi con gli indicatori di risultato.

Andamento del progetto FARI secondo gli indicatori di realizzazione

OBIETTIVO SPECIFICO I – Garantire l'individuazione precoce, la presa in carico e, laddove necessario, l'inserimento nella rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale dei destinatari affetti da grave patologia fisica o psichiatrica, anche mediante Unità Mobili multidisciplinari

Risultato atteso I – Creazione di 2 equipe mobili ASL per individuazione ed emersione nei centri di accoglienza afferenti al sistema SPRAR di Roma Capitale e del territorio regionale.

Sono state effettivamente costituite e attivate due Unità Mobili, nelle quali si alternano equipe multidisciplinari composte da un medico, uno psichiatra e un mediatore culturale. In alcuni casi hanno partecipato anche altre figure professionali.

Le équipe costituite grazie al progetto FARI sono sei: due di queste sono in servizio presso le Unità Mobili, una presso il Centro La Scarpetta della ASL Roma I (che si occupa di minori non comunitari), una presso il Dipartimento di Salute

Mentale, una presso la Caritas e una presso il centro SAMIFO. Il progetto ha inoltre permesso di rafforzare equipe preesistenti.

Le ASL che usufruiscono dei servizi delle Unità Mobili sono la ASL Roma 1, la ASL Roma 2, la ASL Roma 4 e la ASL Roma 6, una in più rispetto a quelle inizialmente previste.

Il documento di Linea di Base prodotto nel dicembre 2016 ricordava che le Unità Mobili sono uno strumento che il Centro SAMIFO aveva da tempo intenzione di attivare e che non era stato possibile realizzare prima dell'avvio del progetto FARI. I casi individuati dalle Unità Mobili (che corrispondono a circa il 20 per cento di tutti i casi raggiunti) provengono principalmente dalla rete dei centri di accoglienza.

Le attività delle Unità Mobili si sono concentrate presso i centri SPRAR afferenti all'Ufficio Immigrazione di Roma Capitale. Lo scopo delle Unità Mobili è quello di individuare precocemente le persone vulnerabili dal punto di vista psicosanitario, cioè affette da problematiche fisiche e mentali, e orientarle verso i servizi più adeguati presenti nel territorio per la valutazione e la presa in carico.

Le difficoltà relative alla presa in carico si sono manifestate principalmente nei Centri di Salute Mentale, dovute a motivi amministrativi (residenza, tessera sanitaria, codice fiscale alfanumerico) nonché alla carenza di personale e all'assenza del servizio di mediazione linguistico-culturale.

E' utile sottolineare che da ormai diversi anni l'attenzione dei centri di salute mentale è rivolta quasi esclusivamente alle persone affette dalle cosiddette patologie gravi (psicosi schizofrenica, disturbo bipolare, depressione maggiore, gravi disturbi di personalità) mentre i disturbi che colpiscono i RTPI rientrano più frequentemente nella dimensione post traumatica (PTSD simplex e complex, disturbi dissociativi): tali patologie sono anch'esse gravi e invalidanti e possono essere confuse con altre malattie, innescando percorsi terapeutici impropri.

Tutte le problematiche di rete tra i centri di accoglienza SPRAR e i CSM sono state affrontate dalle Unità Mobili attraverso interventi di mediazione tra i due enti. Complessivamente le Unità Mobili hanno segnalato 184 casi.

Risultati attesi 2 e 3 - Individuazione / emersione precoce della vulnerabilità psico-sanitaria; presa in carico dei destinatari da parte del Centro SAMIFO o altre strutture del sistema sanitario (accoglienza, supporto pratiche, medicina generale, analisi di routine, viste specialistiche in strutture pubbliche).

Questi due risultati sono strettamente collegati fra loro, sia per quanto riguarda le rispettive attività - fra le quali non vi è di fatto alcuna soluzione di continuità - sia per quanto riguarda i relativi indicatori. Sembra dunque opportuno adottare anche in questa sede il criterio utilizzato nella valutazione intermedia, cioè prendere in considerazione tutti gli indicatori che mettano in luce gli effetti del percorso intrapreso, indipendentemente che siano legati al primo o al secondo risultato. Il documento progettuale **prevedeva il raggiungimento di 800 persone adulte e 90 minori**. Alla chiusura del progetto le **persone adulte complessivamente raggiunte sono state 1069**, dato che corrisponde al **33,6% in più** rispetto alla meta prefissata per gli adulti (**269 persone in più**). **I minori raggiunti sono stati 90**, esattamente quanto previsto.

In fase di progettazione si stimava che **le persone adulte raggiunte con gravi problemi di natura psichiatrica sarebbero state il 20 per cento** del totale. La prevalenza di questo tipo di pazienti fra gli adulti è stata **in realtà superiore, pari al 28,3%** (302 casi su 1069). I pazienti adulti contattati con problemi esclusivamente fisici sono stati quindi il 71,7% (767).

Inizialmente **si prevedeva una presa in carico del 70% dei casi raggiunti tra gli adulti**. Nei fatti sono state **prese in carico 796 persone, pari al 74,5% degli adulti individuati (1.069)**, cui corrisponde un aumento in valore assoluto di ben 236 pazienti rispetto ai 560 previsti.

Tipologia	Destinatari raggiunti su attesi	Destinatari presi in carico su attesi	% presi in carico valore raggiunto	% fra presi in carico raggiunto e atteso
Adulti fisici	767/640	494/400	64,4%	123,5%
Adulti psichici	302/160	302/160	100%	188,8%
TOTALE	1.069/800	796/560	74,5%	142,1%
Minori	90/90	90/90	100%	100,0%
TOTALE	1.159/890	886/650	76,4%	136,3%

Come già rilevato nel corso della valutazione intermedia, nello sviluppo del progetto si è mantenuta l'approccio "storico" del Centro SAMIFO messo a fuoco nel documento della "linea di base": realizzazione di percorsi interdisciplinari di cura e/o di sostegno individuale appropriati alla sofferenza fisica, psichica e sociale dei migranti forzati e integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica: tutto questo con interventi psicosociali che tengano conto e dell'esperienza del migrante e lo assistano nel percorso di *resettlement*. La presa in carico delle persone individuate attraverso le Unità Mobili e altre modalità è avvenuta secondo la procedura standard del centro SAMIFO: presentazione al *desk front/back office* ed eventuale rinvio agli ambulatori di competenza (medicina generale, psichiatria, psicologia, ortopedia, ostetricia e ginecologia, infettivologia, vaccinazioni, medicina legale e sportello sociale). Sono state prese in carico dal centro SAMIFO persone in condizione di grave vulnerabilità che non potevano essere assistite da altri servizi territoriali. L'individuazione e la presa in carico dei pazienti è avvenuta mediante la compilazione di schede anagrafiche e cliniche. Il SAMIFO nell'arco dell'attività del Progetto FARI, su un totale generale di 1069 pazienti adulti, ne ha individuato 618, 250

sono stati individuati dalla CRS/Caritas, 184 dall'Unità Mobili e 17 dal DSM.

Risultati attesi 4 e 6 – Pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi e inseriti in percorsi riabilitativi; fornitura di equipaggiamento l'inserimento socio-lavorativo.

L'avvio dell'inserimento socio-lavorativo ha registrato un certo ritardo a causa dell'allungamento dei tempi necessari per la ristrutturazione del padiglione 16 del parco del benessere e salute Santa Maria della Pietà, destinato ad ospitare percorsi di acquisizione di specifiche competenze professionali.

I richiedenti e titolari di protezione internazionale inseriti nei percorsi sono stati complessivamente 26, distribuiti fra gli ambiti della ristorazione, dell'agricoltura sociale, e della florovivaistica e manutenzione del verde. Tutti i partecipanti, tranne uno, hanno portato a termine il percorso formativo. Per 12 di loro sono stati poi attivati tirocini *on the job* retribuiti (11 dei quali portati a termine) della durata di 4/6 mesi, tutti a carico del progetto FARI, in collaborazione con il COL (Centro di Orientamento Lavorativo) di Roma Capitale.

Altri tirocini sono stati attivati direttamente dai centri di accoglienza SPRAR. Si segnala una proficua collaborazione con alcune cooperative e aziende (Parsec Agri Cultura, E-Green, Linea Verde Nicolini, Gevesan).

Come previsto nel progetto, sono stati acquistati e distribuiti ai destinatari i beni per lo svolgimento delle attività (biciclette, PC., abiti da lavoro, ecc.).

Risultato atteso 5 – Inserimento dei casi gravi nella rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma I.

All'accoglimento dei pazienti nei centri di salute mentale - CSM - segue la valutazione dei singoli casi e l'elaborazione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI). Per coloro che hanno bisogno di attività riabilitative è stato previsto l'inserimento presso il centro diurno. La meta prevista era di 18 persone: in realtà le persone inserite sono state 29, con un incremento pari al 61,1%. Alcuni RTPI inseriti nei centri diurni hanno frequentato i laboratori già attivi (ciclofficina, musica, artistico/creativo, ecc.), altri hanno partecipato ai percorsi di acquisizione di competenze e beneficiato dei tirocini. Inoltre, a novembre 2017 tre titolari di

protezione sussidiaria affetti da grave patologia psichiatrica e inseriti nelle strutture residenziali della ASL Roma I hanno partecipato, insieme a altri 9 pazienti, al soggiorno terapeutico-riabilitativo svoltosi a Verona.

Risultato atteso 7 - Divulgazione e sensibilizzazione attraverso video.

È stato realizzato un docufilm che racconta tre storie di titolari di protezione presi in carico dal SAMIFO, dal DSM e dalla CRS attraverso il progetto FARI. Il video è diffuso dal centro SAMIFO, dai partner del progetto FARI e dalla rete costruita sul territorio regionale. Il regista è Nour Gharbi e il titolo è *“Reaching Terminus: vignettes of refugee’ daily life in Rome.”*

Obiettivo specifico 2 - Tutelare la salute dei minori, anche non accompagnati, attraverso una equipe dedicata alla diagnosi multidisciplinare di deficit neuropsicologici, disabilità intellettiva, dei disturbi di condotta e PTSD e azioni integrate Scuola/ASL/ Municipi/Comune di Roma/Famiglie

Risultato atteso 8 - Valutazione precoce minori, eventuale tempestiva presa in carico e *follow up*.

Le attività - che comprendono l'inserimento di minori in PAC territoriali, la diagnosi, l'eventuale presa in carico e il *follow-up* - sono iniziate nel luglio 2017 e sono curate dall'equipe minori del progetto FARI, composta da una neuropsichiatra infantile, una psicologa dell'età evolutiva, un'assistente sociale, una logopedista, una tecnica della neuropsicomotricità e una educatrice. I minori vengono valutati e presi in carico dal centro La Scarpetta, della ASL Roma I, che in taluni casi può decidere l'invio a strutture competenti per territorio.

Il documento progettuale prevedeva la presa in carico di 90 minori, dato che corrisponde al numero di minori effettivamente seguiti dal progetto. Si tratta di 58 maschi e 32 femmine, così suddivisi: 6 minori di età compresa fra 0 e 2 anni, 18 minori fra 3 e 5 anni, 33 minori fra 6 e 10 anni, 20 minori fra 11 e 14 anni, 13 minori di età superiore a 14 anni.

Gli utenti sono stati segnalati dalla Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva – TSMREE – della ASL Roma I, dall'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di

Roma, dalla Clinica di Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Umberto I, dal SAMIFO e da vari centri di accoglienza.

Prima della chiusura del progetto, le famiglie dei minori che avevano la necessità di proseguire la presa in carico sono state convocate ed è stato loro indicato il servizio territoriale al quale rivolgersi. Sono stati avvisati i responsabili dei servizi a cui venivano indirizzate le famiglie rispetto all'invio. È stata rilasciata alle famiglie una relazione sulle attività effettuate con l'équipe FARI e una lettera di presentazione per gli specialisti dei servizi.

Per i minori che avrebbero proseguito la loro presa in carico presso il TSMREE della Scarpetta, sono stati presentati e discussi uno ad uno tutti i casi in riunione con l'équipe medica dell'ambulatorio.

Risultato atteso 9 - Perfezionamento protocollo scuola-municipi-Asl-famiglie, attraverso la partecipazione di tutti i soggetti interessati.

Il 19 gennaio 2018 è stato firmato il protocollo d'intesa tra ASL Roma I, Roma Capitale (Dipartimento Politiche Sociali Sussidiarietà e Salute e Dipartimento Servizi Educativi e

Scolastici, Politiche per la Famiglia e per l'Infanzia), Municipi di Roma I, II, III, XIII, XIV e XV, e Ambiti Territoriali Scolastici/Scuola Polo per l'Inclusione. Il protocollo sancisce la volontà delle istituzioni di impegnarsi in modo coordinato per *“assicurare lo sviluppo dell'integrazione dei servizi e degli interventi educativi, sanitari, socio-sanitari e sociali tesi ad incrementare il grado di inclusività della scuola, la riduzione del disagio e la dispersione scolastica, nonché la promozione della salute”*. Importante è anche la scelta di *“definire compiutamente un quadro interpretativo condiviso dei fenomeni di disagio e delle condizioni di sofferenza che ostacolano l'inclusione di bambini e adolescenti a scuola”*.

Obiettivo specifico 3 - Aumentare la capacità di risposta degli operatori, per favorire la relazione interpersonale e l'interpretazione della sintomatologia, prevenire livelli inappropriati d'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di traumatizzazione vicaria e delle malattie da stress lavoro correlate

Risultato atteso 10 - Operatori di ASL, enti locali, enti di tutela, operatori della rete DSM e delle Unità Mobili formati.

Nell'ambito del progetto FARI si sono svolti tre tipologie di corsi:

- Un corso su **Vulnerabilità post-traumatica e disagio psico-sanitario grave**, riguardante la salute dei RTPI, le principali norme amministrative e del diritto alla salute.
- Un corso su **Gestione dello stress lavoro-correlato con metodo *Mindfulness***, volto alla prevenzione dei disagi e disturbi accusati dagli operatori sanitari e del sociale che si dedicano alla tutela di richiedenti asilo e rifugiati.
- Un corso su **Accoglienza e cura dei pazienti richiedenti asilo e rifugiati**, per medici di medicina generale in formazione (1° e 2° anno) volto a fornire le conoscenze di contesto e cliniche necessarie per l'assistenza ambulatoriale.

Del corso su **Vulnerabilità post-traumatica e disagio psico-sanitario grave** sono state realizzate 10 edizioni, tutte nel 2017, con una partecipazione complessiva di 1.123

persone, ben oltre il doppio delle 500 previste, di cui circa l'80 per cento donne. Medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e personale amministrativo del SSN costituivano circa 2/3 dei partecipanti. La presenza di personale amministrativo è particolarmente interessante, dal momento che si tratta di lavoratrici e lavoratori che svolgono spesso un ruolo rilevante nel favorire l'accesso dei migranti al servizio sanitario per l'esercizio del diritto alla salute.

Il corso su **Gestione dello stress lavoro-correlato con metodo *Mindfulness*** si è svolto per due edizioni, una nel 2017 e una nel 2018. Vi hanno complessivamente preso parte 63 fra operatori della ASL Roma I e operatori dei centri di accoglienza del Lazio. Oltre la metà dei partecipanti erano infermieri. Nell'insieme, infermieri, medici, assistenti sociali e psicologi hanno costituito circa il 90% dei partecipanti.

Il terzo corso, quello su **Accoglienza e cura**, è stato ripetuto per tre edizioni, due nel 2017 e una nel 2018. Vi hanno preso parte 73 medici specializzandi in Medicina Generale (21 uomini e 52 donne).

Il grado di apprezzamento dei partecipanti al corso su **Vulnerabilità post traumatica e disagio psico-sanitario grave** è uno degli indicatori di risultato previsti dal documento progettuale. Si puntava a un gradimento elevato – espresso da un voto compreso fra 8 e 10 – da parte di almeno l'80 per cento dei partecipanti. Il dato complessivo registrato è pari a 75,8%, leggermente al di sotto della meta. Su tale valutazione pesano soprattutto le prime edizioni, in cui l'aula era particolarmente numerosa e disomogenea per professioni dei partecipanti, condizioni che in genere incidono negativamente sulla efficacia del processo didattico-formativo.

Risultato atteso II – Costruzione della rete.

Il Centro SAMIFO ha sviluppato, sin dalla sua fondazione, una fitta serie di relazioni con istituzioni pubbliche e organismi della società civile impegnati nell'accoglienza e nell'assistenza ai migranti.

Nel quadro del FARI la ASL Roma I ha costruito una rete di istituzioni pubbliche e organizzazioni sociali che, oltre a comprendere altri partner del progetto quali l'Associazione Centro Astalli, la Cooperativa Roma Solidarietà (Caritas

Roma), il Programma Integra e il CeSPI, coinvolge un totale di 62 realtà, distribuite come segue.

Adesione al progetto formativo degli operatori (10):

ASL Roma 3, Roma 4, Roma 5, Roma 6, Viterbo, Latina, Frosinone, Rieti; Policlinico Tor Vergata; Azienda Ospedaliera San Giovanni - Addolorata;

Adesione per la rete dei centri SPRAR (1): U.O.

Inclusione Sociale del Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute di Roma Capitale;

Partecipazione attiva ai tavoli per la revisione e la stesura del Piano sociale municipale (3): Assessorato

Politiche Sociali Municipi I, II e III;

Adesione per la rete dei CAS e per la formazione degli operatori dei CAS (5): Prefetture di Roma, Viterbo,

Rieti, Frosinone, Latina;

Partecipazione attiva all'intervento sociosanitario nell'edificio occupato di via S. Croce in Gerusalemme

(2): Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il contrasto delle Malattie della Povertà (INMP), Caritas di Roma – Area Sanitaria;

Partecipazione attiva “trasversale” in attività di FARI

(1): Medici contro la Tortura;

Partecipazione attiva al tavolo “Promozione di una comunità solidale” (13):

Lunaria, Tavolo Interreligioso Roma, IPAB Isma, AVO Roma, La Lucerna, Action Diritti in movimento, Coop. Apriti Sesamo, SPES, CIES, I.C. Regina Elena, Villaggio Esquilino onlus, Giovanna d’Arco onlus, CESV Centro Servizi per il Volontariato;

Partecipazione attiva al tavolo “Marginalità e Inclusione Sociale” (17):

L’Emozione Non Ha Voce onlus, NSA Roma Nord, Associazione Attiva Montesacro, Cooperativa Ambiente e Lavoro, Cooperativa Eureka I, Laboratorio Puzzle / APS Astra19, Strade Sociali – Cooperativa Idea Primsa 82; Cooperativa sociale Le Mille e Una Notte, Centro d’Ascolto Parrocchia S. Frumenzio, Cooperativa Bottega Solidale, CESV, FAI Coop. Soc., Coop. Soc. PARSEC, Coop. Soc. Prassi e Ricerca onlus, APS Cittadinanza e Minoranze, Condominio Solidale la Collina del Barbagianni ACF Lazio, Associazione ATA PC Roma;

Tirocini e percorsi professionalizzanti (10):

COL Tirocini Roma Capitale (stipula convenzioni con aziende),

PARSEC Agri Cultura, E-Green, Gevesan, Linea Verde Nicolini, Trattoria Egea, Compagnia del Pane, Ristorante Rischy Point, Villa Maraini, Fondazione Il Faro.

Obiettivo specifico 4 - Analizzare (a) l'efficacia di attività per l'emersione precoce del bisogno e l'accesso precoce ai servizi sanitari pubblici, (b) il rapporto costi/benefici delle attività, anche per la riproducibilità futura, (c) le ricadute sull'integrazione sociale dei beneficiari

Risultati attesi 12 (Peer-review del modello Centro SAMIFO), 13 (Analisi costi-benefici-efficacia) e 14 (Monitoraggio, valutazione intermedia e finale).

Queste attività si sono realizzate secondo i tempi previsti. Ogni tre mesi è stato prodotto un rapporto di monitoraggio, è stata realizzata una *peer review* (revisione tra pari) che, insieme alla valutazione intermedia (dicembre 2017) è stata oggetto di un incontro con gli operatori del FARI in cui sono stati restituiti i risultati dell'osservazione e forniti suggerimenti per una più efficace conduzione delle attività progettuali. L'analisi di efficacia dell'approccio FARI aveva lo scopo di verificare se

il percorso assistenziale compiuto all'interno del progetto, che per quanto riguarda il sistema di cura si caratterizza per una marcata funzione di *counselling*, *guidance* ed eventualmente di indirizzamento verso le prestazioni sanitarie più opportune, **configuri un modello diverso nel ricorso alle principali dimensioni dell'assistenza sanitaria**, rispetto a quanto più comunemente osservato in contesti assistenziali non dedicati. È stata considerata una grande mole di dati relativa gli accessi a (1) pronto soccorso, (2) ricovero ospedaliero, (3) servizi specialistici ambulatoriali. La proporzione di persone in trattamento presso il SAMIFO nell'ambito del progetto FARI che ricorrono al pronto soccorso appare molto inferiore rispetto a quella relativa ai soggetti non-SAMIFO (19,1% vs. 44,8%). Inoltre, fra gli utenti SAMIFO le percentuali relative al *triage* risultano superiori per i codici rossi (2,6% vs 1,7%) e inferiori per i codici bianchi (7,2% vs 9,6%). Questi dati sembrano indicare che l'attività di *guidance* nell'ambito del progetto FARI migliora l'appropriatezza di accesso al Pronto Soccorso. Per quanto riguarda il ricovero ospedaliero, la proporzione di persone in trattamento presso il SAMIFO nell'ambito del progetto FARI che vi ricorre è molto inferiore rispetto a quella dei soggetti

non-SAMIFO. La riduzione qui evidenziata potrebbe essere ricondotta a una maggiore appropriatezza nelle richieste, in seguito alla già citata attività di *guidance* e *counselling*. Infine, il valore medio del numero di prestazioni ambulatoriali ricevute dalle persone in trattamento presso il SAMIFO nell'ambito del progetto FARI è inferiore a quello che presentano i soggetti non-SAMIFO. In questo caso la riduzione appare più contenuta rispetto alle dimensioni precedenti, ma potrebbe essere legata all'appropriatezza dell'intervento effettuato.

Valutazione del progetto FARI secondo i criteri di qualità

Possiamo ora analizzare il progetto secondo i criteri di pertinenza, efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità.

Per quanto concerne la **pertinenza**, cioè il rapporto fra bisogni fondamentali e strategia del progetto, è utile riprendere il documento progettuale laddove si ricordava che "l'Italia è uno dei paesi europei coinvolti in prima linea nella gestione dell'emergenza e dell'accoglienza dei migranti forzati. La condizione dei rifugiati vittime di traumi estremi nel nostro Paese è tra le diverse vulnerabilità la più critica perché trattasi di una condizione diffusa. I richiedenti e titolari di protezione

soffrono di gravi malattie mediche in percentuali più elevate sia in confronto con gli autoctoni sia con gli immigrati che arrivano per canali regolari: l'incidenza dei disturbi mentali è doppia rispetto ai migranti economici per i traumi subiti nel paese d'origine o durante il percorso migratorio e per lo stress continuo per la lotta alla sopravvivenza. Soprattutto nelle fasi iniziali, quando non parlano e non capiscono la nostra lingua, possono andare incontro ad accertamenti, cure e ricoveri inappropriati. È indubbia l'utilità dei mediatori linguistico-culturali in ambito sanitario per favorire l'accesso ai servizi, ridurre gli errori medici, aumentare la soddisfazione dei pazienti. Il disagio mentale dei migranti forzati e l'emersione delle vulnerabilità psicofisiche costituiscono evenienze che sottopongono i centri di accoglienza a tensioni organizzative e professionali (poiché spesso) poco attrezzati per gestire situazioni vulnerabili, con il conseguente rischio dell'erronea valutazione dei disturbi mentali. La ASL Roma 1 vuole garantire la salute individuale e collettiva dei cittadini presenti nel proprio territorio e percorsi completi all'interno dei propri servizi anche ai numerosi richiedenti e titolari di protezione". I risultati conseguiti per le diverse attività, tutti superiori alle mete prefissate e in linea con la strategia

complessiva dell'intervento, ne confermano la pertinenza con i bisogni primari della popolazione destinataria.

Gli indicatori di risultato e di realizzazione relativi a dati di tipo quantitativo hanno evidenziato un'elevata **efficienza** nella gestione del progetto, essendosi raggiunti quasi sempre valori molto al di sopra di quelli prefissati. Naturalmente il maggior tempo a disposizione - concesso dall'allungamento del progetto dai 18 mesi iniziali a 27 - ha permesso di prolungare le attività di individuazione e presa in carico così come la formazione del personale, l'orientamento al lavoro dei pazienti con disturbi psichici e la cura dei minori. È da sottolineare che ciò è avvenuto senza aumenti di budget.

L'**efficacia** può essere rilevata attraverso alcuni indicatori particolarmente significativi: il numero di persone raggiunte attraverso il nuovo servizio delle Unità Mobili, che sono state 184 e difficilmente sarebbero state contattate senza tali Unità; le dimissioni e i miglioramenti registrati nel caso di pazienti psichiatrici, superiori di oltre un quarto rispetto alla meta prefissata; la percentuale di minori in *follow-up* rispetto ai minori presi in carico, il doppio di quanto atteso. Gli unici indicatori di risultato che rilevano un'efficacia di poco inferiore a quella prevista sono quelli "di percezione", riguardanti

rispettivamente il miglioramento della capacità dei servizi sanitari del territorio di prendere in carico la popolazione-meta del progetto e il giudizio sui corsi di formazione. Nel primo caso, abbiamo già spiegato come l'aspetto che spinge il giudizio verso il basso sia la velocità di reazione del sistema rispetto ai bisogni individuati: questo problema - che sicuramente non dipende in parte preponderante dalle modalità adottate dal progetto, - dovrà essere preso in considerazione e risolto dalla ASL Roma I. Per quanto riguarda la formazione, il valore medio complessivo risente di alcune incertezze organizzative nella struttura dei primi corsi, soprattutto l'alta numerosità dei partecipanti e la loro eterogeneità, fattori che sono stati corretti in corso d'opera con un miglioramento nei giudizi dei partecipanti.

L'impatto va considerato rispetto al raggiungimento degli obiettivi specifici. In pratica si tratta di verificare se vi siano le condizioni affinché i risultati conseguiti nel corso del progetto si consolidino e diventino prassi comune nella cura dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. La positiva conclusione delle attività e la loro materializzazione negli indicatori di risultato fa propendere per un giudizio di fondo positivo: gli strumenti messi a punto e sperimentati

garantiscono l'individuazione precoce, la presa in carico e l'eventuale inserimento nella rete dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale; il progetto ha sperimentato con successo la presa in carico di minori anche non accompagnati; il progetto ha anche aumentato la capacità di risposta degli operatori, prevenendo interventi inappropriati e al tempo stesso riducendo il rischio di traumi e malattie da stress; infine sono stati prodotti documenti di analisi, monitoraggio e valutazione che hanno permesso di ottimizzare il percorso progettuale.

Tuttavia, un impatto positivo è definito dal mantenimento delle buone pratiche nel tempo. Ciò dipende in sostanza dalla **sostenibilità economica** del progetto, cioè dal fatto che la spesa pubblica sanitaria garantisca un flusso appropriato di risorse verso l'approccio utilizzato dal progetto FARI e dal Centro SAMIFO nel suo insieme, tenendo conto che i dati rilevati con l'analisi di efficacia mostrano i risultati estremamente positivi di tale approccio anche per quanto riguarda la spesa pubblica, in termini di ottimizzazione del ricorso dei pazienti al pronto soccorso, alle prestazioni ambulatoriali e ai ricoveri ospedalieri. Un altro aspetto decisivo è quello della **sostenibilità istituzionale**, che prevede una continuità nel sostegno delle istituzioni pubbliche

nazionali e regionali a tale approccio, indipendentemente dal mutevole orientamento politico dei governi.

Dario Conato
Ricercatore CeSPI

Rapporto Finale: Analisi di Efficacia

I. Introduzione

Stiamo attraversando tempi nei quali le dinamiche legate ai flussi migratori hanno raggiunto una particolare rilevanza in Europa e nel mondo. Il dilagare di posizioni avverse o apertamente ostili a questo fenomeno ha, in diverse occasioni, reso più complessi - se non direttamente ostacolato - gli sforzi orientati ad affrontare le criticità intrinseche più evidenti. Fra queste, le vulnerabilità fisiche e psichiche e le difficoltà nel raggiungere adeguati livelli di integrazione con le realtà ospitanti sono state oggetto di particolare attenzione nei programmi di assistenza sanitaria, anche al fine di garantire la corretta formazione degli operatori più direttamente coinvolti. Il progetto FARI si è costruito all'interno della vasta esperienza del Centro Salute Migranti Forzati – SAMIFO – struttura a valenza regionale della ASL Roma I e si caratterizza per l'adozione di modelli innovativi di intervento in un ambito particolarmente dibattuto - quello relativo all'**assistenza sanitaria dei richiedenti e titolari di protezione internazionale** (nel FARI sono considerati quelli presenti nel territorio regionale). Nel progetto una grande attenzione è dedicata alla dimensione psicosociale e alla collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali.

Il progetto è finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del fondo AMIF 2014-2020 (Asilo, Migrazione e Integrazione), nato per sostenere quei progetti che concorrano a promuovere *"...una gestione efficiente dei flussi migratori e lo sviluppo, il consolidamento e l'implementazione di una strategia Europea condivisa per l'asilo e l'immigrazione"*.

Sono obiettivi del progetto FARI:

- **L'individuazione precoce e la presa in carico dei destinatari affetti da malattie fisiche o da grave patologia psichiatrica** e, laddove necessario, l'inserimento nella rete dei servizi, anche residenziali, del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma I
- La **tutela della salute dei minori**, anche non accompagnati, attraverso una équipe specialistica dedicata al corretto e precoce inquadramento diagnostico dei deficit neuropsicologici, della disabilità intellettiva, dei disturbi della condotta e del PTSD
- Una **formazione** orientata ad aumentare le capacità di risposta degli operatori

- **Un'analisi dell'appropriatezza degli interventi e delle attività previste**

Il progetto contiene **due soluzioni innovative di particolare rilevanza:**

1. L'uso, da parte di team dedicati, di **unità mobili di outreach** per individuare precocemente quei disturbi fisici o psichici che richiedano un trattamento, nell'ambito di una riconosciuta condizione di vulnerabilità.
2. Una **analisi specialistica della salute dei minori stranieri** – anche non accompagnati – effettuata da un'**équipe dedicata**, con una particolare attenzione a quelle condizioni che facciano supporre una precoce compromissione del normale processo maturativo.

2. L'Analisi di Efficacia

Scopo di un'Analisi di Efficacia basata su un esame "alla pari" (*peer review*) è fornire **elementi di analisi esterna** per individuare i vantaggi dell'approccio proposto dal progetto per quanto riguarda l'impatto sulla popolazione beneficiaria, mettendo altresì in evidenza eventuali **punti di forza e di debolezza del progetto dal punto di vista tecnico-scientifico**. Intende inoltre favorire la revisione delle aree migliorabili e il consolidamento dei punti di eccellenza, anche nelle relazioni con i propri partner istituzionali.

Il progetto ha avuto inizio nell'ottobre 2016 ed è terminato nel dicembre 2018, per una durata complessiva di 27 mesi.

Il primo capitolo di questo documento integra la *peer review* intermedia svolta tra la fine del 2017 e l'inizio del 2018, riproponendo alcune dimensioni già valutate, segnalando variazioni attese o mancate nelle diverse linee di attività del progetto e valutandone alcune peculiarità attraverso dimensioni quantitative che potevano solo essere considerate alla conclusione del periodo.

Le considerazioni qui riportate fanno riferimento all'intera durata del progetto e sono aggiornate, dove non altrimenti

specificato, al **31 dicembre 2018**. Il rapporto intermedio aveva invece come riferimento dati e attività del progetto in essere alla data del **30 settembre 2017**.

Per rappresentare in modo sintetico gli aspetti di maggiore rilevanza inerenti alle diverse attività condotte all'interno del progetto, nel rapporto intermedio era stata utilizzata l'**analisi SWOT**, uno strumento di pianificazione comunemente usato per questi scopi che rappresenta in quattro caselle contigue i **punti di forza** (Strengths) e **di debolezza** (Weaknesses) interni al progetto, e le **opportunità** (Opportunities) e le **minacce** (Threats) riferite al contesto esterno.

Relativamente al clima rilevato fra gli operatori che hanno partecipato al progetto, i buoni livelli di collaborazione e reciproca sintonia esistenti all'interno del SAMIFO sembrano aver trovato un significativo riscontro nell'ambito del progetto FARI: alcune piccole criticità che si sono evidenziate nel corso del periodo (ad es. piccole variazioni nella composizione del gruppo di lavoro) sono state affrontate e superate senza che si producesse alcuna discontinuità di rilievo nei livelli di assistenza.

Le principali linee di attività considerate nella analisi sono quelle relative ai Risultati Attesi 1, 2, 3, 5, 6, 8 e 11.

3. Osservazioni relative a punti chiave del progetto FARI

Come già rilevato, questo progetto rientra a pieno titolo fra quelli che soddisfano i criteri riportati per il Fondo EC AMIF e propone soluzioni innovative per questo ambito assistenziale. Per contro, occorre rilevare che, almeno in parte, gli ottimi livelli di collaborazione rilevati sono “iscritti” nella comprovata rete di funzionamento del SAMIFO, costruendo nuovi ponti a partire da un solido network assistenziale ben collaudato. Il modello proposto potrebbe pertanto richiedere diverse operazioni preliminari prima di essere esportato con successo in contesti diversi.

Il progetto FARI persegue gli obiettivi specifici già ricordati anche adottando metodologie di intervento per nulla o molto di rado utilizzate in questo ambito (in particolare per quanto attiene alle unità mobili di *outreach* e all'équipe dedicata per i minori). Complessivamente le strategie adottate per confrontarsi con target ambiziosi in questo ambito, quali *l'individuazione precoce della vulnerabilità psico-sanitaria* o il complesso pacchetto di interventi per la *tutela della salute di destinatari vulnerabili* hanno dato risultati largamente positivi, ma resta da verificare la riproducibilità di tali interventi in

contesti con minori possibilità di accesso a sistemi di finanziamento esterno.

Praticabilità

Le principali soluzioni adottate nel progetto appaiono appropriate e bene articolate per le finalità che si sono proposte. In particolare, sono risultate apprezzabili le modalità utilizzate di inserimento di pazienti con disturbo psichiatrico grave nella rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma I, le modalità di intervento e di follow-up per la tutela della salute dei minori stranieri, i corsi di formazione per operatori ASL, enti locali, enti di tutela, operatori della rete DSM e delle unità mobili, e le modalità utilizzate per la analisi dell'appropriatezza degli interventi e delle attività (con particolare riferimento al ricorso a sistemi informativi sanitari a copertura regionale).

Disseminazione

Al di là delle attività formative, che sono state bene articolate, non risultano ancora effettuate specifiche attività di disseminazione nei confronti di decisori politici, stakeholders presso altre Aziende e altri portatori di interesse, così come

non sono stati allo stato attuale allestiti articoli specifici sul progetto per la pubblicazione su riviste scientifiche nazionali e internazionali *peer reviewed*.

4. Considerazioni relative alle principali linee di attività per il raggiungimento dei risultati attesi

Risultato atteso 1 - Creazione di 2 équipe mobili ASL per individuazione/emersione nei centri SPRAR del Comune di Roma e del territorio regionale.

L'attività sistematica delle unità mobili di *outreach* costituisce un elemento fortemente innovativo per affrontare la domanda proveniente dai centri di accoglienza afferenti al sistema SPRAR. Esso consente nel più breve tempo possibile l'incontro con personale formato e dedicato e l'individuazione di RTPI con stati di sofferenza psichica e fisica che possano richiedere una sollecita presa in carico presso il SAMIFO, o nell'ambito della rete dei servizi sanitari territoriali e del Dipartimento di Salute Mentale.

È stata valutata l'acquisizione e la messa in funzione delle Unità Mobili, l'attivazione delle relative équipes e la fruibilità del

servizio da parte delle ASL. Alcune brevi interviste con gli operatori coinvolti hanno evidenziato buoni livelli di integrazione e di coinvolgimento.

L'attività di outreach si svolge presso i Centri SPRAR nel territorio di diverse ASL:

- n. Unità Mobili di supporto operative: 2 (due auto private);
- n. Équipe multidisciplinari operative: 6;
- profili coinvolti in ciascuna équipe multidisciplinare: medici di medicina generale e specialisti in psichiatria, neuropsichiatria infantile, ginecologia, ortopedia, medicina legale, mediatori linguistico culturali, psicologi per adulti e per l'età evolutiva, assistenti sociali per adulti e per minori, tecnici di riabilitazione psichiatrica, ostetrica, infermiera, logopedista, tecnica della neuropsicomotricità, educatrice;
- aziende sanitarie locali che usufruiscono delle attività delle unità mobili di supporto: 4 (più spesso coinvolte Roma 1, Roma 2, Roma 3, Roma 5).

Nel corso del progetto, le Unità mobili hanno esteso il proprio raggio di azione e consolidato le pratiche e i legami

stabiliti con le diverse agenzie coinvolte, sino a divenire una **componente essenziale del percorso di cura**. Il contatto diretto e la ridotta latenza degli interventi hanno permesso di costruire “ponti fiduciari” e programmi condivisi con le altre agenzie coinvolte (gli SPRAR e i DSM in primis), mantenendo buoni livelli di efficienza e dimostrando nel tempo la piena validità di questa iniziativa. Le équipes mobili potrebbero rivelarsi una soluzione assistenziale vantaggiosa anche sotto il profilo economico, per la capacità intrinseca di intercettare precocemente elementi critici la cui evoluzione comporti una più elevata complessità assistenziale, indirizzandoli verso i contesti più opportuni.

Il disagio mentale presentato dai richiedenti e titolari di protezione internazionale e l'emersione delle conseguenze psichiche e fisiche delle eventuali violenze subite costituiscono evenienze che sottopongono gli operatori dei centri di accoglienza a particolari tensioni organizzative e professionali che richiedono abilità professionali e risorse che non competono alla funzione di accoglienza. Tale situazione può determinare reazioni psicologiche allo stress lavorativo con ricadute sulla qualità delle prestazioni. Per tale ragione è

necessaria l'integrazione nella rete territoriale dei servizi sociosanitari.

Le Unità Mobili hanno ridotto le responsabilità degli operatori dei centri di accoglienza su competenze sanitarie non specificamente di propria pertinenza mitigando quindi anche i rischi di malattie da stress lavoro-correlate.

Risultato atteso 2 - Individuazione/emersione precoce delle vulnerabilità psicosanitarie.

Un elemento chiave del progetto consisteva nel mettere alla prova le soluzioni innovative adottate (in particolare le unità di *outreach* e l'équipe dedicata per i minori) nel raggiungere, individuare e trattare secondo le migliori pratiche un elevato numero di soggetti.

Nei mesi trascorsi dall'inizio delle attività delle unità mobili sino al 30/09/2017 sono stati raggiunti e individuati 634 adulti. Nello stesso periodo 17 minori sono stati inseriti in PAC territoriali, hanno ricevuto una diagnosi e sono stati presi in carico presso il Centro dedicato per i minori "La Scarpetta", con la sola eccezione di un minore residente in un'altra provincia, inviato al servizio competente per territorio.

Con il completamento del progetto, il numero di adulti e quello di minori ha raggiunto rispettivamente il valore di 1.069 e 90, superando considerevolmente - per gli adulti - i valori attesi (per i minori il valore atteso di 90 è stato raggiunto entro la fine del progetto).

Un migliorato uso dello strumento informativo e le modalità di assistenza per i minori hanno permesso di ottenere risultati molto interessanti.

	Maschi	Femmine	Totale
SAMIFO MINORI	58	32	90
SAMIFO ADULTI	800	269	1.069
	858	301	1.159

Risultato atteso 3 - Presa in carico dei destinatari adulti da parte di Centro SAMIFO o altre strutture del sistema sanitario (accoglienza, supporto pratiche, medicina generale, analisi di routine, visite specialistiche in strutture pubbliche).

Alla data del 31/12/2018 la presa in carico ha riguardato 886 soggetti, così come riportato di seguito:

**Progetto FARI – Totale titolari della presa in carico
dei soggetti valutati - adulti e minori - (N=1.159)**

UNITA' OPERATIVA	N. PAZIENTI PRESI IN CARICO	% PAZIENTI PRESI IN CARICO
SAMIFO	485	54.8
UNITA' MOBILE	184	20.7
DSM	46	5.2
CARITAS	81	9.1
TSMREE - MINORI	90	10.2
TOTALE PRESI IN CARICO	886	76.6

Il SAMIFO si conferma come centro primario di accoglienza, valutazione, presa in carico ed indirizzo, che include pertanto molte strutture per lo più utilizzate per approfondimenti diagnostici (Centri specialistici, radiologici, laboratori, etc.).

Il personale dell'Unità Mobile completa nella grande maggioranza dei casi il proprio percorso valutativo con l'invio alle strutture sanitarie competenti, con l'eccezione di alcuni casi che continua a seguire per un tempo più protratto.

Anche in questo caso, alla data del completamento del progetto sono stati raggiunti valori notevolmente più elevati di quelli osservati al mid-term, che hanno superato sensibilmente quelli attesi:

N. **RTPI** (Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale) raggiunti: **1069**

N. **RTPI** (Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale adulti) raggiunti: **1.069, di cui 796 presi in carico (74.5%)**

N. **RTPI** affetti da gravi patologie psichiatriche rilevati: **302, tutti presi in carico**

N. **di minori** stranieri non comunitari raggiunti **90, tutti presi in carico**

Questi valori favoriscono il riconoscimento del SAMIFO da parte della Regione Lazio come struttura di particolare rilevanza per l'assistenza ai migranti forzati, e la progressiva realizzazione di un network di competenze integrate. Potrebbero essere migliorate le modalità di indirizzamento ad

altre strutture sanitarie, che non si avvalgono a tutt'oggi di procedure scritte o condivise.

Risultato atteso 5 e 6 - Inserimento dei destinatari affetti da disturbi mentali gravi nella rete del servizio del Dipartimento di Salute Mentale ASL RMI e Inserimento di destinatari affetti da disturbi mentali in strutture psichiatriche specializzate e in percorsi di riabilitazione sociale e acquisizione di specifiche competenze con erogazione di indennità per training on the job.

Le politiche messe in atto dal SAMIFO relativamente a casi gravi (particolarmente costituiti da disturbi dissociativi e post-traumatici) considerano anche la durata stimata del trattamento: la segnalazione al CSM è molto frequente in occasione di patologie gravi che richiedono un trattamento di lunga durata e una presa in carico sul territorio, quali per esempio le psicosi schizofreniche.

Per questi casi il Dipartimento di Salute Mentale utilizza modalità consolidate di accoglienza, valutazione ed elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo

Individualizzato - PTRI - eventualmente seguite dall'inserimento in strutture riabilitative residenziali o semiresidenziali. Gli invii effettuati nell'ambito del progetto al CSM si avvalgono di un solido collegamento fra l'équipe FARI dedicata e quella del CSM. La bontà di tale collegamento è percepita come un fattore estremamente rilevante per il funzionamento complessivo del progetto.

Analisi finale: la costituzione di un'équipe dedicata al progetto all'interno del CSM di riferimento ha consentito di costituire e mantenere ottimi livelli di collaborazione, che sono ulteriormente evoluti nel periodo successivo al mid-term.

Risultato atteso 8 - Valutazione precoce delle vulnerabilità nei minori raggiunti, con eventuali tempestività di presa in carico e *follow-up*.

L'Equipe Minori dedicata al progetto FARI è composta da una neuropsichiatra infantile, una psicologa dell'età evolutiva, un assistente sociale, una logopedista, una tecnica della neuropsicomotricità e una educatrice; ha iniziato le proprie attività nel Luglio 2017.

L'operato dell'équipe relativo ai minori inseriti in PAC territoriali viene segnalato come congruo e appropriato, anche per quanto riguarda le procedure di valutazione precoce dei minori.

Tra i minori presi in carico il disagio presentato si profila in molti casi nei termini di un Disturbo Specifico di Apprendimento – DSA - (21%) e di un Disturbo Specifico del Linguaggio – DSL - (20%).

In realtà i bambini segnalati dalle maestre con ritardo nell'acquisizione di alcune abilità scolastiche (DSA) presentavano problematiche linguistiche e culturali, piuttosto che scolastiche in senso stretto. In questi casi le cause possono essere molteplici e, ai fini di un intervento, andrebbero particolarmente considerati anche gli aspetti anamnestici; inoltre potrebbe essere utile conoscere la relazione tra il disturbo e il contesto socioculturale di riferimento.

Alla fine del progetto, il numero di minori trattati è variato come riportato di seguito.

	Maschi	Femmine	Totale
FARI MINORI	58	32	90

Di questi, 70 risultano inseriti in follow up territoriali: valore superiore a quello atteso.

La costituzione di una équipe dedicata ai minori ha consentito di elevare considerevolmente l'attenzione verso periodi della vita che appaiono determinanti per la costruzione di aspetti identitari e di relazione nelle diverse tappe dello sviluppo. Ove possibile, l'esperienza di questa unità dedicata potrebbe essere ripresa in altri contesti regionali ed extraregionali.

Risultato atteso 10 – Realizzazione di corsi di formazione per operatori di ASL, enti locali, enti di tutela, operatori della rete DSM e delle Unità Mobili.

Il progetto FARI ha rispettato adeguatamente gli obiettivi che si era posto. Tutti gli elementi considerati nel report di mid-term hanno trovato conferma o hanno presentato un miglioramento nel periodo successivo. Si segnalano di seguito alcuni punti di particolare interesse.

Rispetto al valore atteso di 500 operatori formati entro la conclusione del progetto le persone che durante il progetto hanno preso a parte alle attività formative (Corso base, Corso per medici generali in formazione, Gestione dello stress da lavoro) sono state 1.259. Si comprende pienamente

l'importanza della formazione che viene proposta in questo progetto, particolarmente quella rivolta ai medici di medicina generale e quella sullo stress. Ai fini della riproducibilità in contesti con minore disponibilità di risorse di personale, potrebbe essere considerata per il futuro la possibilità di selezionare alcuni rifugiati da avere come partners nell'erogazione dell'assistenza per la salute mentale (già in attuazione presso il SAMIFO), attraverso programmi formativi che rispettino la lingua e la sensibilità culturale.

Risultato atteso II – Costruzione della rete inter-istituzionale.

Nell'ambito del Progetto FARI, la costruzione della rete di soggetti istituzionali coinvolti ha avuto luogo facendo seguito a una serie di attività già svolte dalla ASL Roma I in collaborazione con diversi Municipi della Capitale.

Sono stati avviati contatti con numerosi soggetti pubblici e privati fra le quali ASL, Aziende Ospedaliere e Universitarie, Prefetture, Enti locali, Assessorati, Associazioni, Cooperative Sociali, Aziende private. Gli scopi erano inizialmente diversi, ma tutti erano orientati al consolidamento di un network

territoriale capace di favorire e sostenere le attività del progetto.

Alla fine del periodo, i soggetti coinvolti nella rete sono 62, e i livelli di collaborazione raggiunti sino a questo punto sono stati soddisfacenti. La possibilità di condividere termini, fattori di contesto e sistemi di cura all'interno di un network potrebbe determinarne l'ulteriore sviluppo.

Disseminazione dei risultati e dell'implementazione dei sistemi di cura

A livello regionale e - ove possibile - nazionale, i diversi portatori di interesse dovrebbero ricevere informazioni specifiche o linee guida inerenti al contesto esplorato che il progetto ha permesso di riformulare. Oltre a relazioni e presentazioni dedicate da tenersi in convegni nazionali e internazionali, **la pubblicazione di articoli specifici su riviste *peer-reviewed* italiane e straniere** è un'occasione per confrontarsi e descrivere nei contesti più appropriati - ma anche per approfondire ed estendere - le linee di indagine e di attività del progetto. Resta inoltre un eccellente strumento di confronto con i decisori politici e le principali *key-persons* coinvolte.

Trattamento dei dati

La rilevanza dei sistemi informativi “...per la registrazione e la pronta disponibilità dei dati sanitari ... lungo tutto il percorso dell'accoglienza” è raccomandata dal Panel nell'ambito delle **Linee Guida Salute Migranti** (Sistema Nazionale Linee Guida).

In un progetto quale è FARI, i risultati comprendono una mole di dati che costituiscono la base delle schede sintetiche di progetto. Queste sono spesso le sole che hanno l'occasione di essere considerate da parte di decisori politici, dirigenti d'azienda e *key-stakeholders*. Per tali motivi la qualità e fruibilità del dato raccolto è essenziale all'interno del progetto, e si raccomanda una particolare attenzione riguardo alla verifica della qualità del dato raccolto.

Nel corso di tutto il progetto FARI è stata effettuata una raccolta sistematica di dati relativamente alle attività svolte. I database utilizzati nel progetto FARI sono stati gestiti da operatori esperti con una conoscenza approfondita del contenuto e del senso dei dati trattati. Sono state peraltro evidenziate alcune incongruenze nell'omogeneità del dato raccolto (etichette delle categorie, riferimenti, ecc.) che hanno

richiesto una revisione prima di poter essere confrontati con altri sistemi informativi sanitari a copertura regionale.

4. L'efficacia dell'approccio FARI sui pazienti

Come già ricordato, nel corso di tutto il Progetto FARI è stata effettuata una rilevazione sistematica di tutte le attività svolte e delle principali caratteristiche delle persone trattate. Il sistema di rilevazione FARI ha identificato alcune delle caratteristiche principali della popolazione afferente tramite le stesse variabili utilizzate nei principali sistemi informativi sanitari a copertura regionale e con la medesima codifica, in previsione di un possibile linkage.

Implicito nel disegno del progetto era il considerare i modelli di intervento innovativi e integrati utilizzati come capaci di favorire un miglioramento della qualità complessiva delle cure. Si trattava pertanto di verificare se - come atteso - la modalità di presa in carico utilizzata nel progetto FARI evidenziasse peculiarità specifiche per alcune caratteristiche del percorso di cura analizzando alcune dimensioni di particolare rilevanza quali il ricorso al pronto soccorso, al ricovero ospedaliero o a prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Ciò che si intendeva verificare era **se il percorso assistenziale compiuto all'interno del progetto FARI**, che per quanto riguarda il sistema di cura si caratterizzava per una marcata funzione di *counselling*, *guidance* o più diretto indirizzamento verso le prestazioni sanitarie più opportune, **configurasse un *pattern* diverso nel ricorso alle principali dimensioni dell'assistenza sanitaria**, rispetto a quanto più comunemente osservato in contesti assistenziali non dedicati.

A questo scopo, occorre in primo luogo ricordare che la costruzione dei dataset descritti di seguito è stata possibile grazie alla **collaborazione estremamente qualificata del Personale della UOC Gestione flussi informativi sanitari e analisi processi assistenziali della ASL Roma I**, che rispondendo alle indicazioni fornite dal nucleo di valutazione del FARI ha effettuato le complesse estrazioni ed elaborazioni necessarie.

Sono state costituite **due “coorti” di persone straniere** che hanno ricevuto prestazioni sanitarie, nel periodo considerato, nel territorio della ASL Roma I. Di queste la prima, costruita a partire dai sistemi di rilevazione concepiti per il progetto FARI, include tutte le persone seguite nel

progetto FARI (presso il SAMIFO). La seconda, costituita da persone con caratteristiche simili ma che non hanno avuto contatti con il SAMIFO, è stata estratta a partire dagli elenchi delle persone che hanno ricevuto prestazioni sanitarie nel territorio afferente alla ASL Roma I. Le due coorti presentavano pertanto caratteristiche simili ed era ipotizzabile un confronto. Come sarà mostrato più oltre però, sarà necessario effettuare ulteriori complesse operazioni prima di poter disporre di risultati definitivi relativi a tale confronto.

Le dimensioni considerate: il Pronto Soccorso, il ricovero ospedaliero, le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

In primo luogo, occorre ricordare quanto si è appreso, per la popolazione migrante, dal cosiddetto “effetto migrante sano”. Questo identifica, al momento della migrazione, una popolazione tipicamente più giovane della media, in buona salute e capace di intraprendere un progetto migratorio. Successivamente però lo stesso processo di “dislocazione”, l’esposizione ai diversi fattori di rischio associati all’immigrazione e le successive frequenti avversità di natura sociale ed economica legate al nuovo contesto, determinano

condizioni di sostanziale maggiore fragilità, sia fisica sia psichica. Questa condizione si riflette nel ricorso ai servizi sanitari, la cui accessibilità viene sistematicamente monitorata (consentendo anche di evidenziare le eventuali diseguglianze). Le tre dimensioni assistenziali utilizzate sono quelle più spesso utilizzate per rappresentare le caratteristiche dell'assistenza sanitaria in un Paese. In ciascuna regione italiana, un sistema informativo sanitario specifico con un nucleo comune raccoglie e monitorizza tutte le informazioni rilevanti per ciascuna di queste dimensioni.

Quella del **Pronto Soccorso** e dell'ospedale è, per una quota sostanziale della popolazione immigrata, l'unica sede conosciuta di erogazione di prestazioni sanitarie nel proprio contesto originario. Non stupisce pertanto che il ricorso al Pronto Soccorso sia più rappresentato nella popolazione immigrata, particolarmente in una fase iniziale nella quale i livelli di integrazione con la popolazione locale siano poco o per nulla apprezzabili.

A differenza del Pronto Soccorso, il **ricovero ospedaliero** non prevede un accesso diretto. La popolazione migrante vi ricorre generalmente in misura minore della popolazione generale in ragione della minore età media. Come si accennava

possono però sussistere condizioni successive in grado di modificare questo scenario (ad es. maggiore esposizione a traumi o malattie, o il più elevato numero di parti riferito a donne straniere).

Come specificato nella pagina dedicata al sistema informativo specifico per la regione Lazio, le **prestazioni specialistiche ambulatoriali** sono tutte *“le visite e le prestazioni specialistiche effettuate in regime ambulatoriale, le attività di consultorio materno-infantile e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché tutte le prestazioni, sia diagnostiche che terapeutiche, previste dal nomenclatore e svolte presso presidi ambulatoriali (anche di ospedali e case di cura), laboratori di diagnostica strumentale e studi medici specialistici, sia pubblici che privati accreditati”*. *“Non rientrano in questo sistema informativo le prestazioni di assistenza psichiatrica effettuate presso i Dipartimenti di Salute Mentale, le prestazioni di assistenza a tossicodipendenti effettuate presso i SERT, e le vaccinazioni: queste prestazioni sono oggetto di sistemi di sorveglianza o registri di popolazione distinti”*. Si è ipotizzato che una più esplicita attività di *guidance* e *counselling* potesse, per i soggetti seguiti all'interno del progetto, determinare una diversa modalità nel ricorso a tali prestazioni, sia per quantità che per qualità.

I metodi utilizzati per la analisi dell'efficacia

- Sono stati confrontati **due dataset di persone con cittadinanza diversa da quella Italiana e dei Paesi membri dell'Unione Europea**, escludendo le persone con tessera ENI (Europeo Non Iscritto) e con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), che nel periodo **Anno 2017 + primi mesi 2018** hanno fruito di **prestazioni sanitarie in presidi nel territorio della ASL Roma I**, registrate da sistemi informativi dedicati. Si tratta in entrambi i casi di persone che hanno diritto all'assistenza sanitaria nel nostro paese.
- Il **primo dataset** era costituito dalla **coorte comprendente tutte le persone** che sono state **prese in carico per la prima volta dalla UOSD Centro SAMIFO** nel periodo considerato (attraverso il personale del Progetto FARI e quello istituzionale)
- Il **secondo dataset** comprendeva tutte le persone con le caratteristiche descritte **che non hanno avuto contatti con il SAMIFO** e pertanto **non include quelli del primo dataset**

- Ciascun dataset è stato poi suddiviso per **Adulti** e **Minori**
- Per ciascun dataset è stato rilevato il **ricorso a prestazioni sanitarie nel periodo**, utilizzando i **sistemi informativi sanitari a copertura regionale** riportati di seguito:
 - ***Sistema Informativo SAMIFO – Progetto FARI***
 - **SIES – Sistema Informativo Emergenza Sanitaria**
 - **SIO – Sistema Informativo Ospedaliero**
 - **SIAS – Sistema Informativo Assistenza Specialistica**

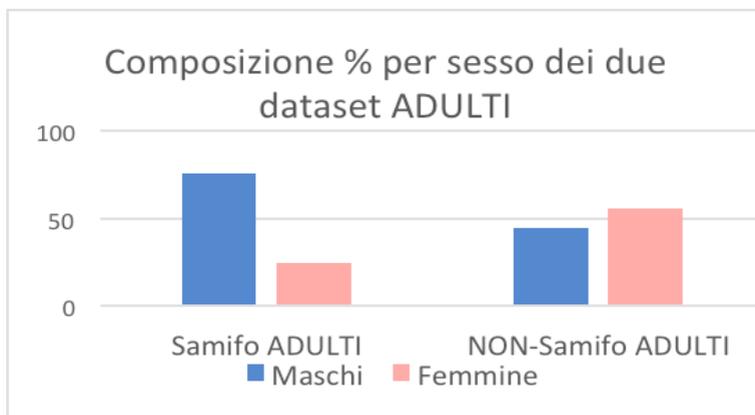
I risultati di questa operazione, particolarmente rilevante per le sue caratteristiche, richiedono una trattazione approfondita e non possono essere rappresentati compiutamente in questo testo.

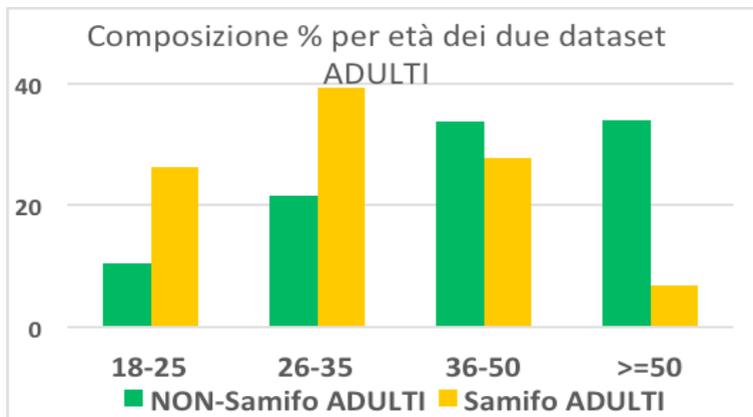
Saranno pertanto oggetto di una pubblicazione successiva, e vengono qui presentati solo alcuni **risultati preliminari**.

Le due coorti:

	Maschi	Femmine	Totale
FARI / MINORI.	55	27	82
FARI / ADULTI	784	258	1.042
	839	285	1.124

	Maschi	Femmine	Totale
NON-FARI MINORI	11.810	9.615	21.425
NON-FARI ADULTI	41.809	52.545	94.354
	53.619	62.160	115.779





Le due coorti presentano importanti differenze per caratteristiche riguardanti, principalmente, la durata della permanenza in Italia.

Una analisi definitiva dovrà tenere conto di tali differenze.

SIES – Ricorso al Pronto Soccorso – Osservazioni preliminari

	N		% Coorte	Accessi/Persona
	Persone	Accessi		
FARI minori (N=82)	18	29	22,0	1,6
FARI adulti (N=1.042)	199	347	19,1	1,7
	217	376		

	N		% Coorte	Accessi/Persona
	Persone	Accessi		
Non-FARI minori (N=21.425)	4.638	6.741	21,6	1,5
Non-FARI adulti (N=94.354)	42.260	61.588	44,8	1,5
	46.898	68.329		

La proporzione di persone adulte in trattamento presso il SAMIFO nell'ambito del progetto FARI che ricorrono al PS appare molto inferiore rispetto a quella relativa ai soggetti della coorte NON-SAMIFO (19,1% vs. 44,8%). Inoltre, nella

coorte SAMIFO ADULTI le percentuali relative al triage risultano superiori per i codici rossi (2,6% vs 1,7%) e inferiori per i codici bianchi (7,2% vs 9,6%).

Questi dati potrebbero indicare che la già citata attività di *guidance* nell'ambito del progetto FARI possa migliorare l'appropriatezza delle richieste per quanto riguarda l'accesso al Pronto Soccorso.

Questi dati preliminari dovranno essere confermati dopo l'adozione di misure (quali ad esempio la restrizione della coorte NON-SAMIFO adulti ai soli permanenti in Italia da <2aa. per considerare fattori di confondimento legati all'adozione di abitudini diverse dopo molti anni di permanenza in Italia).

SIO – Ricorso al ricovero ospedaliero – Osservazioni preliminari

		N		% Coorte	Ricoveri/ Persona
		Persone	Ricoveri		
FARI					
minori		14	27	17,1	1,9
(N=82)					
FARI adulti		71	92	6,8	1,3
(N=1.042)					
		85	119		
		Persone	Ricoveri	% Coorte	Ricoveri/ Persona
Non-FARI					
minori		4.100	7.692	19,1	1,9
(N=21.425)					
Non-FARI		13.897	18.080	14,7	1,3
adulti					
(N=94.354)					
		17.997	25.772		

La proporzione di persone in trattamento presso il SAMIFO nell'ambito del progetto FARI che ricorre al ricovero ospedaliero è molto inferiore rispetto a quella dei soggetti della coorte NON-SAMIFO.

Anche in questo caso la riduzione qui evidenziata potrebbe essere ricondotta a una maggiore appropriatezza nelle richieste in seguito alla già citata attività di *guidance* e *counselling*.

Questi dati preliminari dovranno essere confermati dopo l'adozione di misure (quali ad esempio la restrizione della coorte NON-SAMIFO adulti ai soli permanenti in Italia da <2aa. per considerare fattori di confondimento legati all'adozione di abitudini diverse dopo molti anni di permanenza in Italia).

**SIAS – Assistenza specialistica ambulatoriale –
Osservazioni preliminari**

	N. prestazioni ambulatoriali	N. prestazioni / persona
FARI minori (N=82)	357	4,4
FARI adulti (N=1.042)	8.800	8,4
	9.157	

	N. prestazioni ambulatoriali	N. prestazioni / persona
Non-FARI minori (N=21.425)	136.224	6,4
Non-FARI adulti (N=94.354)	1.088.738	11,5
	1.224.962	

Il valore medio del numero di prestazioni ricevuto per le persone in trattamento presso il SAMIFO nell'ambito del progetto FARI che ricorrono a prestazioni specialistiche ambulatoriali è inferiore a quello presentato dai soggetti della coorte NON-SAMIFO.

In questo caso la riduzione appare più contenuta rispetto alle dimensioni precedenti. Qualora questo dato dovesse essere confermato, dovrà essere analizzato in dettaglio per tipologia di prestazione (ad esempio i percorsi diagnostici già definiti, etc.)

Questi dati preliminari dovranno essere confermati dopo l'adozione di misure (quali ad esempio la restrizione della coorte NON-SAMIFO adulti ai soli permanenti in Italia da <2aa. per considerare fattori di confondimento legati all'adozione di abitudini diverse dopo molti anni di permanenza in Italia).

Andrea Gaddini
Psichiatra, analista dell'efficacia

ALLEGATI

ALLEGATO N. I

Azioni delle Unità Mobili

Obiettivi specifici 1 e 2:

1: Individuazione e emersione precoce di RTPI in condizione di vulnerabilità psicosanitaria.

Per la realizzazione delle attività finalizzate all'intercettazione precoce della vulnerabilità psicosanitaria e all'invio ai servizi competenti si prevede la creazione di 2 equipe mobili ASL e 1 equipe del partner CRS. L'equipe ASL, composta da personale sociosanitario dipendente della ASL e operatori a carico del progetto, si reca presso i centri SPRAR del comune di Roma e del territorio regionale e si coordina con l'Ufficio Immigrazione del Comune di Roma e gli enti gestori dei centri. Le attività di individuazione/emersione nei centri psicosociosanitari della Caritas sono realizzate da CRS.

2: Interventi per la tutela della salute dei destinatari vulnerabili. Il centro SAMIFO garantisce la presa in carico dei beneficiari in condizione di vulnerabilità non assistibili da altri servizi territoriali.

Il primo step del percorso SAMIFO prevede l'accoglienza, il supporto per le pratiche amministrative, visite di medicina

generale, analisi di routine e, se necessario, ulteriori accertamenti e/o invio a visite specialistiche interne al SAMIFO (psichiatria, psicologia, ginecologia, infettivologia, certificazione medica per gli esiti di torture/violenze intenzionali, ortopedia, vaccinazioni) o presso altre strutture sanitarie pubbliche.

In caso di destinatarie in gravidanza, la ginecologa del SAMIFO effettua ecografie durante tutta la durata della gestazione.

Composizione dell'équipe multidisciplinare dedicata:

Rossella Carnevali - Medico Psichiatra

Angela Biscotti D'Agostino - Medico Internista

Valentina Mazzocato - Medico Infettivologo

Mediatori linguistico-culturali: Abdulwahab Ergai, Mass Samb

Sintesi sulle attività realizzate dalle unità mobili del progetto.

L'attività delle Unità Mobili, composte ognuna da un medico (internista, infettivologo o psichiatra) e da un mediatore linguistico-culturale, ha avuto inizio a luglio 2017. È stato necessario impiegare il primo periodo per la conoscenza reciproca tra i membri dell'équipe, anche rispetto alle singole competenze e individualità, oltre che per stabilire quali procedure e metodologie di lavoro utilizzare per l'espletamento del Progetto. Durante questo periodo, come durante tutto lo svolgimento del progetto, sono stati effettuati diversi incontri, tra membri dell'équipe, oltre che riunioni organizzative con il Dott. Santone, Responsabile del Progetto e con il personale dell'Ufficio Immigrazione di Roma Capitale. Inoltre, riunioni cliniche e di confronto con l'équipe del SAMIFO sono state svolte periodicamente.

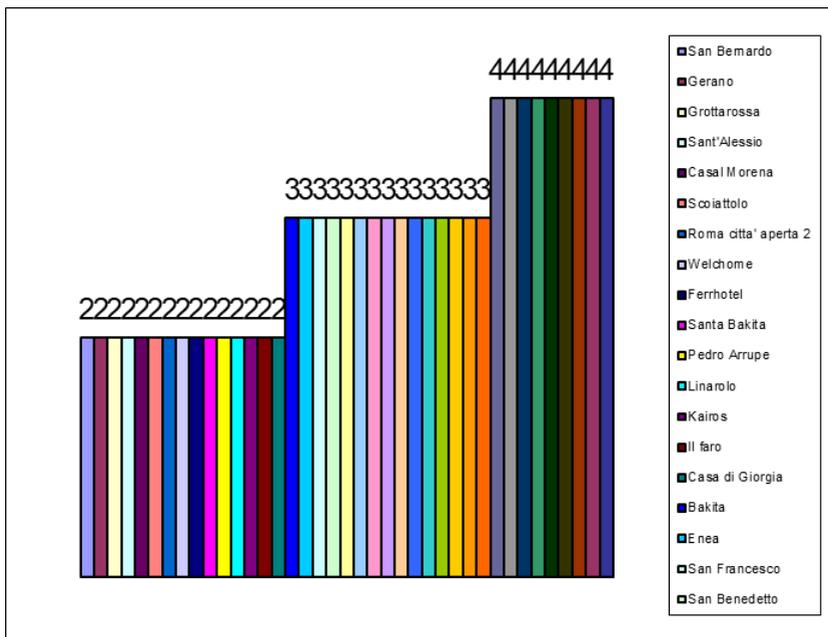
Le attività si sono concentrate presso i centri SPRAR afferenti all'Ufficio Immigrazione di Roma Capitale, con lo scopo di individuare precocemente le persone con vulnerabilità sanitarie, cioè affette da problematiche fisiche e/o mentali, ed orientarle verso i servizi più adeguati presenti nel territorio, per la valutazione e la presa in carico.

Il Progetto FARI era riservato ai Richiedenti e titolari di Protezione Internazionale con esclusione dei titolari di Protezione Umanitaria, per i quali, ove necessario, è stato comunque fatto un orientamento rispetto ai servizi disponibili sul territorio.

Dal luglio 2017 sono stati visitati tutti i centri indicati dall'Ufficio Immigrazione del Comune di Roma, secondo un calendario trimestrale in cui venivano stabiliti gli incontri, cercando di dare priorità ai centri con maggiori criticità, indicati dall'Ufficio Immigrazione stesso.

Tutti i centri sono stati visitati più di una volta. Il maggior numero di visite in alcuni centri è dovuto, in parte ad una iniziale difficoltà ad interagire con gli operatori e far comprendere agli stessi l'utilità del progetto, in parte alla presenza di criticità importanti e al follow-up dei pazienti.

Grafico I: totale visite per centro di accoglienza



Nonostante le difficoltà iniziali, si è verificata un'interazione sempre maggiore tra le Unità Mobili e gli operatori dei centri. Contatti reciproci sono stati mantenuti durante tutta la durata del progetto attraverso contatti telefonici e una mail dedicata (um.fari@aslroma1.it), finalizzati a coordinare e gestire nel migliore modo possibile il percorso terapeutico dei pazienti. Nei mesi da febbraio a maggio 2018 si è verificata una riduzione del numero di utenti presi in carico dal Progetto, in quanto riorganizzazioni interne allo SPRAR riguardanti sia la

gestione centri che l'accoglienza degli ospiti, ha ritardato l'individuazione di nuovi utenti.

Nel corso della prima visita dell'Unità Mobile nel centro SPRAR veniva presentato il progetto e compilata una scheda contenente informazioni generali sul Centro e i suoi ospiti (allegato n 1).

Tale metodologia è stata utile a rilevare la tipologia delle strutture di accoglienza presenti sul territorio: delle 49 strutture afferenti all'Ufficio Immigrazione del Comune di Roma, 46 erano SPRAR a regime ordinario, 3 (Casalotti, Savi e Usignolo) erano strutture per ospiti che avevano terminato i mesi di accoglienza SPRAR, ma che ancora non avevano raggiunto l'autonomia; 1 struttura (Kairos) era dedicata agli utenti vulnerabili con disagio mentale. I posti totali disponibili nel circuito SPRAR erano 2197, 31 strutture erano per soli uomini, 6 per famiglie e 12 per nuclei monoparentali e donne. È emerso inoltre che ogni SPRAR aveva all'interno dello staff uno psicologo (per alcune ore alla settimana) e un'assistente sociale. Quasi tutti gli ospiti dei centri erano iscritti al SSN e avevano un medico di famiglia, prevalentemente vicino alla struttura. È stato rilevato che tutti i centri avevano una discreta rete con le realtà commerciali, religiose e associative

del territorio (parrocchie, farmacie, supermercati, palestre, ecc.) e che maggiori difficoltà venivano riscontrate nel rapporto con i servizi della medicina del territorio, in particolare con i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), con i Servizi territoriali per le Dipendenze (Ser.D.) e con le Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.). Tale difficoltà era causata prevalentemente da motivi burocratico-amministrativi (pratiche per esenzioni, emissione di codici fiscali alfanumerici; residenze).

Gli ospiti vulnerabili venivano segnalati all'Unità Mobile dagli operatori dei centri di accoglienza, con i quali venivano discusse le criticità. Ove necessario, veniva effettuato un colloquio con il paziente, al quale venivano fornite indicazioni utili e prescrizioni. Il ruolo dei mediatori è stato fondamentale in tali circostanze. I mediatori del progetto garantivano mediazione in inglese, arabo, francese e wolof. Essi hanno spesso consentito agli ospiti di trovarsi a proprio agio nel comunicare i motivi del proprio malessere e ai medici di chiarire quali fossero i sintomi o le difficoltà che i pazienti esprimevano. Abbiamo potuto osservare inoltre che con mediatori esterni appartenenti all'Unità Mobile, e non allo staff

del centro, alcuni utenti si sentivano più liberi di esprimere i propri problemi.

Per ogni paziente vulnerabile sono state compilate, con il consenso scritto del paziente, una scheda anagrafica e una di presa in carico (intesa come mappatura del percorso di cura), allegando una copia di un documento di identità valido e del codice fiscale o dell'STP.

Nel caso di utenti vulnerabili per i quali non era stata ancora avviata una presa in carico l'Unità Mobile aveva il compito di fare una valutazione complessiva dei bisogni di salute del paziente e successivamente dare indicazioni sul percorso di cura più idoneo. Qualora fossero indicati un invio o una presa in carico all'interno dei servizi territoriali, le Unità Mobili hanno orientato il personale dei centri verso i servizi competenti e hanno valutato l'accessibilità di tali servizi. In alcuni casi di criticità nell'accesso i professionisti dell'Unità Mobile hanno facilitato il percorso attraverso contatti diretti e/o certificazioni e relazioni indirizzate alle strutture sanitarie del territorio.

Nel caso di pazienti con disturbi mentali gli operatori dei centri sono stati formati e informati sui servizi di salute mentale disponibili sul territorio e sul loro funzionamento, sia

nel caso di eventuali interventi urgenti, che per quanto riguarda i percorsi di cura programmabili. In particolare, sono state fornite indicazioni sulle modalità di accesso e sulle funzioni dei Centri di Salute Mentale, dei Servizi per le Dipendenze, delle unità di valutazione e cura dei minori e del servizio emergenziale 118.

In alcuni centri è stata necessaria anche una formazione sulle diverse patologie mentali, distinguendo patologie mentali che necessitano una presa in carico territoriale, da patologie specifiche dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, di cui invece si occupa il SAMIFO. Le prime sono state indirizzate presso il CSM, le seconde, che comprendono i disturbi post-traumatici, semplice e complesso, e i disturbi dissociativi, sono state inviate al SAMIFO in quanto centro specializzato. In questo modo inoltre sono stati forniti agli operatori dei centri strumenti per segnalare in modo più preciso questo tipo di vulnerabilità.

Laddove emergeva la necessità di una mediazione linguistico-culturale e non vi era la possibilità per i servizi territoriali né per i centri di fornirla, veniva indicata la possibilità di accedere al SAMIFO per i servizi di psichiatria, psicologia, medicina generale, ginecologia, ortopedia e dermatologia.

Gli ospiti che necessitavano di certificazioni medico-legali utili nella procedura di asilo, sono stati indirizzati al SAMIFO, dopo aver valutato la documentazione clinica a disposizione del paziente e, qualora necessario, dopo aver richiesto ulteriori indagini diagnostico-strumentali.

Per i pazienti che sceglievano di essere seguiti al SAMIFO il centro doveva effettuare una richiesta tramite mail all'Unità Mobile, in cui venivano riportate le seguenti informazioni: nome e cognome del paziente, nome del Medico di Medicina Generale, lingua madre o veicolare del paziente, motivo della richiesta (sintomi osservati dagli operatori e sintomi soggettivi riportati dal paziente) e accertamenti già eseguiti.

Per i pazienti già presi in carico e con un percorso di cura avviato, l'Unità Mobile ha valutato, insieme agli operatori e al paziente stesso, la qualità e l'efficienza del percorso di cura svolto fino a quel momento, oltretutto la soddisfazione del paziente. I pazienti più soddisfatti erano quelli in cura per patologie infettive (in prevalenza HBV e TBC), poiché venivano seguiti con regolarità, senza problemi di attesa e da figure di riferimento stabili. I servizi più criticati, sia dagli utenti che dagli operatori dei centri, sono stati il Centro di Salute

Mentale, il Servizio territoriale per le Dipendenze poiché creavano maggiori difficoltà, anche solo per l'accessibilità.

Anche le strutture sanitarie pubbliche dove si praticano interventi chirurgici (i più richiesti erano prevalentemente di tipo ortopedico e urologico) erano vissute dai pazienti e dagli operatori come un ostacolo per le lunghe liste di attesa o la difficoltà di inserire un paziente nelle liste stesse.

Gli operatori dell'Unità Mobile in tali casi hanno cercato di risolvere i problemi di accessibilità mettendosi in contatto con le strutture pubbliche che avevano in carico il paziente attraverso mail, contatti telefonici e anche personalmente.

In particolare, abbiamo riscontrato che i Centri di Salute Mentale facevano difficoltà a prendere in carico i pazienti ospiti dei centri SPRAR. In molti casi i CSM ponevano come ostacolo alla presa in carico motivi burocratici (residenza, tessera sanitaria, codice fiscale alfanumerico) o l'assenza di mediatori (in molti casi risolta poi facendo accompagnare il paziente alle visite dal mediatore del centro SPRAR). In un caso un CSM si rifiutava di prendere in carico un paziente schizofrenico a causa dei tempi di accoglienza ristretti del centro SPRAR che non sarebbero stati sufficienti per la realizzazione di un progetto terapeutico; è stato necessario il

nostro intervento di mediazione per rendere possibile tale presa in carico. In altri casi i pazienti venivano presi in carico ma seguiti con appuntamenti troppo distanti tra loro e senza un'attenzione transculturale, cosa che portava a diversi drop-out e ricadute.

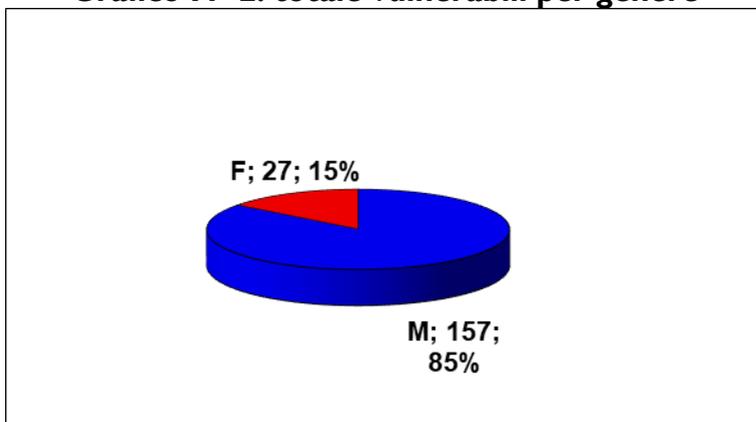
Tutte queste problematiche di accesso possono determinare l'aggravamento della patologia del paziente, la cronicizzazione della patologia e l'aumento dei costi per il SSN. Le problematiche di rete tra i centri di accoglienza SPRAR e i CSM sono stati affrontati dalle Unità Mobili attraverso interventi di mediazione e messa in rete tra i due enti.

Importanti problematiche sono state riscontrate anche nel rapporto con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura in cui avvenivano i ricoveri psichiatrici.

Quasi sempre i pazienti venivano dimessi precocemente senza prendere accordi con gli operatori e senza fornire nessuna indicazione al Centro ospitante (alla dimissione veniva fornito solo il foglio di dimissione al paziente), generando ansia in tutti gli operatori che si trovavano a gestire situazioni per cui non erano preparati. In alcuni casi sono state necessarie riunioni con le equipe dei centri per gestire problemi emozionali attivati dalle problematiche dei pazienti.

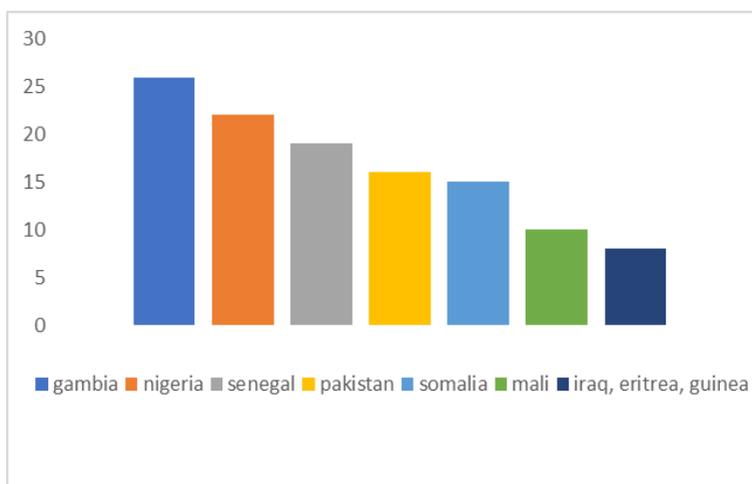
Le segnalazioni giunte alle Unità Mobili da parte degli operatori dei Centri di Accoglienza afferenti al sistema SPRAR riguardano 184 richiedenti o titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità, di cui 157 uomini e 27 donne. (Grafico N° 2)

Grafico N° 2: totale vulnerabili per genere



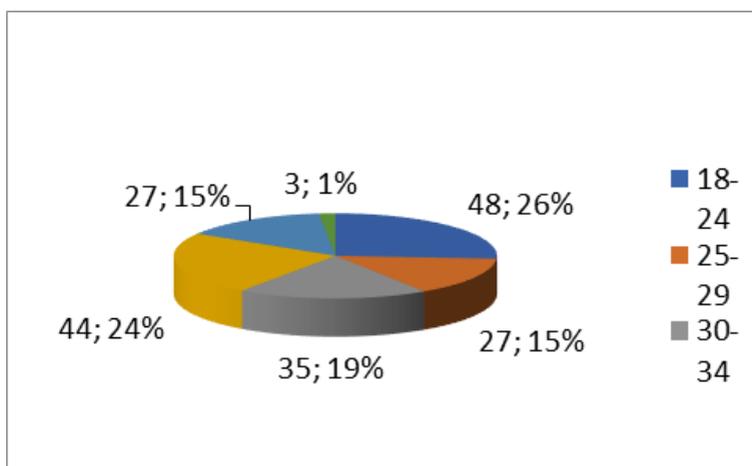
Dei 34 paesi di provenienza degli utenti i principali sono: Gambia, Nigeria, Senegal, Pakistan, Somalia, Mali, Iraq, Eritrea, Guinea, Costa D'Avorio. (Grafico N° 3).

Grafico N°3. Utenti per principali paesi di provenienza



La distribuzione per fasce di età è così rappresentata: 48 tra i 18-24 (25%), 27 tra i 25-29 (15%), 35 tra i 30-34 (19%), 44 tra i 35-44 (24%), 27 tra i 45-59 (15%), 3 con più di 60 anni (2%).
(Grafico N° 4)

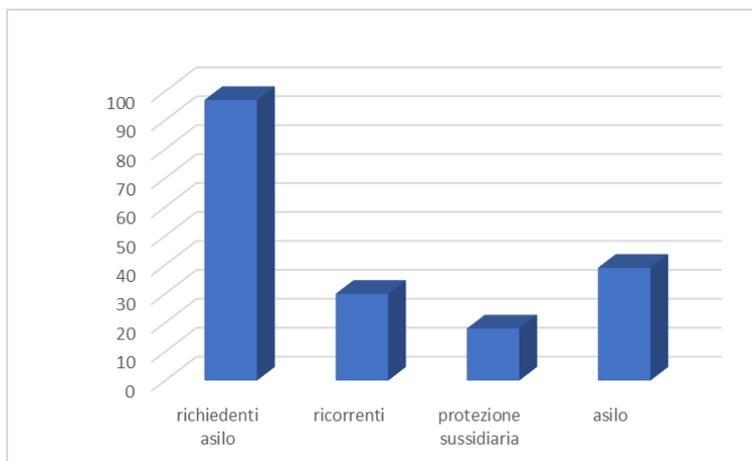
Grafico N° 4. Totale utenti per fascia d'età



Tra le persone individuate il 59% ha meno di 35 anni, l'83% meno di 44.

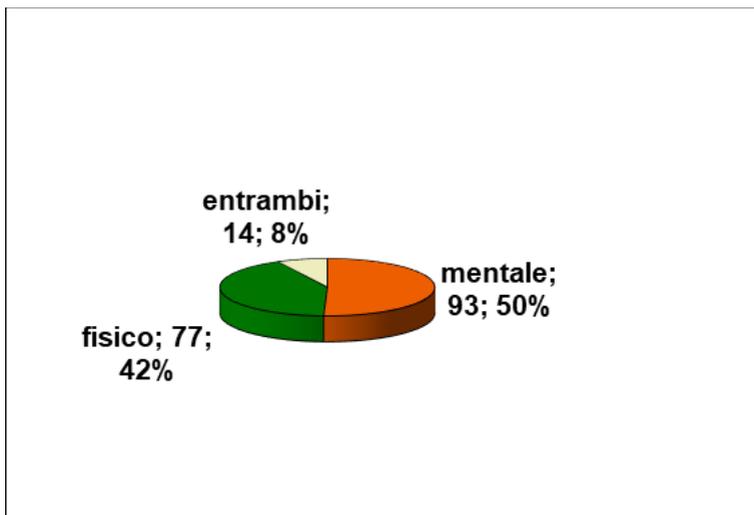
L'analisi del totale dei RTPI in convenzione di vulnerabilità psicosanitaria, segnalati da operatore dei centri SPRAR, ha messo in evidenza che circa il 70% è in possesso di un permesso di soggiorno come richiedente protezione internazionale mentre il 30% ha una protezione internazionale (39 asilo, 18 protezione sussidiaria). (Grafico N° 5).

Grafico N° 5. Totale utenti per tipologia di permesso di soggiorno



Delle 184 persone individuate come vulnerabili circa il 50% è risultato affetto da patologia mentale, il 42% da problemi fisici e l'8% manifesta entrambe le vulnerabilità. (Grafico N° 6).

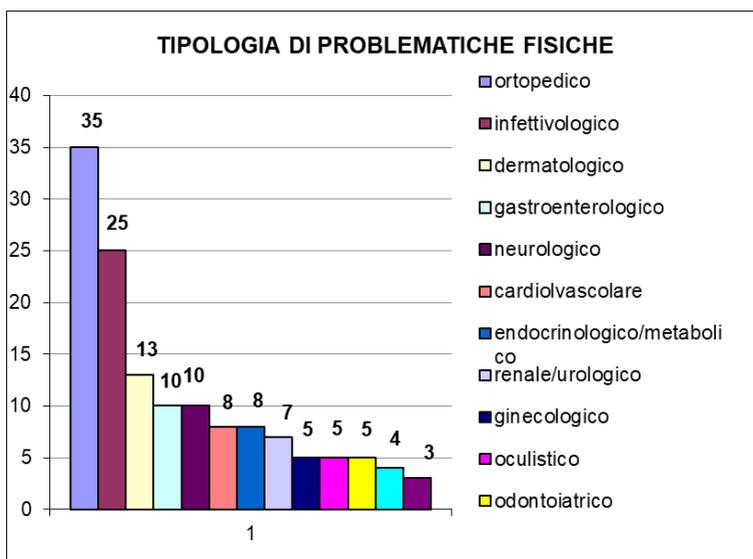
Grafico N° 6. Totale utenti per tipologia di patologia



I richiedenti e titolari di protezione affetti da problematiche di tipo fisico comprendevano anche pazienti con un elevato grado di complessità a causa della presenza di polipatologie, (il 16% di essi presenta una comorbidità medica e l'8%, anche una patologia mentale).

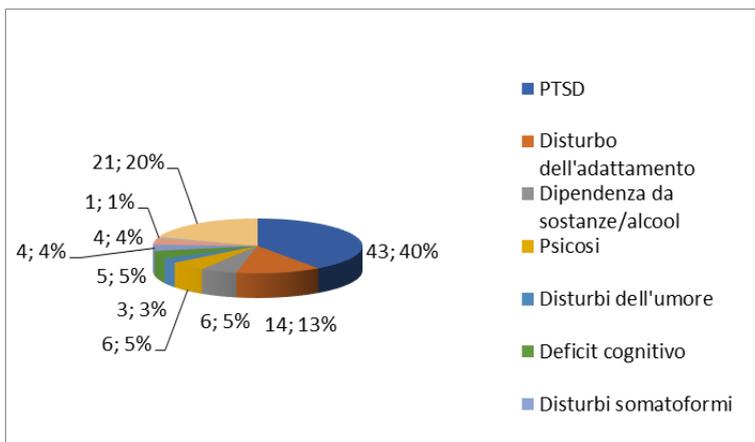
Le principali problematiche fisiche riscontrate nei RTPI sono disturbi ortopedici e dermatologici. Le valutazioni specialistiche e, ove necessario, la presa in carico sono state effettuate presso il SAMIFO. I pazienti con problemi infettivologici, a seguito della valutazione, sono stati inviati alle strutture competenti per territorio.

Grafico N°7. Totale utenti per principali patologie fisiche



Dei 107 pazienti con vulnerabilità psicologica o psichiatrica 43 presentano diagnosi di PTSD, 14 di disturbo dell'adattamento, 6 di dipendenza da sostanze, 5 di deficit cognitivo, 4 di disturbo di personalità, 4 di disturbo somatoforme, 6 di schizofrenia o altre psicosi, 3 di disturbo dell'umore, 1 di disturbo d'ansia e 21 non mostrano nessuna specifica diagnosi. (Grafico N°8).

Grafico N°8. Totale utenti per patologia psichiatrica



Di tutti i pazienti con patologie psichiatriche 27 erano seguiti al SAMIFO, 23 al CSM, gli altri presso l'INMP o altre associazioni (MSF, MCT o MEDU).

Conclusioni:

L'Unità Mobile inizialmente è stata vissuta dagli operatori dei centri con difficoltà perché veniva spesso vista come una struttura ispettiva di controllo o giudizio del loro operato. In altri casi invece la sua funzione veniva travisata e veniva interpretata come un'unità di urgenza che avrebbe trovato una soluzione immediata ad ogni tipo di richiesta. Le Unità Mobili hanno dovuto perciò chiarire più volte la loro funzione di aiuto e supporto, senza giudizi, al lavoro degli operatori dei centri, allo stesso tempo esplicitando di non avere funzioni di servizio di urgenza sanitaria, né mansioni non mediche. Nonostante queste iniziali incomprensioni, il lavoro dell'Unità Mobile ha trovato progressivamente pressoché ovunque un clima di collaborazione nel cercare soluzioni pratiche, corrette e appropriate per i bisogni di salute degli utenti.

È stato inoltre necessario fare delle modifiche delle Unità Mobili in corso d'opera rispetto alle iniziali aspettative e alle modalità di interazione con i centri. Per alcuni mesi, infatti, è stato necessario accorpate le visite del medico di medicina generale e della psichiatra per avere una visione

multidisciplinare dei pazienti e fornire in loco tutti i consigli più utili per una migliore gestione dei bisogni di salute.

I pazienti presi in carico dal SAMIFO vengono seguiti tuttora e i rapporti con i centri SPRAR sono mantenuti nonostante il progetto FARI I sia terminato. Il personale del centro SAMIFO resta tuttora a disposizione dei Centri per chiarimenti o consigli ed eventuali invii. Possiamo dunque dire che un risultato importante ottenuto dalle Unità Mobili è stato quello di aver creato una rete di collaborazione stabile tra il SAMIFO e i centri SPRAR nel garantire l'emersione, l'orientamento e la presa in carico efficace dei bisogni degli utenti ospiti nei centri.

ALLEGATO N. 2

Azione a favore di destinatari affetti da grave patologia psichiatrica

Obiettivo specifico 3:

I pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi richiedono trattamenti integrati, appropriati e tempestivi al fine di garantire l'accesso alle cure e ridurre le cronicità. Il progetto FARI prevede percorsi dedicati e supportati all'interno dei servizi del DSM anche di beneficiari autori di reati. Il primo step prevede l'accoglienza e valutazione nei Centri di Salute Mentale - CSM - e la definizione dell'equipe multidisciplinare, che elabora e segue il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI). Se il paziente è all'interno di una rete sociale stabile e non bisognoso di interventi riabilitativi viene seguito dal CSM. Per coloro che entrano nel percorso riabilitativo è previsto uno specifico programma supportato presso i laboratori già attivi e integrati con l'utenza afferente ai Centri Diurni - CD - (Ciclofficina, Multimedialità, Grafica, Informatica, Musica, Ceramica, Mosaico, Arti pittoriche). Inoltre, sono previste azioni per favorire l'acquisizione di specifiche competenze professionali componibili in un

portfolio individuale. Per la cura di pazienti affetti da gravità clinica e bisogni di residenzialità intensiva è progettato l'inserimento presso la Comunità Terapeutica - CT - ad alta intensità (Ripa Grande) o presso le case-famiglia a bassa intensità socioassistenziale. In presenza di una fase acuta della patologia si attiva la rete dell'emergenza con il ricovero ospedaliero presso le strutture più idonee.

Composizione dell'équipe multidisciplinare dedicata al progetto FARI - azione salute mentale:

Federico Russo, psichiatra referente della linea di attività

Luciana D'Agostino, psichiatra

Maria Guerra, psicologa

Silvia Capretti, tecnica di riabilitazione psichiatrica

Lucia Simonelli, tecnica di riabilitazione psichiatrica

Mediatori linguistico-culturali: Rama Haouli, Abdulwahab Ergai,

Mass Samb, Mamadou Bah.

L'attività clinica effettuata dalla psichiatra e dalla psicologa si è svolta in collaborazione con i Medici di Medicina generale, gli specialisti e gli operatori della UOSD Centro SAMIFO, dell'Unità Mobile, dei partner di progetto e più in generale degli enti di tutela del territorio cittadino e regionale.

Le visite psichiatriche, i colloqui psicologici e sociali, le psicoterapie, gli incontri "riabilitativi" sono stati effettuati, ove necessario, in presenza dei mediatori linguistico-culturali di riferimento. L'équipe multidisciplinare ha inoltre realizzato un lavoro di rete continuo dall'inizio del progetto partecipando ai tavoli per la stesura del Piano Sociale Municipale 2018 - 2020 presso il Municipio di Roma I e al progetto IPOCAD, PROG I376 - CUP F86J1700180005 - a valere su FAMI Azione 2 - Promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione, che prevede lo sviluppo di una rete fra servizi territoriali per promuovere l'inclusione socio-lavorativa dei singoli e dei nuclei di cittadini stranieri. Il dr. Giancarlo Santone, ideatore e responsabile del progetto FARI, fa parte della cabina di regia di IPOCAD.

A partire da giugno 2017 il lavoro dell'équipe multidisciplinare FARI-DSM si è concentrato all'interno della UOSD centro SAMIFO, nei Centri di Salute Mentale di Via Palestro e Santa

Balbina, all'interno del Centro Diurno di Via Palestro dove afferiscono i pazienti di entrambi i CSM, e nelle Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a bassa intensità socio assistenziale di via Bramante e di via Baccina (S.R.S.R. f.o.), e nella Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa "Tarsia" per trattamenti comunitari estensivi (S.R.T.R.e) e presso il padiglione 16 del parco del benessere e della salute "Santa Maria della Pietà".

I richiedenti o titolari di protezione internazionale che accedono ai servizi di salute mentale - affetti da grave patologia psichiatrica e pertanto richiedono trattamenti di lunga durata - vengono abitualmente valutati e segnalati dal servizio psichiatrico della UOSD centro SAMIFO al Centro di Salute Mentale di competenza territoriale. Generalmente l'utente viene preso in carico da entrambi i servizi, e un'equipe multidisciplinare composta da medici psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, infermieri e mediatori linguistico-culturali di entrambi i servizi si occupa di stilare un progetto socioterapeutico e riabilitativo condiviso con l'utente.

Il lavoro dell'equipe multidisciplinare ha permesso il rafforzamento di questa rete territoriale di collaborazione,

supportando anche altri servizi di salute mentale nelle prese in carico dei destinatari di progetto. Va segnalato che nel corso del Progetto FARI si è verificata, nella UOC Salute Mentale Distretto I, una riorganizzazione dei servizi territoriali di salute mentale che non ha comportato ripercussioni assistenziali sugli utenti coinvolti, grazie alle indicazioni dei direttori di strutture e al supporto garantito dagli specialisti di progetto.

Nello specifico sono stati individuati e presi in carico 46 pazienti di cui 33 uomini e 13 donne, prevalentemente provenienti dall'Etiopia, Afghanistan, Eritrea e Iraq e inseriti in differenti progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI), incluse azioni di acquisizione di specifiche competenze professionali e tirocini on the job, da poter utilizzare per l'inserimento lavorativo. Dal punto di vista dello status giuridico 26 sono in possesso della protezione internazionale, 14 protezione sussidiaria e 6 richiedenti asilo o ricorrenti. Nelle strutture residenziali di via Piatti e di via Baccina sono stati seguiti e inseriti 7 pazienti psichiatrici gravi. 6 su 7 sono stati accompagnati nel percorso di riconoscimento della invalidità civile. Tra questi vanno segnalati due percorsi particolarmente complessi.

Un ragazzo afghano (paziente psichiatrico autore di reato) è stato inserito in un progetto multidisciplinare di presa in carico che ha richiesto il lavoro di rete anche con l'autorità giudiziaria, l'intervento di più figure professionali ed il coinvolgimento di membri della famiglia residenti in altri paesi europei. Si è concluso con la dimissione dalla S.R.T.Re Tarsia e il ritorno in Iran dalla madre, accompagnato da un cugino, rifugiato in Olanda.

Un altro utente è stato un ragazzo del Burkina Faso con invalidità civile al 100%, con inabilità lavorativa permanente e assegno di accompagnamento - inserito nella struttura residenziale socioriabilitativa di Via Bramante. È stato supportato dall'équipe del progetto, in particolare dall'assistente sociale, nel percorso di autonomia abitativa raggiunta nel mese di gennaio 2018. L'équipe ha seguito e supportato l'utente e i servizi della ASL coinvolti nel percorso di ricerca di una casa, dimissione dalla struttura e mantenimento del livello di autonomia e stabilità raggiunta.

Grazie alla sensibilità dei Direttori di Unità operative del DSM della ASL Roma I è stato possibile l'inserimento in comunità di pazienti stranieri gravi - in possesso di permesso di

soggiorno per motivi umanitari - e che per tale ragione non potevano essere arruolati nel progetto.

All'interno del centro diurno del CSM di via Palestro sono stati inseriti 27 RTPI (pazienti psichiatrici gravi e persone vulnerabili che a seguito di adeguato percorso di cura hanno raggiunto un alto funzionamento cognitivo) alcuni dei quali hanno svolto attività di formazione e riabilitazione all'esterno del CSM. Nel mese di novembre 2017 è stato organizzato un soggiorno terapeutico-riabilitativo a Verona in collaborazione con il tecnico della riabilitazione psichiatrica del progetto FARI, stabilmente presente all'interno del Centro Diurno, soprattutto nei primi mesi di attività. Hanno partecipato al soggiorno terapeutico-riabilitativo 12 pazienti psichiatrici, di cui 3 titolari di protezione sussidiaria, affetti da grave patologia psichiatrica, presi in carico anche dal CSM territoriale di competenza e inseriti nelle strutture residenziali socioriabilitative della ASL Roma I.

A partire da maggio 2018 il padiglione XVI del Parco di Santa Maria della Pietà è diventato il punto di riferimento delle attività riabilitative e di acquisizione di specifiche competenze del progetto FARI.

Nell'ambito di tali attività sono stati effettuati 3 percorsi per l'acquisizione di specifiche competenze: uno nell'area della ristorazione, un percorso per l'acquisizione di specifiche competenze nell'area dell'agricoltura sociale e un altro nell'area della manutenzione del verde.

L'équipe multidisciplinare ha elaborato una scheda di valutazione per la selezione dei candidati alla prima formazione con dei criteri ben definiti: richiedenti o titolari di protezione internazionale, lingua italiana livello medio, alta funzionalità, motivazione, età non superiore ai 35 anni. Le segnalazioni dei candidati sono state effettuate dai diversi Centri SPRAR, dal Centro Astalli, dalla Caritas e dalla UOSD Centro SAMIFO.

A seguito di procedura pubblica è stata individuata la Fondazione "Il Faro", ente attuatore dei percorsi di specifica formazione nell'ambito della Ristorazione.

Per il primo percorso di formazione sono stati individuati 10 ragazzi partecipanti di età compresa tra i 18 e i 35 anni, capaci di intraprendere successivamente un percorso di tirocinio.

Il primo corso si è svolto all'interno dei locali della Fondazione "Il Faro" dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018, per un totale di 120 ore di formazione più 50 ore di formazione on the job all'interno di ristoranti, trattorie e mense sul territorio di

Roma. Per 5 di loro è stato attivato in convenzione con il Col.tirocini di Roma Capitale un tirocinio di inclusione sociale di 25 ore settimanali, per una durata di 4 mesi, ed un sussidio di € 600,00 al mese. Per un'altra partecipante è stato attivato un tirocinio formativo a carico del Centro SPRAR "Casa di Giorgia".

Il secondo corso di formazione nell'area della ristorazione si è svolto all'interno del Padiglione XVI del Parco del Benessere e della Salute "Santa Maria della Pietà" dal 27 giugno 2018 al 31 luglio 2018 ed è stato destinato a 4 titolari di protezione internazionali segnalati dal Centro Astalli e dal Centro SPRAR Gerini. In questo secondo corso si è deciso di offrire un'opportunità formativa e inclusiva a persone più vulnerabili per età e difficoltà adattive al contesto sociale. Il percorso si è concluso col raggiungimento degli obiettivi prefissati, è stato attivato un tirocinio formativo inclusione sociale di 25 ore settimanali, della durata di 2 mesi e un sussidio di €600,00 al mese. Per altri due partecipanti è stato attivato un tirocinio formativo a carico del Centro SPRAR Gerini.

Elemento di forza di questo secondo corso è stata l'attivazione parallela del percorso di acquisizione di specifiche competenze in Agricoltura sociale e Manutenzione del verde/florovivaistica,

sempre presso il padiglione 16 del Parco del benessere e della Salute “Santa Maria della Pietà”. La condivisione dell’esperienza nelle diverse aree ha permesso una socializzazione e una forte collaborazione tra i ragazzi beneficiari dei corsi.

L’ultimo percorso professionalizzante nell’area della ristorazione - realizzato all’interno del Padiglione XVI del Parco del benessere e della salute “Santa Maria della Pietà” dal 30 ottobre 2018 al 14 dicembre 2018 - è stato destinato a 4 titolari di protezione internazionale, due dei quali presi in carico dai CSM della ASL Roma I ed inseriti in strutture residenziali a bassa intensità socioassistenziale. Gli altri due beneficiari del corso sono due TPI vulnerabili segnalate dal Centro Astalli e dalla Caritas. L’obiettivo di questo ultimo corso è stato la possibilità di offrire competenze specifiche non necessariamente spendibili all’interno di un contesto lavorativo quanto piuttosto sfruttabili in un contesto di vita quotidiana.

Il percorso per acquisizione di specifiche competenze nell’area dell’agricoltura sociale si è svolto all’interno del Padiglione XVI del Parco Santa Maria della Pietà dal 02 maggio 2018 al 31 luglio 2018, con il contributo della Cooperativa Parsec AgriCultura, attraverso l’affidamento diretto, in

considerazione della somma sotto soglia, dell'analisi di mercato e della esperienza specifica nel settore. Il corso è stato destinato a 5 titolari di protezione internazionale, due dei quali presi in carico dai CSM della ASL Roma I ed inseriti in strutture residenziali riabilitative a bassa intensità socioassistenziale. In quest'ambito sono stati attivati tre tirocini di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini di Roma Capitale, presso la Cooperativa Parsec. Uno dei tirocini è stato attivato per un totale di 25 ore settimanali e € 600,00 di sussidio mensile. I beneficiari degli altri due tirocini attivati nell'area dell'agricoltura sociale sono stati due pazienti affetti da grave patologia psichiatrica per i quali si è deciso di suddividere il monte ore settimanale e il sussidio mensile. Nell'area dell'agricoltura sociale, dato il buon lavoro svolto da tutti e tre i tirocinanti, la presenza costante e la dedizione e propensione ad imparare, si è deciso di prolungare i tirocini da 4 a 5 mesi di durata fino al 31 dicembre 2018.

Il percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area della manutenzione del verde è stato accordato con la ditta vincitrice di gara pubblica per la manutenzione del verde del Parco del benessere e della Salute "Santa Maria della Pietà". Si è stabilito di proporre ai destinatari una formazione on the job

preceduta da informazioni teoriche fondamentali, inclusa la sicurezza sul lavoro. Questa scelta ha permesso l'attivazione di 3 tirocini di inclusione sociale, piuttosto che 2, per 25 ore settimanali per 4 mesi con un sussidio mensile di € 600,00.

L'elemento di forza dei tirocini attivati nell'area dell'agricoltura sociale e nell'area della manutenzione del verde è stato il rapporto diretto, le scelte condivise nonché la collaborazione con gli enti attuatori della formazione e i soggetti ospitanti dei tirocini. Dei 6 tirocini attivati, siamo in attesa di conferma di prosecuzione lavorativa per 4 ragazzi titolari di protezione internazionale.

Breve scheda per ciascun destinatario inserito nella rete dei servizi, rafforzati dal progetto FARI, della ASL Roma I

1. Y.N.: titolare dello status di rifugiato, inserito all'interno del centro diurno in data 14/11/2016. Preso in carico dalla UOSD Centro SAMIFO e dal Centro Diurno di Via Palestro. Partecipa assiduamente al laboratorio di musica. È stato coinvolto nel concerto di Natale organizzato dalla band del laboratorio e grazie al supporto dell'équipe FARI ha partecipato ad altri eventi musicali organizzati dal Centro Diurno. Dopo un iniziale miglioramento, determinato dall'inserimento nelle attività clinico-riabilitative, il paziente permane in una condizione di stabilità clinica. Ospite presso un centro di accoglienza gestito dalle suore di Calcutta. Affetto da psicosi schizofrenica. Invalido civile al 100%.
2. R.: titolare dello status di protezione sussidiaria, inserito all'interno del centro diurno in data 14/11/2016. Ha partecipato attivamente al laboratorio di ciclofficina fino al maggio 2017. A seguito di un drop out della durata di sei mesi è stato reinserito nel

circuito SAMIFO-FARI-DSM. È stato elaborato un nuovo PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato) che ha permesso l'accoglienza nella struttura residenziale socio-riabilitativa a bassa intensità socio assistenziale di Via Bramante in data 14 febbraio 2018, la presa in carico da parte del progetto è avvenuta in collaborazione con l'équipe referente delle strutture residenziali della ASL Roma I nelle pratiche di richiesta di invalidità, nella gestione della terapia farmacologica e nella gestione delle difficoltà quotidiane. Nel mese di maggio 2018 è stato inserito nel percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area dell'agricoltura sociale. A seguito di tale percorso, in data 02/08/2018, è stato attivato un tirocinio formativo di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini di Via dei Cerchi e in collaborazione con Parsec Agri-cultura, ente attuatore della formazione. Dati gli esiti positivi del percorso formativo, nonché del progetto terapeutico-riabilitativo attuato, il tirocinio retribuito è stato prorogato fino al 31/12/2018. Affetto da psicosi schizofrenica. Invalido civile al 100%.

3. K.G.: titolare dello status di rifugiato, inserito a ottobre 2016 all'interno della struttura residenziale riabilitativa a bassa intensità socioassistenziale di via Bramante e all'interno del centro diurno in data 14/11/2016. Le attività frequentate sono il laboratorio di informatica, il laboratorio di ciclofficina, il gruppo problem solving, e il gruppo cinema autogestito. Ha partecipato anche al soggiorno terapeutico-riabilitativo a Novembre 2017. A gennaio 2018 è stato dimesso dalla struttura residenziale per intraprendere un percorso di autonomia presso un'abitazione privata. A supporto di questo progetto è stata intensificata la frequenza al centro diurno rendendolo punto di riferimento per la sua quotidianità. Data la fragilità psichiatrica mostrata in questi momenti di passaggio, non è stato possibile inserirlo in percorsi di acquisizione di specifiche competenze, nonostante sia stato effettuato un tentativo nel mese di maggio 2018. L'equipe ha continuato a supportare l'utente e il CSM nel percorso di autonomia intrapreso nel mese di gennaio. Si è intrapreso il percorso per la richiesta di cittadinanza italiana. Affetto da psicosi schizofrenica. Invalido civile

al 100% con accompagnamento e inabilità lavorativa permanente.

4. K.T.: titolare di protezione sussidiaria, inserita all'interno della struttura residenziale riabilitativa a bassa intensità socioassistenziale di via Baccina, presa in carico dal CSM di Santa Balbina e dal centro diurno di Via Palestro (in data 14/11/2016). Le attività frequentate sono il laboratorio di ceramica e il laboratorio di informatica (fino a marzo 2017). Ha partecipato anche al soggiorno terapeutico-riabilitativo nel novembre 2017. Viste le sue capacità culinarie e la disponibilità a lavorare in gruppo, è stata coinvolta nella preparazione di piatti tipici eritrei in occasione della festa di Natale del Centro Diurno e in occasioni di specifiche giornate al Santa Maria della Pietà. Nel mese di ottobre 2018 è stata inserita nel percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione attivato presso il Padiglione 16 del Parco della salute e del benessere "Santa Maria della Pietà" per ampliare la sua competenza culinaria spendibile in contesti di vita quotidiana in previsione di un percorso

volto all'autonomia abitativa. Affetta da psicosi schizofrenica. Invalida civile al 100%.

5. J.B.: titolare di protezione sussidiaria, preso in carico dal CSM di Santa Balbina, inserito all'interno dell'S.R.S.R. a bassa intensità socioassistenziale di via Baccina e all'interno del Centro Diurno in data 14/11/2016. Ha frequentato in modo discontinuo il laboratorio di musica. Dopo un periodo di interruzione, è stato inserito nell'attività di ciclo-meccanica all'interno dei green jobs ad ottobre 2017. Nel mese di maggio 2018 è stato inserito nel percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area dell'agricoltura sociale che ha seguito con regolarità. A seguito di tale percorso, in data 02/08/2018, è stato attivato un tirocinio formativo di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini di Via dei Cerchi e in collaborazione con Parsec Agri-cultura ente attuatore della formazione. Dati gli esiti positivi del percorso formativo, nonché del progetto terapeutico-riabilitativo attuato, il tirocinio retribuito è stato prorogato fino al 31/12/2018. Affetto da psicosi schizofrenica. Invalido

civile al 100% con accompagnamento e inabilità lavorativa permanente.

6. S.J.: richiedente protezione internazionale. Preso in carico dal CSM di Santa Balbina e dal Progetto FARI. Drop out per l'irreperibilità del paziente.
7. F.S.: titolare di protezione sussidiaria. Preso in carico dal CSM di Santa Balbina. Drop out per l'irreperibilità del paziente.
8. K.M.: titolare di protezione internazionale. Preso in carico dal CSM di Santa Balbina, è stato possibile attuare un progetto terapeutico e riabilitativo individualizzato condiviso con il paziente presso l'associazione Laboratorio 53.
9. B.M.F.: titolare di protezione internazionale. Preso in carico dal CSM di Santa Balbina e dal Servizio Sociale del Comune. Drop out per l'irreperibilità del paziente.
10. F.M.: titolare di protezione internazionale. Presa in carico dal CSM di Santa Balbina e dal Servizio Sociale del Comune. Drop out per l'irreperibilità del paziente.
11. K.M.: richiedente protezione internazionale. Preso in carico dal CSM Santa Balbina è stato dimesso dal

Progetto FARI nel momento in cui ha acquisito la protezione umanitaria.

12. O.C.: titolare di protezione internazionale, titolare di protezione internazionale. Preso in carico dal CSM di Santa Balbina e dal Progetto FARI. Drop out per l'irreperibilità del paziente
13. N.R.: titolare di protezione internazionale. Preso in carico dal CSM di Santa Balbina, inserito nella Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa Colle Cesarano, accreditata dalla Regione Lazio.
14. T.S.M.: titolare di protezione internazionale. Preso in carico ed inserito in un percorso terapeutico-riabilitativo presso la Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa della ASL Roma I di Via Tarsia, in collaborazione con l'équipe di riferimento delle strutture residenziali della ASL RMI.
15. W.O.: Preso in carico dal CSM di Santa Balbina, dal Progetto FARI e dal Servizio Sociale del Comune. Drop out per l'irreperibilità del paziente.
16. T.B.: titolare di protezione sussidiaria. In carico inizialmente al CSM di Santa Balbina, attualmente presso il CSM di Via Palestro. Prosegue percorso

clinico e riabilitativo presso i servizi territoriali. Vista l'instabilità sintomatologica non è stato possibile inserirlo nei percorsi di acquisizione di specifiche competenze.

17. W.C.W.: titolare di protezione internazionale. Presa in carico dal CSM Santa Balbina ed inserita in un percorso terapeutico-riabilitativo presso la S.R.T.R. Via Tarsia in collaborazione con l'équipe di riferimento delle strutture residenziali della ASL Roma I.

18. RE.M.: titolare di protezione internazionale. Preso in carico dal CSM di Via Palestro, ricoverato presso Colle Cesarano con obbligo alle cure. È stato richiesto l'intervento del gruppo multidisciplinare del progetto FARI nel giugno 2017 a causa della difficoltà di chiusura del progetto e delle misure di detenzione in seguito ad un aggravamento del paziente nella struttura che lo ha portato anche ad alcuni TSO. Dopo una valutazione dell'équipe FARI e dell'équipe del CSM è iniziato un complesso lavoro di rete che ha portato alla dimissione dalla struttura intensiva di Colle Cesarano e all'inserimento in S.R.T.Re Tarsia della ASL Roma I. Successivamente, dopo la stabilizzazione

sintomatologica e grazie al coinvolgimento dei familiari, è stato programmato e realizzato il rientro in Iran dalla madre accompagnato da un cugino rifugiato in Olanda.

19. J.M.: titolare di protezione internazionale. Presa in carico dalla UOSD Centro SAMIFO e dal CSM di Santa Balbina. Inserita in un corso di auto-produzione organizzato dai green jobs. Supportata nel percorso di autonomia abitativa, ha successivamente scelto di non continuare il percorso terapeutico presso il CSM, preferendo controlli specialistici presso il SAMIFO.

20. H.A.: titolare dello status di protezione internazionale, inserita all'interno dell'S.R.S.R. a bassa intensità socioassistenziale di via Baccina e all'interno del centro diurno in data 25/07/2017. L'attività frequentata è il laboratorio di ceramica. Ha partecipato anche al soggiorno terapeutico-riabilitativo a novembre 2017. È stata coinvolta nella preparazione di piatti tipici eritrei in occasione della festa di Natale presso il centro diurno di Via Palestro ed in occasioni di specifiche giornate al Santa Maria della Pietà. Nel mese di ottobre 2018 è stata inserita nel percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area della Ristorazione

attivato presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà terminato in data 14/12/2018.

21. D.G.A.: titolare dello status di protezione internazionale, inserito all'interno del centro diurno in data 25/07/2017. Preso in carico dall'équipe FARI-DSM e dal Centro Diurno. Partecipa in modo discontinuo al laboratorio di ceramica e pittura. Inizialmente era inserito anche nel laboratorio di mosaico che a partire da gennaio 2018 è stato sospeso. L'obiettivo del progetto terapeutico-riabilitativo, che prevedeva un supporto all'abitazione, è stato raggiunto grazie all'attivazione di reti esterne progetto.
22. A.K.: ricorrente verso il diniego dello status di protezione internazionale, successivamente titolare di protezione sussidiaria. Preso in carico dall'équipe FARI-DSM in collaborazione con gli operatori del centro SPRAR San Saba, inserito all'interno del centro diurno di Via Palestro il 14 novembre 2017. Ha accolto con un iniziale entusiasmo il percorso riabilitativo frequentando il laboratorio di ciclofficina, dopo poco tempo ha deciso di interrompere il progetto. Attualmente presenta riacutizzazione sintomatologica

per cui non è stato possibile attuare un progetto terapeutico-riabilitativo volto all'autonomia e uscita dal Centro SPRAR. È stato presentato il suo caso al CSM di Via Palestro per richiedere una presa in carico territoriale. Nel momento della scrittura del presente rapporto il paziente era ricoverato presso l'SPDC dell'Ospedale Santo Spirito.

23. T.T.A.: titolare di protezione internazionale. Preso in carico dal servizio di medicina generale e dal medico psichiatra dell'equipe FARI-DSM all'interno della UOSD SAMIFO. A partire da febbraio 2018 l'utente è stato inserito nel Centro Diurno di Via Palestro con la proposta di frequentare il laboratorio di ceramica, cogliendo l'occasione e l'opportunità di pranzare presso il centro con gli altri utenti nei giorni stabiliti dall'attività. Ha accolto con un iniziale entusiasmo il percorso riabilitativo, dopo poco tempo però ha deciso di interrompere il progetto al Centro Diurno.
24. B.M.Y.: titolare di protezione sussidiaria. Segnalata dal centro SPRAR Casa di Giorgia e selezionata per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione che si è svolto

presso la Fondazione “Il Faro” dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. Nonostante le difficoltà mostrate nella comprensione dell’italiano, dato l’interesse mostrato, si è cercato di attivare un tirocinio formativo di inclusione sociale nell’area della ristorazione in collaborazione con le operatrici del centro SPRAR. L’obiettivo non è stato raggiunto poiché dopo diversi tentativi la ragazza non era più interessata a tale attività lavorativa.

25. A.F.: titolare di protezione internazionale. Segnalato dal centro Astalli, seguito dal SAMIFO e selezionato per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell’area della ristorazione che si è svolto presso la Fondazione “Il Faro” dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. Dopo poche settimane dall’inizio del corso il ragazzo ha deciso di interrompere l’attività formativa a causa di una forte allergia provocata dai detersivi.

26. M.L.K.: richiedente protezione internazionale. Segnalato dal CAS di Via di Decima e selezionato per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell’area della ristorazione che si è svolto

presso la Fondazione “Il Faro” dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. Dato l’ottimo esito del percorso formativo e l’interesse e dedizione mostrata dal ragazzo verso il lavoro nella ristorazione si è scelto di attivare un tirocinio formativo di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini da giugno a settembre 2018.

27. K.S.C.: titolare di protezione sussidiaria. Segnalata dal Centro di accoglienza Petro Arrupe, seguita dal SAMIFO, selezionata per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell’area della ristorazione che si è svolto presso la Fondazione “Il Faro” dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. Dato l’esito positivo del percorso e l’interesse e dedizione mostrata verso il lavoro nella ristorazione si è scelto di attivare un tirocinio formativo di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini da giugno a settembre 2018.

28. M.E.F.: richiedente protezione internazionale. Segnalata dal Centro SPRAR Casa di Giorgia, seguita dal SAMIFO, selezionata per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell’area della

ristorazione che si è svolto presso la Fondazione “Il Faro” dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. Dato l’interesse e volontà di proseguire un percorso lavorativo e formativo il centro di accoglienza ha sovvenzionato un tirocinio formativo di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini da giugno a settembre 2018.

29. N.R.: titolare di protezione internazionale. Segnalata dal Centro SPRAR e selezionata per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell’area della ristorazione che si è svolto presso la Fondazione “Il Faro” dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. A termine del percorso formativo in aula non è stato attivato alcun tirocinio formativo in quanto la ragazza ha autonomamente trovato lavoro presso un albergo.

30. A.N.D.C.: richiedente protezione internazionale. Presa in carico dalla psichiatra e psicologa dell’équipe FARI-DSM, segnalata e selezionata per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell’area della ristorazione che si è svolto presso la Fondazione “Il Faro” dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo

2018. Dato l'interesse e volontà di proseguire un percorso lavorativo e formativo è stato attivato un tirocinio formativo di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini da giugno a settembre 2018.

31. N.M.G.: titolare di permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare (madre titolare di protezione internazionale). Segnalato dalla UOSD Centro SAMIFO per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione che si è svolto presso la Fondazione "Il Faro" dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. Data la costanza mostrata nel percorso in aula, nonostante la vulnerabilità del ragazzo, l'équipe ha scelto di attivare un tirocinio formativo di inclusione sociale, in convenzione con il Col.tirocini da giugno a settembre 2018, in un contesto mensa più protetto rispetto ad aziende e ristoranti sul territorio.

32. T.H.E.: titolare di protezione internazionale. Segnalata dalla UOSD Centro SAMIFO e selezionata dall'équipe FARI-DSM per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione che si è svolto presso la Fondazione "Il Faro" dal 19

febbraio 2018 al 30 marzo 2018. Data la padronanza dell'italiano e le buone capacità in cucina l'équipe ha scelto di attivare un tirocinio formativo di inclusione sociale, in convenzione con il Col.tirocini da giugno a settembre 2018, in un contesto con buone possibilità di prosecuzione lavorativa in cui la ragazza non ha mostrato, però, le capacità adatte a tollerare le responsabilità del ruolo assegnato.

33. H.X.: titolare di protezione sussidiaria. Segnalata dal Centro SPRAR Casa di Giorgia, seguita dal SAMIFO, selezionata dall'équipe per partecipare al percorso di acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione che si è svolto presso la Fondazione "Il Faro" dal 19 febbraio 2018 al 30 marzo 2018. La ragazza ha portato a termine il percorso formativo in aula con molte difficoltà e partecipazione saltuaria, non è stato perciò possibile attivare un tirocinio di inclusione sociale, dato anche il ridotto interesse verso la possibilità di effettuare un'esperienza lavorativa e la scarsa padronanza linguistica.
34. J.X.C.: titolare di protezione sussidiaria. Ospite presso il centro SPRAR San Saba e preso in carico dalla

psicologa dell'équipe FARI-DSM. Affetto da grave patologia psichiatrica, l'équipe ha tentato di inserirlo inizialmente nel Centro Diurno di Via Palestro dove, dopo poche settimane, ha interrotto la partecipazione al laboratorio di ceramica. Successivamente, sempre in collaborazione con gli operatori del centro SPRAR, si è proposto un progetto riabilitativo-formativo all'interno del percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area dell'agricoltura sociale iniziato a maggio 2018 presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà. Dopo un primo periodo di frequenza saltuaria il ragazzo ha scelto di abbandonare il centro di accoglienza in cui era ospite e le attività di progetto.

35. K.I.: richiedente protezione internazionale. Preso in carico dalla psichiatra e psicologa dell'équipe FARI-DSM è stato segnalato e selezionato per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area dell'agricoltura sociale dal 02 maggio 2018 al 31 luglio 2018 presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà. Al termine del percorso formativo è stato supportato dal centro di accoglienza in cui era

ospite per un percorso alternativo a quello proposto dal progetto.

36. M.T.N.: titolare di protezione sussidiaria. Segnalato dal Centro Astalli e selezionato dall'équipe per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area dell'agricoltura sociale dal 02 maggio 2018 al 31 luglio 2018 presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà. A seguito di tale percorso, in data 02/08/2018, è stato attivato un tirocinio formativo di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini di Via dei Cerchi e in collaborazione con Parsec Agricoltura ente attuatore della formazione. Dati gli esiti positivi del percorso formativo, il tirocinio retribuito è stato prorogato fino al 31/12/2018. Date le competenze professionali acquisite, le risorse personali di dedizione al lavoro, nonché la presenza della moglie e della figlia neonata, la cooperativa Parsec Agricoltura è in attesa di confermare la prosecuzione del rapporto lavorativo presso la loro sede.
37. K.W.: titolare di protezione internazionale. Segnalato dal Centro SPRAR Gerini e selezionato dall'équipe per partecipare al percorso on the job per acquisizione di

specifiche competenze nell'area della manutenzione del verde nei mesi di giugno e luglio 2018 presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà. È stato attivato un tirocinio di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini presso l'azienda Linea Verde Nicolini, segnalata dall'ente attuatore della formazione on the job, dal 16 agosto 2018 al 15 dicembre 2018. Il tirocinio formativo ha dato esiti positivi ma, data la momentanea impossibilità da parte dell'azienda di proseguire il percorso lavorativo, l'equipe, in collaborazione con l'ente attuatore della formazione, sta cercando di attivare ulteriori percorsi lavorativi.

38. K.K.: titolare di protezione sussidiaria. Segnalato dal Centro SPRAR Gerini e selezionato dall'equipe per partecipare al percorso on the job per acquisizione di specifiche competenze nell'area della manutenzione del verde nei mesi di giugno e luglio 2018 presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà. È stato attivato un tirocinio di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini presso l'azienda Linea Verde Nicolini, segnalata dall'ente attuatore della

formazione on the job, dal 16 agosto 2018 al 15 dicembre 2018. Il tirocinio formativo ha dato esiti positivi ma, data la momentanea impossibilità da parte dell'azienda di proseguire il percorso lavorativo, l'equipe, in collaborazione con l'ente attuatore della formazione, sta cercando di attivare ulteriori percorsi lavorativi.

39. D.I.: titolare di protezione sussidiaria. Segnalato dal Centro San Michele e selezionato dall'equipe per partecipare al percorso on the job per acquisizione di specifiche competenze nell'area della manutenzione del verde nei mesi di giugno e luglio 2018 presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà. È stato attivato un tirocinio di inclusione sociale in convenzione con il Col.tirocini presso l'azienda Gevesan, segnalata dall'ente attuatore della formazione on the job, dal 03 settembre 2018 al 31 dicembre 2018. Dati gli esiti positivi del tirocinio formativo l'azienda ospitante ha previsto di prorogare il tirocinio formativo attivato.
40. N.E.: titolare di protezione internazionale. Segnalato dallo SPRAR Gerini e preso in carico dalla psicologa

dell'equipe FARI-DSM e dal medico dell'Unità mobile del Progetto FARI è stato selezionato per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione attivato presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà dal 27 giugno 2018 al 31 luglio 2018. Al termine di tale percorso formativo il centro di accoglienza ha sovvenzionato un tirocinio formativo di inclusione sociale presso una pasticceria.

41. H.A.M.M.: titolare di protezione internazionale. Segnalato dallo SPRAR Gerini è stato selezionato per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione attivato presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà dal 27 giugno 2018 al 31 luglio 2018. Al termine di tale percorso, nonostante le numerose difficoltà date dalla scarsa padronanza della lingua italiana, il centro di accoglienza ha sovvenzionato un tirocinio formativo.
42. H.A.B.A.: titolare di protezione internazionale. Segnalato dallo SPRAR Gerini è stato selezionato per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione attivato presso

il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà dal 27 giugno 2018 al 31 luglio 2018.

43. A.M.S.: titolare di protezione internazionale. Segnalata dal Centro Astalli è stata selezionata per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione attivato presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà dal 27 giugno 2018 al 31 luglio 2018. Al termine di tale percorso formativo è stato attivato un tirocinio di inclusione sociale della durata di 2 mesi. Date numerose difficoltà di collaborazione riscontrate nel contesto in cui è stata inserita, la ragazza ha scelto di interrompere il tirocinio dopo un mese dall'attivazione.
44. K.B.Y.M.: titolare di protezione internazionale. Individuato dall'Unità Mobile, valutato nel SAMIFO, drop out per irreperibilità.
45. D.D.D.M.: titolare di protezione sussidiaria. Segnalato dal Centro Astalli, valutato dall'equipe FARI/SAMIFO è stato selezionato per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione attivato presso il Padiglione 16 del Parco

Santa Maria della Pietà dal 30 ottobre 2018 al 14 dicembre 2018.

46. W.A.B.: titolare di protezione internazionale. Segnalata dalla Caritas, valutata dall'equipe FARI/SAMIFO è stata selezionata per partecipare al percorso per acquisizione di specifiche competenze nell'area della ristorazione attivato presso il Padiglione 16 del Parco Santa Maria della Pietà dal 30 ottobre 2018 al 14 dicembre 2018.

ALLEGATO N. 3

Obiettivo specifico 4: azione a favore di minori stranieri non comunitari

Le attività a favore dei minori stranieri e MSNA, anche segnalati dai Servizi della Giustizia Minorile, previste e realizzate all'interno del progetto FARI sono state programmate in base ad alcune riflessioni scientifiche e a bisogni del territorio.

Spesso i disturbi mentali nell'età adulta sono preceduti da disturbi nell'età evolutiva. La diagnosi precoce ed il corretto e tempestivo intervento di presa in carico rappresentano una fase fondamentale nella prevenzione secondaria della grave psicopatologia in adolescenza.

Nello specifico sono state previste:

1. azioni di prevenzione attraverso la conoscenza di indicatori di rischio, individuali e di contesto psicosociale realizzate con l'implementazione della rete interistituzionale per l'inclusione;
2. percorsi per il corretto inquadramento diagnostico dei deficit neuropsicologici, della disabilità intellettiva, dei disturbi della condotta e del PTSD con la diagnostica multidisciplinare basata sull'evidenza;

3. percorsi di valutazione attraverso PAC territoriali (Prestazioni Ambulatoriali Complessi) specifici. Il PAC di tipo diagnostico prevede che i minori entrati nel percorso, di norma, possano rimanere in follow-up ambulatoriale senza essere inviati alla Unità Operativa Territoriale che si occuperà esclusivamente della presa in carico dei minori con una condizione clinica da richiedere un intervento più complesso (disabilità, psicopatologia definita).

Il progetto FARI relativo all'assistenza a minori stranieri non comunitari si è sviluppato nell'arco di 18 mesi dal 15 giugno 2017 al 14 dicembre 2018 e prevedeva la presa in carico di almeno 90 minori.

Composizione dell'equipe multidisciplinare che ha realizzato le attività:

Angela Giganti - Neuropsichiatra Infantile

Lucio Fabbrini - Assistente Sociale

Carmela Matarazzo - Psicologa

Teresa Cocucci - Terapista della riabilitazione

Maria Pia Scipioni - Logopedista

Giulia Fiaschetti – Educatrice

L'équipe si è inoltre potuta avvalere della collaborazione di mediatori linguistico culturali per gli utenti, minori o familiari, che non parlavano adeguatamente la lingua italiana.

Il lavoro, effettuato su due giorni settimanali con una partecipazione diversa per le varie figure professionali, ha coinvolto tutta o parte dell'équipe su ogni minore valutato, in relazione alle esigenze specifiche e alle problematiche emergenti dei pazienti.

I locali utilizzati per l'espletamento del Progetto sono stati individuati dalla Unità Operativa Complessa TSMREE della Asl Roma I presso "La Scarpetta", situata in Piazza Castellani 23 a Roma.

È stato messo a disposizione un cellulare di servizio, una mail dedicata, i beni informatici necessari, i test psicodiagnostici.

Attuazione del Progetto

È stato necessario impiegare il primo periodo per svolgere le pratiche burocratiche e amministrative (visita dai medici competenti, accertamenti per la TBC, esami ematici, ecc. per ottenere l'idoneità lavorativa) e soprattutto per la conoscenza reciproca tra i membri dell'équipe, anche rispetto alle singole competenze e individualità, oltre che per conoscere il

personale del TSMREE ospitante e per stabilire quali procedure e metodologie di lavoro utilizzare per l'espletamento del Progetto stesso. Inoltre, durante questo periodo sono stati effettuati diversi incontri, tra membri dell'équipe, oltre che riunioni organizzative con il Dott. Santone, Responsabile del Progetto, con il Dottor Spinetoli, Direttore della UOC TSMREE e con il personale del TSMREE. Sono stati successivamente organizzati incontri informali di formazione e discussione di casi.

Nel corso delle riunioni sono state stabilite le modalità di recruitment dell'utenza, considerando la novità del Progetto e la metodologia di lavoro che si sarebbe attuata per la presa in carico e la valutazione dei minori.

La richiesta di valutazione/presa in carico è pervenuta prevalentemente dai Centri di Accoglienza; alcuni utenti sono stati segnalati dallo stesso TSMREE "La Scarpetta" tra quelli in lista d'attesa. Un altro bacino di utenza è venuto dalla lista d'attesa del Polo di Santa Maria della Pietà, con il quale l'assistente sociale dell'équipe ha preso contatti. Altre segnalazioni sono state effettuate dalla UOSD Centro SAMIFO, dalle Unità Mobili e dai partner di progetto.

Nel corso dei mesi il lavoro svolto dall'équipe ha permesso a diverse strutture di venire a conoscenza delle opportunità offerte dal progetto, favorendo così l'invio di utenti anche dalle scuole, da strutture Ospedaliere quali il Bambin Gesù e la Neuropsichiatria Infantile di Via dei Sabelli, con i quali l'équipe ha potuto intraprendere un'ottima collaborazione.

Per quanto riguarda la metodologia, si è deciso di procedere secondo le seguenti modalità per ogni minore preso in carico:

- Contatti di persona, telefonici o via mail con i soggetti inviati il minore da prendere in carico (operatori della ASL o dei centri di accoglienza, insegnanti, famiglie, ecc.);
- Inserimento del bambino nella lista d'attesa in base all'età e all'urgenza rilevata;
- Contatto con i mediatori linguistico-culturali in base alla provenienza e al genere del minore;
- Prima visita con la neuropsichiatra e/o con la psicologa, in base all'età del bambino e alle problematiche segnalate, e con l'assistente sociale. In questo primo incontro è stata aperta la cartella clinica, raccolta l'anamnesi e stabilito il percorso valutativo necessario

con i relativi appuntamenti presi in accordo col genitore, il caregiver o il Tutore;

- Valutazione del bambino che ha compreso, nella maggior parte dei casi, l'osservazione logopedica, neuro psicomotoria, cognitiva ed educativa, somministrazione di test psicodiagnostici, fatta eccezione per i casi in cui si riteneva sufficiente effettuare solo una parte;
- Riunione d'équipe per la discussione del caso clinico;
- Contatti telefonici con le scuole, i centri di accoglienza e le famiglie per accompagnarli nell'attuazione dei percorsi necessari in relazione alle esigenze individuali emerse;
- Stesura della relazione clinica e altre relazioni e/o certificazioni per eventuali richieste L. 104 o L. 170;
- Colloqui di restituzione con la famiglia o con gli operatori di struttura in presenza dei mediatori (laddove necessari);
- Incontri di follow-up previsti a partire dal mese di gennaio 2018;
- Dopo il percorso di valutazione alcuni minori sono stati seguiti, dalla terapeuta della neuropsicomotricità, in

percorsi terapeutico/riabilitativi, sia individuali che di gruppo. Altri minori sono stati seguiti dall'educatrice individualmente o in piccoli gruppi, mentre alcuni minori hanno effettuato un percorso di psicoterapia breve a cadenza settimanale. Tutti i cicli hanno avuto una durata di tre mesi al fine di permettere un turn over di quanti più bambini possibile. I cicli di terapia neuro psicomotoria sono stati attivati per i minori con disturbo del neuro sviluppo di età inferiore di 36 mesi che non potevano essere supportati da un intervento riabilitativo tempestivo e per bambini con diagnosi di gravità elevata (disturbi dello spettro autistico).

I percorsi educativi sono stati creati e tarati in base alle esigenze individuali e di gruppo dei partecipanti, proponendo percorsi e attività che rispondessero ai bisogni degli utenti in relazione alla loro età. Molti minori presi in carico presentavano problematiche di tipo relazionale e sociale. Sono stati organizzati gruppi formati da 3 o 4 partecipanti, omogenei per età ma non per provenienza, con l'obiettivo di creare un luogo di incontro e di socializzazione tra coetanei e poter sperimentare relazioni positive tra pari, con la supervisione dell'educatrice.

Nel percorso sono stati attivati dei laboratori creativo-espressivi offrendo ai bambini e ai ragazzi un contesto non valutativo in cui potersi sperimentare in ruoli ed atteggiamenti diversi, in cui potersi confrontare, ma anche collaborare con gli altri e mettere in gioco le proprie capacità espressive e personali.

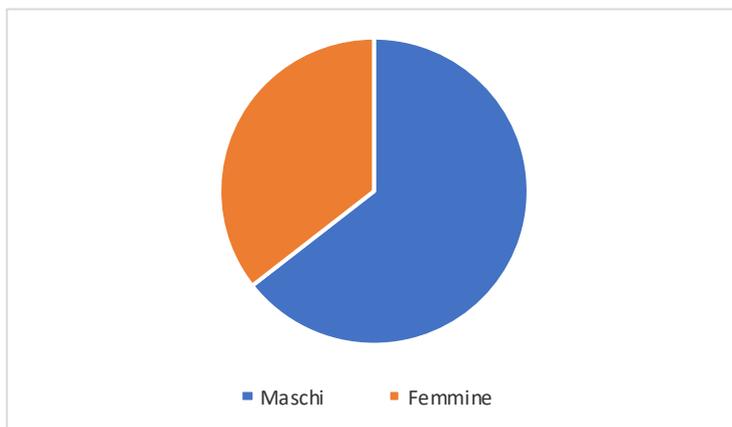
I percorsi di psicoterapia individuale breve sono stati attuati esclusivamente per minori inseriti in centri di accoglienza o casa-famiglia con gravi problematiche psicologiche legate alla storia personale (vittime di tratta, familiarità psichiatrica, ecc.). Poco prima della chiusura del progetto, le famiglie dei minori che avevano la necessità di proseguire la presa in carico sono state richiamate ed è stato loro indicato il Servizio territoriale al quale avrebbero dovuto rivolgersi; a queste famiglie è stata rilasciata una relazione sulle attività effettuate con l'équipe FARI e una lettera di presentazione per i colleghi del Servizio che li avrebbero presi in carico, i quali sono stati avvisati preventivamente del motivo dell'invio.

Per i minori che avrebbero proseguito la loro presa in carico presso il TSMREE della Scarpetta, si è tenuta una riunione con l'équipe medica dell'ambulatorio, presentando e discutendo uno ad uno tutti i casi in questione.

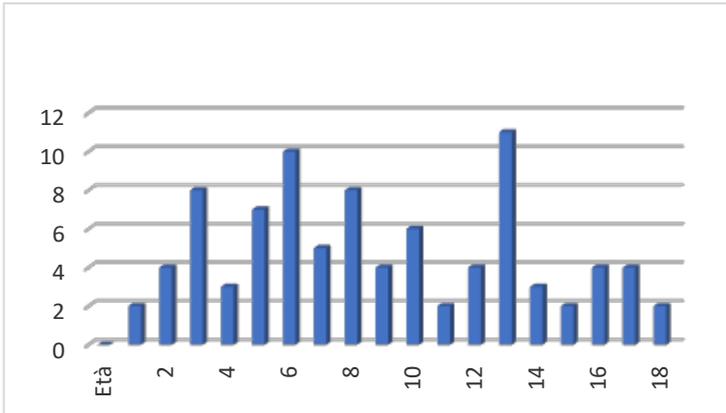
Analisi dei dati

Si riporta di seguito un'analisi dettagliata dei dati relativi ai 90 minori presi in carico, in particolare rispetto al genere, età (considerata al momento della chiusura del progetto), paese di provenienza, collocazione abitativa, conclusione o meno del percorso valutativo e alla diagnosi.

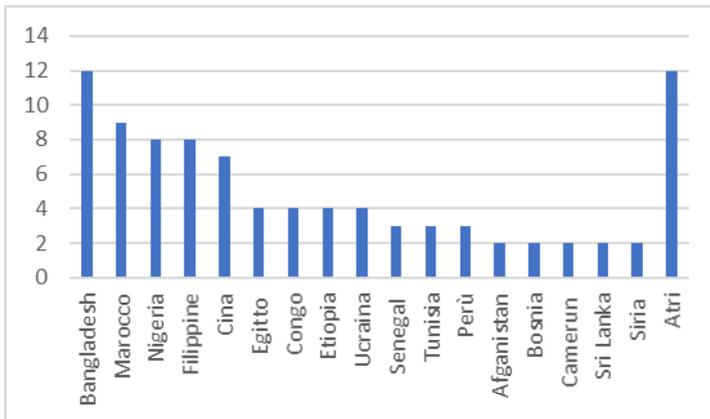
Totale minori per genere



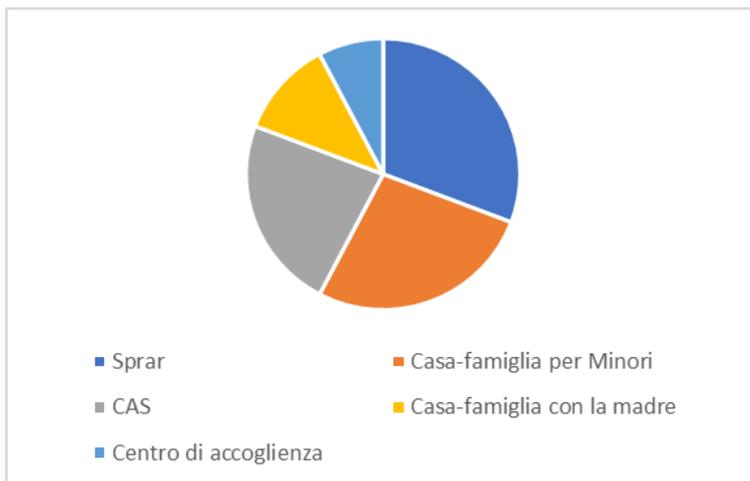
Totale minori per età



Totale minori per principali paesi di provenienza



Totale minori per collocazione abitativa



Totale minori per percorso valutativo

Utenti che hanno concluso* il percorso	78
Utenti che hanno abbandonato il percorso	10
Utenti per i quali il percorso non è ancora concluso*.	2

*La conclusione del percorso deve intendersi come conclusione della valutazione con diagnosi, indicazioni ad eventuali trattamenti e rilascio delle necessarie certificazioni.

Totale minori per diagnosi (Ogni minore può presentare anche più di una diagnosi)

DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO	19
DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO	18
RITARDO COGNITIVO LIEVE	7
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO	7
DISTURBO DELLA SFERA EMOZIONALE	5
DISTURBO IPERCINETICO DELLA CONDOTTA	5
DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS CRONICO, ASPETTI DEPRESSIVI	4
DISTURBO DELL'UMORE DEPRESSIVO	4
DISTURBO EVOLUTIVO SPECIFICO MISTO	4
RITARDO DELLO SVILUPPO PSICOMOTORIO	3
DISTURBO DEL COMPORTAMENTO CON AGGRESSIVITÀ	3
RITARDO COGNITIVO MEDIO	3
DISTURBO DELL'ATTENZIONE	3
BALBUZIE (CON TRATTI ANSIOSI E DEPRESSIVI)	2
QUADRO BORDELINICO COGNITIVO IN BAMBINO CON FRAGILITÀ EMOTIVA	2
SINDROME DI DOWN	2
EPILESSIA	2
DISTURBO FUNZIONAMENTO SOCIALE	2
ALTRE DIAGNOSI	11
NO DIAGNOSI per drop out o valutazione non conclusa	10

Analisi dei dati e considerazioni

Analizzando i dati sopra riportati, si possono trarre le seguenti considerazioni:

La maggior parte dei bambini valutati vive in famiglia (64) e solo 26 in centri di accoglienza di diverse tipologie.

La nazionalità maggiormente rappresentata è stata quella del Bangladesh (i cui bambini vivevano tutti in famiglia). Da un'analisi più precisa dei paesi di provenienza si evince che alcuni bambini e ragazzi che hanno avuto accesso al progetto, sono risultati minori nati in Italia da genitori immigrati regolarmente soggiornanti, mentre una minore percentuale era costituita da bambini arrivati irregolarmente dopo aver affrontato viaggi attraverso paesi stranieri senza nessun adulto di riferimento o con un solo genitore; un'altra, ancor minore percentuale era rappresentata da minori vittima di tratta o minori giunti in Italia attraverso corridoi umanitari.

Le età maggiormente rappresentate sono state quella di 6 anni (ingresso alla scuola elementare) e 13 anni (la maggior parte di questi vivono in strutture di accoglienza).

Riguardo il percorso valutativo solo 10 minori hanno abbandonato prevalentemente a seguito di trasferimento di abitazione anche fuori regione.

Le diagnosi maggiormente riscontrate sono state il Disturbo Specifico di Apprendimento (19) e il Disturbo Specifico del Linguaggio (18), seguiti dal Disturbo dello Spettro Autistico (7) e dal Ritardo Cognitivo Lieve (7).

Rispetto alla diagnosi di disturbo di linguaggio diverse criticità sono emerse nel corso del nostro lavoro. La letteratura internazionale, infatti, ritiene che per poter fare diagnosi di disturbo di linguaggio in un bambino bilingue è assolutamente necessario valutare il bambino in tutte le lingue a cui è esposto, in quanto il gap linguistico eventualmente riscontrato in una lingua potrebbe essere non legato a un disturbo del linguaggio ma collegato a una difficoltà lingua-specifica, dovuta, per esempio, a una scarsa esposizione. Data la varietà linguistica dell'utenza del Progetto è stato pressoché impossibile poter avere a disposizione strumenti e personale clinico in grado di valutare tutte le lingue a cui i bambini da noi visitati erano esposti. Per ovviare a questo problema ci si è avvalsi, come suggerito dalla letteratura internazionale, dell'ausilio di mediatori linguistici e culturali, sia nel corso della valutazione (attraverso l'uso e la traduzione qualitativa dei test italiani) che nei colloqui con i genitori, per ricavare da questi ultimi tutte le informazioni linguistiche necessarie (es. tempo

di esposizione alla seconda lingua, capacità di comprensione nella seconda lingua, uso della seconda lingua).

Un discorso a parte poi merita la valutazione dei bambini segnalati per un disturbo specifico di apprendimento. Queste segnalazioni nel 90% dei casi provenivano dalle maestre che lamentavano un evidente ritardo nell'acquisizione di alcune abilità scolastiche. Nel corso della valutazione di tali bambini ci si è resi conto di come queste difficoltà fossero legate alle problematiche linguistiche e culturali e non a disturbi specifici di apprendimento.

Si può in definitiva ipotizzare che entrambe le diagnosi (disturbo del linguaggio e disturbo dell'apprendimento) in realtà siano sovrastimate rispetto alla loro effettiva incidenza sui minori esaminati.

Colpisce l'esiguo numero di pazienti nei quali è stato riscontrato un disturbo della sfera emozionale (5) ma bisogna rilevare che alcuni pazienti hanno presentato disturbi emotivi più specifici quali Stato Depressivo (4), Disturbo da Stress Post Traumatico (4) e Stato Ansioso (1). L'incidenza inferiore di queste patologie rispetto a quanto ipotizzabile è presumibilmente legata al tipo di utenza effettivamente visitata e alla provenienza delle segnalazioni.

Criticità

Nei 18 mesi di lavoro è stato possibile constatare che i minori raggiunti dal progetto FARI presentavano caratteristiche e problematiche multiple e concomitanti, non solo di tipo cognitivo e psicologico, ma anche di natura socioculturale. Anche nei minori con famiglia, infatti, sono emerse problematiche legate alla precarietà abitativa, lavorativa, sociale, linguistica nonché sostanziali differenze di natura culturale che, spesso, hanno creato (e continuano a creare) una distanza tra il soggetto, la famiglia e l'ambiente sociale in cui è inserito e tra la famiglia e la stessa équipe valutativa. L'équipe si è trovata spesso di fronte alla difficoltà di far comprendere ed accettare alle famiglie il concetto stesso di disabilità, che è fortemente diverso in base alle culture di origine, le diagnosi specifiche e le relative necessità terapeutiche e riabilitative. Per molte famiglie è stato difficile capire, ad esempio, l'utilità di ottenere il riconoscimento della L. 104, vissuto come un "disonore", oppure semplicemente che un bambino di quattro anni che ancora non parla ha bisogno di terapia. Tutto ciò, oltre a comportare un enorme impiego di tempo ed energia da parte dell'équipe, ha reso anche particolarmente difficile l'inquadramento diagnostico di

tali minori, dato che le problematiche sopra riportate hanno aumentato la complessità dei casi clinici e, spesso, hanno richiesto metodiche valutative individualizzate.

Un aspetto di criticità è stato legato alla richiesta di prendere in carico un numero elevato di bambini (90) per ognuno dei quali era necessario una completa e complessa valutazione. Non è stato possibile attuare un intervento nelle scuole, sia sui bambini che sugli insegnanti, finalizzato alla sensibilizzazione su tematiche specifiche per esempio sulla necessità di coinvolgere attivamente minori provenienti da culture diverse (spesso con esperienze di vita complesse e traumatiche, bambini non abituati a stare seduti ad un banco tante ore, che non hanno mai appreso un metodo di studio e che spesso non parlavano la lingua italiana) nella programmazione ludico-formativa.

Non è stato possibile attuare incontri con le famiglie ripetuti nel tempo, mirati a favorire l'apertura e l'integrazione verso l'ambiente ospitante. È stato inoltre molto impegnativo convincere alcune famiglie, anche residenti a Roma da anni, a far frequentare ai propri figli centri di aggregazione o infine far capire ai genitori l'importanza di apprendere la nostra lingua per favorire percorsi di inclusione sociale.

Riguardo ai minori ospitati nei Centri di Accoglienza sarebbe stato necessario avere maggior tempo per poterli accompagnare in un percorso di supporto psicologico e inserimento sociale e scolastico potendo anche avvalersi della collaborazione del personale delle strutture.

In definitiva il complesso lavoro svolto dall'equipe di valutazione e presa in carico dei minori, con il coinvolgimento delle famiglie, quando presenti, è stato ricco di emozioni e di nuove avventure. Sia professionalmente che umanamente.

Sarebbe estremamente utile far proseguire le attività e arricchire il lavoro prettamente specialistico con quello di supporto all'integrazione dei minori nell'ambiente sociale in cui vivono.

ALLEGATO 4

Azione sulle attività formative

Nell'ambito del Progetto FARI, la formazione ha rappresentato una delle azioni rilevanti.

Dato l'obiettivo principale del Progetto: *rispondere ai bisogni di salute fisica e mentale dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, in particolare attraverso l'individuazione ed emersione precoce della vulnerabilità, la cura, la riabilitazione e l'inserimento socio-economico dei beneficiari*, le attività formative previste dal Progetto rispondono all'obiettivo specifico di favorire la relazione interpersonale e l'interpretazione della sintomatologia, prevenendo così il rischio di livelli inappropriati d'assistenza sanitaria e puntando alla definizione di prassi operative che possano supportare il lavoro nei servizi sanitari pubblici.

All'interno del disegno generale, le attività formative sono state finalizzate a rendere gli operatori del Servizio Sanitario e del privato sociale in grado di orientare i destinatari, riconoscerne la vulnerabilità, effettuare diagnosi precoce, prendere in carico, effettuare invii appropriati a strutture

sanitarie territoriali, avviando la costruzione di un sistema regionale competente e integrato.

Le tipologie di corsi previsti da FARI sono state 3:

- Un livello base dedicato alla “vulnerabilità post traumatica e disagio psico-sanitario grave”, finalizzato a gettare le basi della conoscenza della situazione di salute dei richiedenti e rifugiati, integrandole con la conoscenza delle principali norme amministrative e del diritto alla salute;
- Un livello avanzato, focalizzato sulla prevenzione, clinica e trattamento delle reazioni allo stress personale e dei gruppi di lavoro, rivolto alla prevenzione dei disagi e disturbi accusati dagli operatori sanitari e del sociale che si dedicano alla tutela di richiedenti asilo e rifugiati;
- Un modulo rivolto esclusivamente ai Medici di medicina generale in formazione (1° e 2° anno) e finalizzato a fornire le conoscenze di contesto e cliniche necessarie al medico di medicina generale per l'accoglienza e la cura in ambulatorio dei pazienti richiedenti asilo e rifugiati;

- Infine, la discussione di casi specifici e complessi fra i vari operatori coinvolti (di progetto, dei servizi territoriali, dei centri di accoglienza, ecc.) ha fornito di fatto la possibilità di aggiornamento continuo centrato sul caso, fornendo le indicazioni cliniche, culturali e gestionali più appropriate.

Corso base

Migranti forzati: vulnerabilità post traumatica e disagio psicosanitario grave

Sono state realizzate 10 edizioni, una per ogni provincia (Rieti, Latina, Frosinone, Viterbo) e 6 nel territorio romano.

Elenco delle azioni formative del corso base per data e territorio.

1° Edizione: 7 marzo 2017 - ASL di Rieti, Via del Terminillo, 42 - RIETI

2° Edizione: 16 marzo 2017 - ASL Roma I, Via Morosini, 30 - ROMA

3° Edizione: 03 aprile - Policlinico Tor Vergata - ROMA

4° Edizione: 04 aprile 2017 - ASL di Latina

5° Edizione: 20/04/2017 - ASL di Viterbo

6° Edizione: 11/05/2017 - ASL di Frosinone

7° Edizione: 12/05/2017 - ASL Roma 4

8° Edizione: 06/11/2017 - Azienda Ospedaliera San
Giovanni - Roma

9° Edizione: 27/11/2017 - Azienda Ospedaliera San
Giovanni - Roma

10° Edizione: 06/12/2017 - Azienda Ospedaliera San
Giovanni - Roma

Obiettivi formativi tecnico-professionali

Riconoscimento precoce della vulnerabilità psico-sanitaria dei richiedenti e titolari di protezione internazionale con particolare attenzione alla tutela della salute mentale.

Contenuti

Il Corso muoveva dalla evidenza, supportata dalla letteratura scientifica, secondo cui i migranti forzati rappresentano il gruppo a maggior rischio di sviluppo di disturbi psichiatrici/psicologici. Le principali ricerche riguardano il disturbo da stress posttraumatico (PTSD), i disturbi dissociativi, la depressione e i disturbi d'ansia.

La formazione sulla vulnerabilità post-traumatica ed il grave disagio psico-sanitario rappresenta uno strumento indispensabile per favorire l'assistenza ai richiedenti e titolari di protezione internazionale.

Il corso si è articolato in 10 edizioni, in diversi territori, ognuna rivolta agli operatori della ASL, dei Centri di Accoglienza e degli Enti di tutela presenti nel medesimo territorio, per facilitare lo scambio di informazioni e la conoscenza della rete dei servizi rivolta ai migranti forzati.

Partecipanti

Il numero di partecipanti al Corso è stato superiore agli indicatori previsti (valore atteso di 500 operatori formati per tutti i corsi) raggiungendo, complessivamente 1123 persone; il motivo di un così alto numero di partecipanti è dovuto all'aver intercettato importanti bisogni formativi in quest'area di competenze, urgenti e di non facile implementazione.

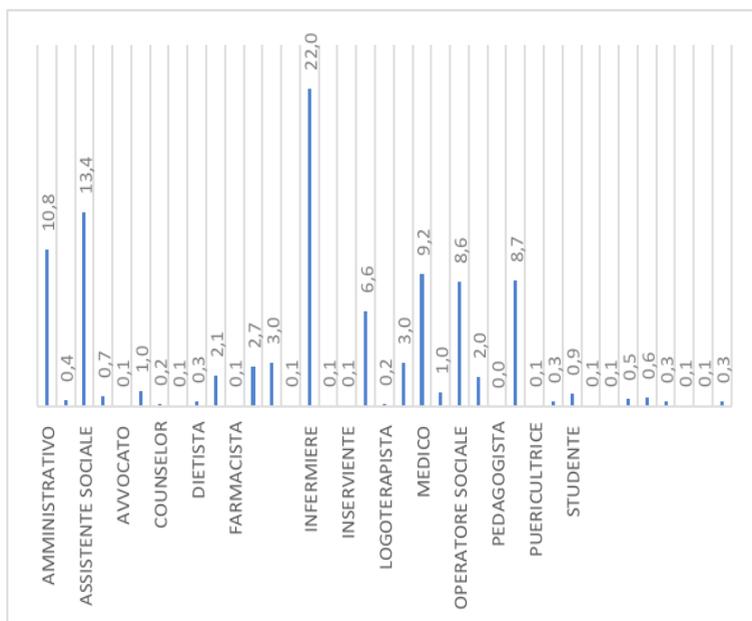
Analizzando la composizione dei partecipanti si nota una netta prevalenza del genere femminile (Tabella 1) e della provenienza da un ente pubblico, caratteristica quest'ultima prevista dai requisiti del corso. Tra le professioni più rilevanti numericamente presenti al corso, si rilevano gli infermieri seguiti dagli assistenti sociali, medici, psicologi, etc. (Grafico 1).

Di interesse la presenza degli amministrativi, che svolgono spesso un ruolo rilevante nel favorire l'accesso dei migranti al servizio sanitario e nell'attualizzazione del diritto alla salute.

Tabella I – Numero e % di partecipanti al corso per genere

Totale Partecipanti	1123	100%
Uomini	220	19,58%
Donne	903	80,42%

Grafico I - % di partecipanti corso base per professioni



Metodologie

A causa della necessità di raggiungere un elevato numero di operatori le metodologie formative utilizzate sono state soprattutto frontali e d'aula; si è posta attenzione nella scelta di formatori esperti e con spiccate capacità comunicative, in grado di coinvolgere i discenti. Sono stati previsti, inoltre, spazi di discussione e dialogo tra discenti e formatori.

Monitoraggio del gradimento

Il Grado di soddisfazione degli operatori coinvolti nei percorsi formativi versus la qualità della formazione ricevuta, ricavato utilizzando i parametri indicati da Autorità Responsabile FAMI - ha espresso i risultati riportati nella seguente tabella 2.

**Tabella 2 - % del grado di soddisfazione per trimestre -
anno 2018**

Trimestre	Valore raggiunto
1° Trimestre	74,56%
2° Trimestre	74,51%
3° Trimestre	76,92%
4° Trimestre	83,47%
Media complessiva	77,36%

È interessante notare che il gradimento tende a crescere a partire dalla seconda metà dei corsi, sino a raggiungere l'83,5% nei corsi dell'ultimo trimestre 2018. Vi è una quasi perfetta correlazione inversa fra numerosità degli allievi e percentuale dei giudizi positivi. Probabilmente la scelta iniziale di investire su aule piuttosto affollate ha sacrificato l'interattività tra formatori e discenti, che è invece aumentata nei trimestri successivi quando il numero di partecipanti si è ridotto.

Corso avanzato

Gestione dello stress lavoro-correlato con metodo mindfulness

Sono state realizzate 2 edizioni nel territorio della ASL Roma

I – capofila di progetto

1° Edizione: 23 ottobre - ASL Roma I, Sala Santo Spirito, Via di Santo Spirito in Sassia,3 - Roma

2° Edizione: 13 giugno 2018 - ASL Roma I, PTP Nuovo Regina Margherita, Via Morosini, 30 – Roma

Obiettivi formativi tecnico-professionali

Il Corso intendeva fornire un inquadramento teorico scientifico dello stress, dallo stato dell'arte della ricerca scientifica, alla clinica, con focus sullo stress lavoro-correlato.

Contenuti

Il programma ha incluso la presentazione degli strumenti e delle tecniche per migliorare il controllo delle capacità emozionali e un approfondimento, con metodo esperienziale, delle tecniche mindfulness.

Partecipanti

Il corso di formazione era rivolto agli operatori della ASL Roma I e dei centri di accoglienza del Lazio che svolgono la propria attività professionale a vantaggio di richiedenti e titolari di protezione internazionale.

I profili previsti per il Corso erano medici, psicologi, ostetriche, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori, ecc. Le aree: Dipartimento Emergenza Urgenza, DSM, Consultorio, TSMREE. Nell'analisi della composizione dei partecipanti si osserva una significativa presenza di infermieri, seguiti dagli assistenti sociali, dagli psicologi e dai medici (tabella 3)

Tabella 3. % di partecipanti corso “stress” per professioni

Categoria	N°	%
Amministrativo	1	1.6
Assistente sociale	9	14.3
Fisioterapista	2	3.2
Infermiere	32	50.8
Mediatore culturale	1	1.6
Medici	7	11.1
Operatore	1	1.6
Ostetrica	2	3.2
Project manager	1	1.6
Psicologo	7	11.1

Metodologie utilizzate

Il corso ha utilizzato per lo più metodologie d’aula che, a causa del minor numero di partecipanti (63 nel totale) e della specificità degli argomenti trattati, sono state integrate nella seconda parte del modulo da metodologie maggiormente pratico-esperienziali, tratte dal curriculum della mindfulness e volte a suscitare l’empowerment dei partecipanti rispetto alle proprie percezioni e sensazioni.

Monitoraggio del gradimento

Anche in questo caso il grado di soddisfazione degli operatori coinvolti nei percorsi formativi versus la qualità della formazione ricevuta, ricavato utilizzando i parametri indicati da Autorità Responsabile FAMI-DLCI Ministero Interno, ha espresso i risultati riportati nella successiva tabella. È stato ricavato il valore medio dei riscontri ricevuti, prendendo a riferimento, come range di scostamento, le risultanze ottenute dagli indicatori che vanno da 8-10 nei suddetti parametri:

Tabella 4. Corso “Prevenzione, Clinica e Trattamento delle Reazioni allo Stress Personali e di Gruppi di Lavoro”

Grado di soddisfazione per edizione anno 2018

Edizione	% raggiunta
1° edizione 17 partecipanti	89,48%
2° edizione 46 partecipanti	86,96%
Media complessiva	87,64%

L'interesse suscitato dai corsi è stato molto alto come dimostrato dalla valutazione del grado di soddisfazione dei partecipanti.

Corso rivolto ai medici di medicina generale in formazione

I medici di medicina generale e la cura dei migranti forzati

Sono state realizzate 3 edizioni per raggiungere il più alto numero di medici in formazione iscritti al corso.

1° Edizione: 14 febbraio 2017 - ASL Roma I, Presso
Ospedale G. Eastman, Via Regina Elena, 287/b -
Roma

2° Edizione: 02 marzo 2017 - ASL Roma I, Presso
Ospedale G. Eastman, Via Regina Elena, 287/b -
Roma

3° Edizione: 24 settembre 2018 - ASL Roma I, Sala
Basaglia, Comprensorio Santa Maria della Pietà –
Roma

Contenuti

Il corso ha approfondito le conoscenze teoriche e le competenze applicative necessarie alla gestione dell'ambulatorio di Medicina generale in presenza di pazienti richiedenti e titolari di protezione. Sono state fornite le informazioni fondamentali sulla clinica, il riconoscimento delle vittime di violenze e torture, incluse le capacità comunicative e di gestione delle specificità culturali e la collaborazione con la figura del mediatore linguistico-culturale.

Partecipanti

Il Corso di formazione era rivolto agli allievi del 1° e del 2° anno dei Corsi di specializzazione dei medici in medicina generale Asl Roma I, in numero variabile commisurato agli specifici corsi annuali di specializzazione.

Metodologie utilizzate

Il corso ha utilizzato per lo più metodologie d'aula che, a causa del numero di partecipanti e della specificità degli argomenti trattati, sono state integrate, nella seconda parte del modulo, da metodologie maggiormente pratico-

esperienziali. I docenti sono stati medici di medicina generale collaboratori esperti della UOSD centro SAMIFO e il dialogo con gli allievi è stato partecipato.

Tabella 5. N. di partecipanti per genere

Partecipanti	73	100%
Uomini	21	28,76%
Donne	52	71,23%

Considerazioni conclusive e criticità

Muovendo dai dati esclusivamente quantitativi del superamento dell'indicatore di risultato atteso di operatori formati (1123 versus 500) per il solo Corso Base, è possibile integrare i dati con alcuni aspetti qualitativi osservati, quali l'interesse manifestato dalle aziende sanitarie regionali a realizzare i corsi presso le proprie sedi, la richiesta di edizioni supplementari - che non sempre è stato possibile realizzare - la collaborazione degli Uffici formazione aziendali nella realizzazione dei Corsi. Questi sono elementi che concorrono a evidenziare il grande interesse suscitato, in particolare dal Corso sulla Vulnerabilità post-traumatica. Un interesse rilevante è stato dimostrato anche dai soggetti del privato sociale, i cui operatori rappresentano il

25,8% del totale delle presenze al Corso base, a conferma del bisogno di formazione e della opportunità di conoscere gli attori presenti nel territorio per facilitare il lavoro di rete.

Vi è una quasi perfetta correlazione inversa fra numerosità e la multi-professionalità degli allievi e percentuale dei giudizi positivi. Probabilmente la scelta iniziale di investire su aule piuttosto affollate ha sacrificato l'interattività tra formatori e discenti, che è invece aumentata nei trimestri successivi quando il numero di partecipanti si è ridotto come nei Corsi sullo Stress e per i MMG, dati i numeri meno cospicui di partecipanti e la maggior uniformità professionali dei partecipanti.

Rilevante l'interconnessione tra le attività formative di FARI e il Masterplan aziendale ASL Roma I, Progetto 35_MP, Piano Salute migranti che testimonia lo sforzo di una organicità di azioni nel processo di cambiamento di ASL Roma I negli obiettivi aziendali.

ALLEGATO 5

Le attività dell'Associazione Centro Astalli

L'Associazione Centro Astalli è impegnata dal 1981 in numerose attività con l'obiettivo di accompagnare i richiedenti e titolari di protezione nel loro percorso di integrazione. Intercettando in media 21000 RTPI l'anno, offre loro dai servizi di prima accoglienza fino alle attività di sensibilizzazione e advocacy.

Il progetto FARI rappresenta il primo risultato di un percorso di riflessione e intervento sulla vulnerabilità psicosanitarie dei richiedenti e titolari di protezione internazionale portato avanti da anni in collaborazione con numerosi enti di tutela e in particolare con la ASL Roma I.

Tra i servizi coinvolti nella tutela della salute della popolazione dei migranti forzati - destinatari delle attività previste nel progetto FARI - il Centro Astalli, partner vincitore di selezione pubblica, ha contribuito al rafforzamento della UOSD centro SAMIFO per attività di individuazione precoce e presa in carico dei Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale – RTPI – in condizione di vulnerabilità psicosanitaria. Tale attività è stata svolta presso i propri servizi

(centri di accoglienza, servizio legale, mensa, ambulatorio, etc.) e presso la Unità Operativa Semplice Dipartimentale Centro SAMIFO della ASL Roma I, struttura sanitaria a valenza regionale. Sono stati impiegati due operatori sociali altamente qualificati (Giorgia Rocca e Martino Volpatti) e un mediatore socioculturale prevalentemente per donne e uomini provenienti dalla Eritrea e dalla Etiopia per le lingue amarico, tigrino e inglese (Simon Tekeste Zeggai) con comprovata esperienza nell'ambito dell'accoglienza sociosanitaria ai RTPI.

L'esperienza e la professionalità degli operatori coinvolti nelle attività hanno favorito la fiducia dei RTPI nel sistema di cura grazie all'allestimento di uno spazio di intervento capace di prendere in considerazione anche gli specifici quadri di riferimento soggettivi e culturali dei diretti interessati, permettendo una loro effettiva partecipazione alla costruzione di azioni condivise a tutela della salute.

Il progetto FARI ha coinvolto in modo particolare l'ambulatorio del Centro SAMIFO proprio per le sue peculiari caratteristiche che lo rendono molto efficace nel favorire la fruibilità di servizi sanitari e fornire risposte adeguate ai bisogni di salute fisica e mentale dei richiedenti asilo/titolari di protezione internazionale adulti, presenti nel territorio

regionale attraverso la sperimentazione di modelli di intervento sanitari innovativi e integrati.

Il Progetto FARI ha avuto una durata di 27 mesi ed ha iniziato le attività in data 01/10/2016.

L'obiettivo generale del progetto era quello di fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale dei richiedenti asilo/titolari di protezione internazionale, anche minori, presenti nel territorio regionale attraverso la sperimentazione di modelli di intervento sanitari innovativi e integrati.

Particolare attenzione è stata riservata alle persone vulnerabili che presentassero una o più delle seguenti caratteristiche:

- Persona che ha subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale
- Persona affetta da gravi malattie o da disturbi mentali
- Anziano/a
- Minore
- Vittima di Tratta
- Donna in stato di gravidanza
- Genitore single con figlio minore a carico
- Analfabeta
- Disabile

Le problematiche del percorso migratorio, dal paese di origine a quello di accoglienza, hanno una profonda influenza sulle condizioni psicofisiche dei richiedenti asilo e rappresentano un rischio aggiunto per eventuali patologie infettive legate al degrado e all'abbandono. L'interdipendenza di aspetti giuridici, amministrativi, sociali e sanitari tipica della condizione di ogni richiedente asilo, in presenza di fattori critici soggettivi riferibili alla vicenda premigratoria (guerre, persecuzioni, torture, violenze), migratoria (traumi, torture, violenze), o alla condizione pregressa (disagio psichico, disabilità), può determinare, in un sistema disorganico e non coordinato, situazioni di particolare problematicità.

Partendo da questo dato di fatto tutti i rifugiati sono da considerarsi come soggetti potenzialmente vulnerabili, poiché l'esilio stesso rappresenta frequentemente "un'esperienza traumatica". La particolare vulnerabilità e il bagaglio di sofferenza di cui è portatore ogni rifugiato, non necessariamente e automaticamente però si traducono in disturbi psicopatologici.

La "vulnerabilità" interroga il sistema di accoglienza nel suo complesso, perché ne rende più visibili le criticità, le incongruenze, gli aspetti di non sistematicità e reclama con

maggior urgenza quelle risposte che tutti i richiedenti e titolari di protezione internazionale attendono ad effettiva garanzia dei propri diritti.

Consapevoli del fatto che:

- la cosiddetta vulnerabilità non è circoscrivibile come condizione intra soggettiva, ma afferisce alla relazione tra un individuo ed un contesto (nelle sue molteplici accezioni) e - salvo casi particolari - è in funzione del contesto e delle sue caratteristiche che si determina una effettiva condizione di svantaggio;
- il “contesto” è costituito da molteplici fattori (culturali, ambientali, giuridici, relazionali) e la relazione tra individuo e contesto si esplica nella interazione tra l'individuo ed una pluralità di interlocutori e di agenzie (servizi di accoglienza, servizi sociosanitari territoriali, uffici pubblici etc.);
- tale interazione si sviluppa nel tempo attraverso un percorso di evoluzione dei bisogni e dei diritti, sia in funzione dello status giuridico, sia in funzione della capacità/incapacità di risposta dei diversi soggetti

preposti ad erogare le prestazioni e i servizi che tali diritti sostanziano e che tali bisogni richiedono;

- la vulnerabilità non è una condizione statica e determinata una volta per tutte: è una condizione potenziale che può evolvere (talvolta anche indipendentemente dal contesto) verso cronicizzazioni, patologie, marginalità. Tali esiti non sono tuttavia necessariamente e deterministicamente prestabiliti.

con le azioni progettuali abbiamo focalizzato l'attenzione sul ruolo del "sistema di accoglienza nel suo complesso", ovvero considerare i problemi dell'emersione, del riconoscimento della vulnerabilità e dell'attivazione di prese in carico efficaci in termini di percorsi che si svolgono nel contesto romano e che si sviluppano lungo un arco temporale che non necessariamente coincide con quello della procedura di riconoscimento dello status e dell'accoglienza e che anzi – prima o dopo – impattano la realtà dei servizi socio-sanitari pubblici.

Il Centro Astalli nel progetto FARI ha effettuato, parallelamente e in collaborazione con tutti i partner di progetto, l'individuazione e la presa in carico dei destinatari in

condizione di vulnerabilità, non assistibili da altri servizi territoriali. L'individuazione è avvenuta prevalentemente nel Centro SAMIFO utilizzando gli strumenti messi a disposizione dall'Autorità Responsabile del FAMI e quelli costruiti ad hoc dai partner; nello specifico parliamo di una scheda anagrafica e di una scheda di presa in carico utilizzate da tutte le linee di attività progettuali che prevedevamo l'assistenza psicosanitaria, con delle differenze specifiche tra le schede per i pazienti adulti e quelle per i pazienti minorenni raggiunti e presi in carico dall'Equipe Minori presso la Unità Operativa Complessa Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell' Età Evolutiva - TSMREE della ASL Roma I della Scarpetta.

Gli operatori del Centro Astalli coinvolti nel progetto FARI hanno svolto la loro attività presso il Centro SAMIFO sostenendo e rafforzando i percorsi di accoglienza dei pazienti al front-office e l'arruolamento nel progetto tramite la raccolta dei documenti e dei dati anagrafici sulle schede preposte, il supporto per le pratiche amministrative effettuato dai mediatori linguistico-culturali ed operatori e l'accompagnamento dei pazienti alle visite di:

- Medicina Generale
- Psichiatria

- Psicologia
- Ginecologia e Ostetricia
- Infettivologia
- Medicina Legale per le certificazioni a sostegno della domanda di protezione
- Ortopedia

È stato inoltre garantito, ove necessario, l'accompagnamento dei pazienti presso i servizi vaccinali o radiologici, per effettuare altri accertamenti medici (quali esami ematici, di screening, ecc.) oppure presso reparti ospedalieri, per favorire la comunicazione e la fiducia nel sistema di cura durante i ricoveri in ambiente specialistico e per situazioni complesse (Psichiatria, Infettivologia, Chirurgia, ecc.).

Le attività ordinarie nel Centro SAMIFO sono supportate da mediatori linguistico culturali garantiti da Roma Capitale attraverso l'affidamento all'ente vincitore di avviso pubblico di 40 ore settimanali.

Il personale Astalli del progetto FARI ha così garantito la realizzazione di importanti iniziative di prevenzione ed emersione precoce di persone con vulnerabilità psicosanitaria, anche di minori non accompagnati e pazienti psichiatrici gravi, favorendo il corretto inquadramento diagnostico, l'accesso ad

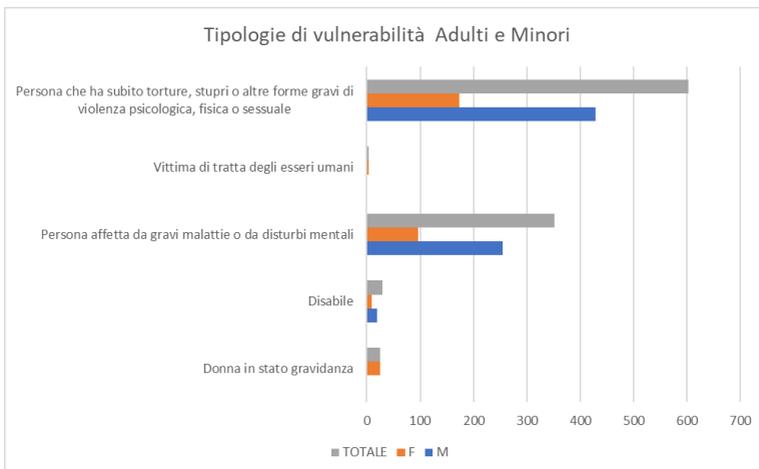
adeguati percorsi di cura, riabilitazione e iniziative finalizzate all'inserimento socio-lavorativo.

Il SAMIFO nell'arco dell'attività del Progetto FARI su un totale generale di 1069 pazienti adulti ha individuato 618 RTPI e ne ha presi in carico 421. Le persone raggiunte e prese in carico hanno beneficiato delle prestazioni sanitarie sopraelencate, spesso in maniera sinergica.

Oltre all'attività di assistenza amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, il Centro Astalli ha cogestito, coordinandosi con il responsabile di progetto e in collaborazione con tutti i partner, il database generale del progetto mettendo insieme i dati di tutte le linee di attività FARI (Scarpetta, Unità Mobili, DSM e CRS) e producendo i dati trimestrali utili alle attività di monitoraggio portate avanti da ASL Roma I e CESPI.

Per i destinatari del Progetto inseriti nelle attività del DSM FARI, il Centro Astalli ha anche erogato abbonamenti Metrobus e contributi per il vitto per 25 pazienti con vulnerabilità psico-sanitaria inseriti nei corsi di professionalizzanti e tirocini presso il Padiglione 16 del Santa Maria della Pietà.

Totale richiedenti e titolari di protezione internazionale e minori raggiunti - per tipologia di vulnerabilità



ALLEGATO 6

Le attività della Cooperativa Roma

Solidarietà/Caritas

La Cooperativa Roma Solidarietà/Caritas Roma ha avuto la partnership sull'obiettivo specifico del progetto FARI - garantire l'individuazione precoce e la presa in carico dei richiedenti e titolari di protezione internazionale con vulnerabilità psicologica e/o sanitaria. L'attività di individuazione precoce è stata effettuata presso il Centro Ascolto Stranieri di via delle Zoccolette e i servizi di prima soglia di cui la Caritas dispone sul territorio cittadino (in particolare la mensa diurna Giovanni Paolo II). Per quel che concerne le prese in carico, gli altri servizi coinvolti sono stati il Poliambulatorio e l'ambulatorio Ferite Invisibili.

I servizi coinvolti

Il **Centro Ascolto Stranieri**, attivo dal 1981, si pone come obiettivo quello di fornire agli stranieri e ai cittadini comunitari un ascolto e un orientamento per agevolare la fruizione di servizi, strumenti e opportunità presenti sul territorio, sia appartenenti alla rete Caritas che a quella del welfare pubblico e del privato sociale. Al centro si pone la persona, la sua

storia, il suo progetto migratorio con l'intento di supportare il suo percorso verso l'autonomia. Le persone che si rivolgono al Centro Ascolto Stranieri spesso hanno in comune la solitudine e l'assenza di una rete familiare e /o amicale che possa sostenerli nei momenti di difficoltà. Il Centro quindi spesso rappresenta il primo luogo al quale si rivolgono i migranti, le richieste riguardano prevalentemente bisogni primari quali vitto, alloggio in emergenza, cure mediche; servizi per l'inserimento socio – culturale quali corsi di alfabetizzazione, corsi di lingua italiana, orientamento ai servizi sociali sul territorio; orientamento al lavoro e alla formazione; problemi legali quali problematiche attinenti alla validità del permesso di soggiorno, riconoscimento dello status di rifugiato, pratiche di ricongiungimento familiare, cittadinanza. Al fine di rispondere in maniera più efficace alla complessità e varietà dei bisogni dell'utenza il Centro è organizzato in Settori di competenza che operano in rete con altri servizi della Caritas di Roma e del territorio. I settori del centro sono: settore alloggio, settore lavoro, settore sociale, settore legale e scuola di italiano.

La Mensa diurna Giovanni Paolo II nasce nel 1983 per dare la possibilità, a persone che vivono in condizioni

socioeconomiche disagiate, di poter consumare il pranzo in un ambiente dignitoso e accogliente. Pur assolvendo ad un bisogno emergenziale, la mensa è molto più che un servizio di somministrazione pasti: grazie alla presenza di operatori sociali specializzati e di volontari orientati alla relazione e all'incontro, la mensa Giovanni Paolo II è anzitutto un luogo di ascolto, accoglienza e promozione umana, dove è possibile rilevare anche i bisogni complessi e avviare un percorso di orientamento e presa in carico.

Il **Poliambulatorio di via Marsala**, attivo dal 1983, si propone di promuovere la salute delle persone più svantaggiate mediante la presa in carico diretta e l'orientamento sanitario, di contribuire alla promozione di una medicina transculturale e di favorire l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari territoriali. I migranti che vengono presi in carico vivono spesso una condizione di fragilità sociale, si trovano in un momento del percorso legale per cui non possono essere iscritti al Sistema Sanitario Nazionale oppure, dal momento che vivono in condizioni di marginalità, hanno difficoltà di accesso allo stesso. I servizi offerti presso il Poliambulatorio sono: visite di medicina generale, visite mediche specialistiche quali: medicina interna, dermatologia,

gastroenterologia, endocrinologia, pneumologia, psichiatria, cardiologia, ginecologia ed ostetricia, ortopedia, neurologia ed ecografia clinica. Inoltre, è presente un servizio di assistenza infermieristica e un servizio farmaceutico.

Il progetto Ferite Invisibili si rivolge a migranti che sono vittime di tortura e di altre esperienze di violenza intenzionale. Si tratta spesso di persone che risultano “invisibili” all’interno dei contesti in cui vivono e rispetto a coloro che incontrano, come invisibili sono le loro ferite perché l’esperienza di aver subito ed essere sopravvissuti alla violenza lascia un dolore psichico che si accompagna spesso ad un senso di vergogna che spinge tali persone a nascondersi, allontanandosi dagli altri esseri umani. Il progetto Ferite Invisibili si pone come obiettivo quello di riconoscere, accogliere e prendersi cura di questi individui e dare loro l’opportunità di ricostruire il proprio progetto migratorio. All’interno di un setting multiculturale aperto e flessibile, viene data particolare attenzione alla dimensione sociale, al valore dell’appartenenza e alla legittimazione dei diversi mondi culturali. In tale contesto risulta indispensabile la presenza di un mediatore linguistico-culturale che viene a far parte del setting terapeutico. Per ogni destinatario preso in carico è stata

individuata una diagnosi e costruito un piano di trattamento specifico rispetto alla situazione e alle problematiche riportate. Il cuore del lavoro terapeutico si basa su interventi volti alla remissione della sintomatologia post traumatica, per permettere alla persona di ritrovare il suo benessere psicologico; tale lavoro è orientato ad aiutare il paziente a ritrovare il senso di esistere, di potersi fidare e di essere capace di pensare; ciò riattiva le sue risorse e la persona può ricominciare a focalizzarsi nel presente, elaborare il passato e dare senso e significato agli eventi traumatici.

Con il progetto FARI il Centro ascolto stranieri e la mensa diurna Giovanni Paolo II sono diventati luoghi di individuazione della vulnerabilità psico-sanitaria dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. Per individuazione si intende l'intercettazione precoce di un bisogno di salute, l'approfondimento dello stesso, per poi procedere a una valutazione in merito all'invio ai servizi più appropriati. I colloqui individuali che sono stati effettuati hanno avuto innanzitutto l'obiettivo di rendere i destinatari consapevoli dei propri diritti per quel che concerne la salute. I destinatari quindi sono stati sempre orientati rispetto ai servizi presenti sul territorio e fornite loro tutte le informazioni riguardanti le

modalità di fruibilità degli stessi. In seguito, dopo aver definito la situazione problematica, si è proceduto all'invio al servizio ritenuto più opportuno per la presa in carico. Per quel che concerne le prese in carico delle problematiche di salute fisica presso i servizi interni sono stati coinvolti i servizi pubblici e il Poliambulatorio Caritas di via Marsala, mentre i percorsi relativi alla salute mentale dei richiedenti o titolari di protezione internazionale sono stati effettuati attraverso il Centro SAMIFO, i DSM e l'ambulatorio Ferite Invisibili. All'attività terapeutica svolta nell'ambito del progetto si è aggiunta un'attività di coordinamento e di interrelazione con le altre figure professionali presenti nell'ambito dello stesso. Tale attività ha avuto come finalità l'aggiornamento reciproco sull'avanzamento delle attività progettuali e soprattutto la costruzione di percorsi di presa in carico integrati, laddove necessario.

Il lavoro di rete fra i servizi appena descritti ha permesso di raggiungere **250 richiedenti e titolari di protezione internazionale**, di cui **197 uomini e 53 donne**. La provenienza è eterogenea: tra le nazionalità più diffuse troviamo **l'Afghanistan, la Nigeria, il Mali**. Dei 250 destinatari individuati, **81** sono stati presi in carico, di cui **56**

per motivi di natura fisica e **25** per l'avvio di percorsi di psicoterapia.

Destinatari progetto raggiunti e presi in carico per tipologia di disturbo	
individuazione	250
Prese in carico	81
di cui salute fisica	56
di cui salute mentale	25

Destinatari per principali paesi di provenienza	Nr
Afghanistan	34
Nigeria	34
Mali	23
Senegal	16
Somalia	14
Cina	13
Gambia	11
Guinea	10
Iraq	9
Eritrea	9
Congo, R.D.C	8
Pakistan	6
Camerun	6

Modalità operative

Le attività del progetto FARI si sono svolte nel seguente modo: il primo accesso al progetto è sempre avvenuto attraverso un colloquio individuale, attraverso il quale si è verificato, tra le altre cose, che il destinatario fosse iscritto al SSN o se avesse i requisiti per farlo. Sono state spiegate le modalità di accesso al servizio di cui aveva diritto. I destinatari che non erano momentaneamente in possesso di tali requisiti sono stati inviati al poliambulatorio Caritas per effettuare la visita medica opportuna e procedere, laddove necessario, alla relativa presa in carico. Inoltre, è stato effettuato un continuo monitoraggio dei percorsi intrapresi per garantire ai destinatari eventuali altri supporti qualora necessario.

Per quel che concerne la salute mentale sono stati effettuati alcuni colloqui di valutazione psicologica volti alla definizione della situazione problematica riportata da ciascun destinatario, al fine di individuare l'intervento e l'invio più opportuno per il raggiungimento del benessere della persona. Si è data particolare importanza all'accoglienza che ha un valore fondamentale all'interno di qualsiasi tipo di intervento psicologico. Un'accoglienza che metta al centro la relazione, creando un ambiente favorevole all'incontro, ha già valore terapeutico dal momento che consente alla persona di sentirsi

capace di rapporti interpersonali. È stato importante creare una condizione di tranquillità all'interno di un luogo che può essere percepito come rassicurante. È stata sempre garantita la riservatezza e i destinatari sono sempre stati coinvolti nel percorso, ottenendo il consenso sui passaggi o scambi di informazione. In base alla situazione problematica rilevata, i destinatari sono stati inviati all'ambulatorio Ferite Invisibili, al SA.MI.FO e ai CSM (Centri di Salute Mentale) competenti. È stato effettuato, inoltre, un orientamento rispetto ai tutti i servizi presenti sul territorio, in particolare per quel che concerne la salute mentale e la salute della donna e sono stati informati i destinatari rispetto alle modalità di fruizione dei vari servizi e alle possibilità di intervento che gli stessi propongono. In alcuni casi, date le barriere linguistiche, le differenze culturali e una situazione di marginalità sociale, un intervento che si è rivelato molto utile è stato quello di accompagnare alcuni destinatari in occasione di un primo appuntamento presso uno specifico servizio: questo ha contribuito a facilitare l'accesso al servizio stesso e ha supportato la persona nel momento dell'inizio di un percorso. Tutte le terapie effettuate all'interno del progetto si sono

potute avvalere dell'ausilio di mediatori linguistico culturali, risorsa strategica per il buon esito del trattamento.

C'è stato un costante monitoraggio dei percorsi terapeutici attraverso la continua interazione e collaborazione fra tutti i settori del Centro Ascolto stranieri. Grazie al progetto FARI si sono instaurate delle prassi che hanno favorito il consolidamento del lavoro di rete rendendo più fluidi alcuni passaggi che sono fondamentali per supportare i migranti forzati nel raggiungimento di una condizione di benessere e di autonomia.

ALLEGATO 7

Le attività di Mediazione Linguistico-Culturale

Introduzione

Nell'ambito del progetto FARI la mediazione culturale ha rappresentato lo strumento privilegiato per fornire, nella relazione di aiuto, la possibilità ai Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale di fruire del diritto fondamentale sancito dall'articolo 32 della Costituzione della

Come ben descritto nelle "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" Pubblicate in Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n. 95 del 24-4-2017) il decreto ministeriale 3 aprile 2017, la mediazione linguistico-culturale rappresenta un punto cruciale nella tutela dei diritti dei Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale – RTPI.

Le linee guida prevedono un percorso di assistenza alle vittime, a partire dall'individuazione precoce, non sempre facile

di questo tipo di situazioni, fino alla riabilitazione. Punti di attenzione sono la certificazione, essenziale nell'iter della richiesta di asilo, e la mediazione culturale, indispensabile per la costruzione della relazione. Un focus specifico è dedicato alle donne e ai bambini che, come noto, rappresentano due sottogruppi particolarmente vulnerabili.

All'interno della "mediazione di sistema" («processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite») la mediazione linguistico-culturale rappresenta lo strumento fondamentale per agevolare la comunicazione e la reciproca comprensione fra richiedenti e titolari di protezione internazionale e operatori sociosanitari preposti alla loro presa in carico.

Il ruolo del mediatore è fondamentale nel promuovere la comprensione tra le diverse culture, poiché anche la malattia assume significati differenti a seconda della cultura di riferimento. Gli operatori devono infatti conoscere l'influenza dei valori e dei canoni culturali nella costruzione dell'immagine del proprio corpo e nel significato attribuito ai sintomi e alle malattie.

La mediazione linguistico-culturale, con approccio transculturale, svolge una funzione fondamentale per agevolare e favorire l'integrazione sociale in una prospettiva volta a tutelare il diritto al benessere bio-psico-sociale di ogni individuo e l'esercizio dei diritti fondamentali, incluso quello alla salute. I processi di mediazione linguistico-culturale hanno la finalità di rimuovere gli ostacoli, anche culturali, che impediscono la comunicazione tra servizi e persona straniera, di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta, di individuare opportunità e percorsi positivi per una piena integrazione.

Nella letteratura medica sono numerosi gli studi che valutano i costi e i benefici dei servizi di interpretariato in sanità; è dimostrata che il servizio di interpretariato diminuisce gli errori medici e migliora la soddisfazione dei pazienti.

L'ente partner gestore del servizio

Programma integra è una società cooperativa sociale, istituita nel 2005, il cui scopo è attivare e sostenere i processi di integrazione sociale di migranti e rifugiati, nonché di altre persone appartenenti a categorie vulnerabili, al fine di favorire

l'avvio di percorsi di autonomia sostenibili e contribuire al benessere e allo sviluppo della comunità.

Al fine di realizzare tale mission, Programma Integra:

1. sviluppa e realizza percorsi di inclusione sociale a favore di migranti, richiedenti e titolari di protezione internazionale, e altre categorie vulnerabili, offrendo servizi di assistenza socio legale, orientamento al lavoro, percorsi di counselling, corsi di lingua italiana e di formazione professionale, servizi di mediazione linguistico-culturale, mediazione sociale in ambito abitativo e supporto all'autoimprenditorialità;
2. sostiene il coinvolgimento e la partecipazione attiva dell'intera comunità, attraverso azioni di informazione e sensibilizzazione, nonché l'organizzazione di eventi comprese mostre, presentazioni di libri e altri eventi a carattere culturale e artistico;
3. promuove la collaborazione, la conoscenza e l'innovazione tra i professionisti del sociale, attraverso corsi di formazione e aggiornamento, seminari e workshop, attività di ricerca e scambio di buone pratiche;

4. supporta le istituzioni, attraverso l'assistenza tecnica all'amministrazione locale nella progettazione, gestione, monitoraggio e rendicontazione di interventi innovativi di inclusione sociale.

Le attività

Il servizio di mediazione linguistico-culturale proposto nell'ambito del progetto FARI- Formare assistere riabilitare integrare gestito dalla ASL ROMA I UOSD SAMIFO ha previsto la presenza di 5 mediatori linguistico culturali che hanno svolto la loro attività presso:

1. ASL Roma I - Centro Sa.Mi.Fo. - Centro di salute per Migranti Forzati;
2. Centri di accoglienza e servizi sociosanitari di base attraverso l'organizzazione in equipe mobili.

Le azioni di mediazione linguistico-culturale sono volte al supporto del lavoro di specialisti psico - sanitari negli interventi presso i centri di accoglienza, il Dipartimento di salute mentale, azioni di mediazione linguistico-culturale in favore di minori, volte a dare risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psico-sanitaria.

Sono state organizzate su turni a richiesta dei servizi e hanno avuto una durata complessiva di 23 mesi.

Le ore totali di mediazione culturale svolte in presenza, come da proposta presentata, nel periodo progettuali sono state:

- 1184 ore in lingua Wolof
- 1088 ore in lingua Pular
- 1973 ore in lingua Araba/francese
- 356 ore in lingua Farsi

Per un totale di 4.601 ore (Grafico 1). Circa l'85% delle ore è stata realizzata presso il front office e i servizi Sa.Mi.Fo., il restante 15% presso i centri e i progetti di accoglienza (Grafico 2).

Oltre alle ore erogate in presenza sono state gestite ed erogate 160 ore di mediazione a chiamata a richiesta dei servizi attraverso una segreteria specializzata che ha coordinato gli interventi e organizzato le mediazioni (Grafico 3). Le mediazioni a chiamata sono state realizzate principalmente in lingua bangla.

Grafico 1. Lingue per ore delle MLC in presenza

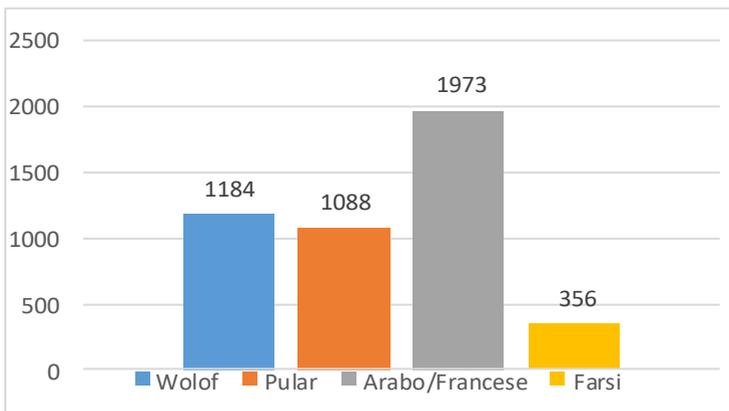


Grafico 2. % delle MLC per servizi

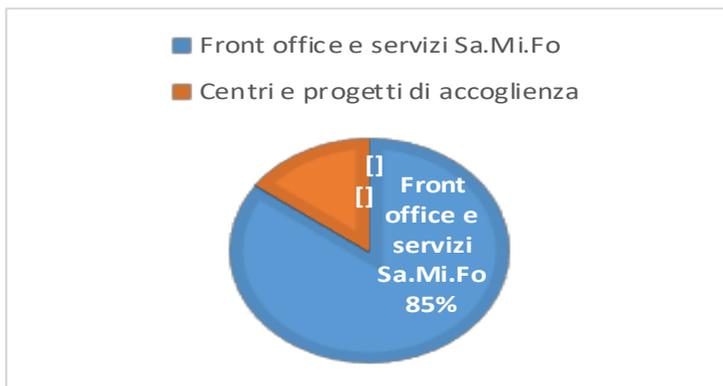
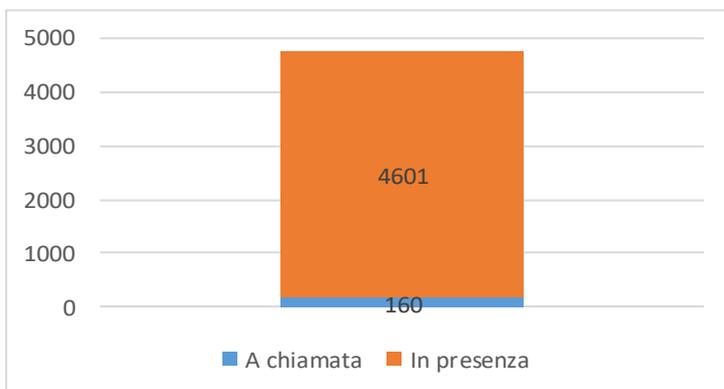


Grafico 3. Modalità delle MLC erogate

Totale ore svolte: 4761



Il ruolo del mediatore linguistico-culturale come operatore qualificato ha rappresentato il fondamentale anello di congiunzione tra il terapeuta e il paziente.

ALLEGATO 8

Sintesi dell'attestazione legale

Il sottoscritto Nicola Lais in esecuzione dell'incarico conferito da ASL Roma I per la verifica di tutti gli affidamenti di forniture, di servizi e di lavori e di tutti gli incarichi individuali esterni formalizzati nell'ambito del progetto FARI - con **Codice identificativo di progetto** PROG-172 e **CUP** J81E16001030005 - dopo aver esaminato la documentazione originale a supporto di tutte le relative spese oggetto di rendicontazione nella "DOMANDA DI RIMBORSO FINALE", presentata in data 6 febbraio 2019, considerata la normativa nazionale e comunitaria di riferimento nonché il Manuale delle Regole di Ammissibilità delle Spese nell'ambito del FAMI e il Vademecum di Attuazione dei Progetti

DICHIARA

che con riferimento alle spese della macro-voce A - Costi del personale (ad esclusione del personale interno stabilmente in organico), la verifica ha riguardato:

- l'effettivo espletamento di una procedura comparativa in coerenza con le normative applicabili (D. Lgs. 165/2001) e comunque secondo quanto previsto dal Vademecum di Attuazione dei Progetti;

- la presenza di idonea motivazione, nel solo caso di committenti privati e in cui oggetto di verifica siano affidamenti *intuitu personae* per importi inferiori ad €5.000,00;
- la presenza nel Contratto di tutti gli elementi necessari per la regolamentazione dell'accordo;
- la sottoscrizione del Contratto da parte di soggetti dotati di adeguati poteri di firma;
- la coerenza tra l'oggetto del contratto e il Curriculum Vitae della risorsa;
- la correttezza della qualificazione giuridica del rapporto di lavoro;
- la prova dell'espletamento del controllo preventivo di legittimità della Corte dei Conti, nei casi di cui all'art. 3, comma 1, legge n.20/1994.

Con riferimento alle altre categorie di costo (eccetto le spese relative a revisore indipendente ed esperto legale, rientranti nella macro-voce G – Auditors, escluse dai propri controlli) la verifica ha riguardato:

- l'effettivo espletamento di una procedura ad evidenza pubblica, rispettosa dei principi di libera concorrenza,

parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità;

- la conformità delle procedure per l'individuazione dei soggetti fornitori di beni o servizi e degli appaltatori di lavori alle previsioni normative vigenti (in primis D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50) e a quelle specifiche del Fondo (Manuale delle Regole di Ammissibilità delle Spese nell'ambito del FAMI e il Vademecum di Attuazione dei Progetti);
- il possesso da parte dei terzi affidatari dei requisiti e delle competenze richieste dall'intervento;
- la presenza nel Contratto di tutti gli elementi necessari per la regolamentazione dell'accordo;
- la sottoscrizione del Contratto da parte di soggetti dotati di adeguati poteri di firma;
- l'adempimento degli obblighi di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 2010, con riferimento agli appalti di servizi, forniture e lavori (presenza della clausola di assunzione degli obblighi di tracciabilità; della comunicazione del conto corrente dedicato da parte dell'appaltatore; l'indicazione del CIG e del CUP sullo strumento di pagamento);

- l'assolvimento degli obblighi previsti in materia di documentazione antimafia di cui agli articoli 82 e s.s. del D. Lgs. 6 settembre 2011, n.159, nonché la presenza dell'autocertificazione antimafia per affidamenti il cui importo è pari o superiore ad € 5.000,00 (IVA esclusa) fino alla soglia prevista dall'art.83 comma 3 lettera e);
- il rispetto da parte dei terzi affidatari del divieto di "sub affidare" ad altri soggetti l'esecuzione, anche di parte, delle attività;
- la prova dell'espletamento del controllo preventivo di legittimità della Corte dei Conti, nei casi di cui all'art. 3, comma 1, legge n.20/1994.
- In generale, nel caso di Amministrazioni Centrali (e sue articolazioni periferiche):
- prova dell'espletamento del controllo preventivo di legittimità della Corte dei Conti, nei casi di cui all'art. 3, comma 1, lett. g, legge n. 20/1994, salvo espresse deroghe legislative;
- prova dell'espletamento del Controllo di regolarità amministrativa e contabile (art. 5 del D. Lgs 123 del 2011).

ALLEGATO 9

Sintesi dell'esito della **verifica amministrativo-contabile** di Gian Maria Elmi, dottore commercialista e revisore dei conti.

Il progetto con **Codice identificativo di progetto** PROG-172 e **CUP** J81E16001030005 prevedeva un finanziamento di € 1.374.537,91 ripartito in 2 quote:

- quota comunitaria € 687.268,95, pari al 50%
- quota nazionale € 687.268,95, pari al 50%.

Ad esito delle verifiche effettuate, sono state rilevate le seguenti differenze:

	A	B	C (A-B)
Voce di budget	Budget approvato	Spesa Rendicontata	Verifica
A personale	€ 930.422,37	€ 928.512,69	€ 1.909,68
B viaggio e soggiorno	€ 999,00	€ 19,00	€ 980,90
C Immobili	€ 128.929,33	€ 128.929,05	€ 0,28
D Materiali di consumo	€ 2.574,07	€ 2.140,70	€ 433,37
E Attrezzature	€ 101.027,34	€ 100.893,48	€ 133,86
F Appalti	€ 45.205,38	€ 44.409,45	€ 795,93
G Auditors	€ 42.000,00	€ 42.000,00	-
H Spese per gruppi destinatari	€ 33.456,48	€ 32.856,52	€ 599,96
L Costi indiretti	€ 89.923,04	€ 89.583,26	€ 339,78
Totale	€ 1.374.537,91	€ 1.369.344,15	€ 5.193,76

Ringraziamenti

L'Unione Europea e il Ministero dell'Interno per aver finanziato il progetto.

La Direzione Generale della ASL Roma I per aver creduto nella proposta progettuale.

I partner di progetto e il personale della ASL Roma I che hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi.

Gli aderenti, in particolare le Prefetture Regionali, Roma Capitale e le ASL.

Il personale del progetto e del Centro SAMIFO per la grande professionalità e umanità.

